Министерство просвещения Российской Федерации

Федерального государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики»

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,

посвященная памяти К.С. Лебединской

«Клинико-психолого-педагогическая помощь детям и подросткам с нарушениями развития: традиции и современность»

(Москва, 19 декабря 2025 г.)



Сборник материалов

Под общей редакцией
О.С. Никольской

Москва
ИКП
2026

©ИКП, 2026
©Никольская О.С., составление, 2026
©Оформление. Серебрякова О.И., 2026

ISBN 978-5-907593-98-5

УДК 376.72:616.896.7-053.2-082
ББК 74.580.6 + 57.33
Н64

«Клинико-психолого-педагогическая помощь детям и подросткам с нарушениями развития: традиции и современность»: Всероссийская научно-практическая конференция, посвящённая памяти К. С. Лебединской (Москва, 19 декабря 2025 г.): сб. материалов / под ред. О.С. Никольской ; Институт коррекционной педагогики. [электронный ресурс]. – Электрон. текстовые дан. (993 Кб). – Москва : ИКП, 2026. – 1 электрон. опт. диск. – Систем. требования: Intel Core i3 1,5 ГГц и выше; RAM 2Gb и выше; Windows 7/8/8.1/10/11; CD/DVD-привод. – Загл. с экрана.

Сборник сформирован по материалам научно-практической конференции, состоявшейся в декабре 2025 года в ФГБНУ «ИКП» и посвященной столетию со дня рождения Клары Самойловны Лебединской, выдающегося детского психиатра и клинического психолога, заложившей основы современного подхода к изучению задержки психического развития, нарушений поведения и личностного развития в подростковом возрасте и открывшей в отечественной науке и практике новое направление диагностики, лечения и коррекционно-развивающей помощи детям с аутизмом. Разнообразие тем представленных сообщений соответствует широте направлений ее научных исследований; совместное участие в конференции клинических психологов, психотерапевтов, врачей, дефектологов, социальных педагогов, социальных работников, преподавателей высших учебных заведений, аспирантов, магистрантов, студентов отражает стремление Клары Самойловны объединить специалистов разных поколений и разных профилей в комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям и взрослым людям с особенностями в развитии.

Текстовое электронное издание
Минимальные системные требования
Компьютер: Intel Core i3 1,5 ГГц и выше; RAM 2Gb и выше;
4,5 Мб свободного пространства на жестком диске;
CD/DVD-привод;
Операционная система: Windows 7/8/8.1/10/11;
Программное обеспечение: любая программа
для просмотра pdf-файлов.

©ИКП, 2026
©Никольская О.С., составление, 2026
©Оформление. Серебрякова О.С., 2026

ISBN 978-5-907593-98-5

СОДЕРЖАНИЕ

От составителей 6

Часть 1. Из научного наследия К.С. Лебединской 8

ЛЕБЕДИНСКАЯ К.С. Вопросы дифференциальной диагностики 9
ЛЕБЕДИНСКАЯ К.С. Проблемы аномальной психической конституции в детском возрасте 21
ЛЕБЕДИНСКАЯ К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития 35
ЛЕБЕДИНСКАЯ К.С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма 53

Часть 2. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной памяти К.С. Лебединской 63

АГЗЯМОВА М.А. Взаимодействие дополнительного образования и родителей в коррекционной помощи ребенку с РАС и ментальными нарушениями: интегративный подход 64
АЛЕКСАНДРОВА А.В. Дифференцированный подход в образовании: успешная практика для детей с нарушениями психического развития 70
АЛЕКСАНДРОВА Я.С., ЖАУРОВА Е.А., ШЛЯХОВА А.А. Социальная адаптация и интеграция детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития как основа их психического развития 75
АНТОНОВА Е.В., АНДРЕЕВА Е.Г. Атипичный аутизм: некоторые возможности коррекционной работы 83
БАЕНСКАЯ Е.Р., НИКОЛЬСКАЯ О.С. Эмоционально-смысловой подход в психологической помощи детям с аутизмом 88
БАРДЫШЕВСКАЯ М.К. Диагностика аффективно-поведенческого развития детей и подростков в условиях специализированной школы-интерната 96
БЕВЗЕНКО В.В., ВОРОБЬЕВА Л.Г. Коррекционные возможности игры «Юные знатоки» в работе с детьми с задержкой психического развития 103
БЕЛОПОЛЬСКАЯ Н.Л. Формирование идентификаций у детей и подростков в норме и патологии 110
БИТОВА А.Л., СИСНЕВА М.Е. Целостная модель сопровождения развития людей с ОВЗ: концептуальные основы и принципы реализации 117
БОГАЧЕВА О.И., ПЛАТОНОВА Н.В., ИВАНОВ М.В. Проблема родительского отношения к ребенку и его нарушениям в контексте оказания комплексной помощи 123
ВЕЛИЕВА С.В. Специфика психических состояний у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития на момент поступления в школу 130
ВЕРЕЩАГИНА Н.В. Особенности планирования коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с ЗПР с осложненной структурой дефекта в современной образовательной среде 137
ВЕТОХИНА А.А. Киностудия для подростков с РАС 142

ВОРОБЬЕВА Е.В., МИНОСЯН К.С. Разработка и применение интерактивных игр с персонажами, созданными искусственным интеллектом, в коррекционном процессе с детьми дошкольного возраста с ЗПР..... 146
ГАГАРИНА В.С., МЕЛЬНИКОВА С.П. Развитие умения различать голоса говорящих у детей с нарушением слуха на индивидуальных занятиях..... 150
ГОРЮНОВА А.В. К вопросу о дифференциальной диагностике эндогенного и синдромальных форм аутизма в раннем возрасте..... 155
ЕГОРОВА Л.В., ЗЕЛЬДИН Л.М., КОНСТАНТИНОВА И.С. Сформированность графических навыков у дошкольников. Пилотное исследование..... 162
ЗАКИЕВА Э.Ф., МИНУЛЛИНА А.Ф. Технологии нейропсихологического сопровождения детей дошкольного возраста с нарушениями речи в условиях дошкольного образовательного учреждения..... 170
ЗВЕРЕВА Н.В., ГОРЯЧЕВА Т.Г. Наследие Клары Самойловны и Виктора Васильевича Лебединских для детской клинической психологии..... 175
ИВАНЧЕНКО М.В. Теоретические основы организации инклюзивного образования младших школьников с задержкой психического развития в начальной школе..... 180
ИЛЬИНА П.С., АНДРЕЕВА А.А. Ростовая кукла как средство формирования первоначальных навыков сюжетно-ролевой игры у детей старшего дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями..... 185
КАЛИНИНА М.А., КУЛИКОВ А.В., МАРГОЛИНА И.А. Психотические формы аутизма у детей: клиника, подходы к терапии, (ре)абилитации и социализации..... 190
КОВАЛЬ-ЗАЙЦЕВ А.А., БРИТОВА В.С., ГОРНУШЕНКОВ И.Д. Вклад групповой психотерапии в повышение эффективности комплексной реабилитации подростков с психическим дизонтогенезом в условиях стационара..... 195
КОСТИНА Н.А., МОШОНКИНА Н.П. Синхронность как залог успеха: как согласованные действия учителя и тьютора помогают ребёнку с РАС и интеллектуальными нарушениями усвоить программный материал..... 201
КОСТИН И.А. Работа с личным дневником и художественными произведениями в эмоционально-смысловом подходе к коррекции аутистических расстройств..... 208
КРЕМЕШКОВА Е.Л. Интеграция искусства и цифровых технологий как необходимое междисциплинарное взаимодействие в коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)..... 213
ЛЁЗИНА М.М. Коммуникативные группы как среда формирования навыков общения у подростков с расстройствами аутистического спектра..... 219
ЛЕОНОВА И.В. Коммуникативные кино-группы для подростков с аутизмом как средство социализации..... 222
АНТОНОВА И.Д., ЛИБЛИНГ М.М. Создание «личных историй» как метод психолого-педагогической работы с детьми с расстройствами аутистического спектра 228
ЛОМАКИН Д.Б., НИКИФОРОВ Д.И., ФОКИНА А.В. Психологическая реабилитация после острой потери зрения..... 234
МАТЮХИНА Е.С. Совместная работа тьютора и педагога-психолога в формировании эмоционально безопасной среды для детей с ограниченными возможностями здоровья..... 240

МИХАЙЛОВА И.А. Стартовая диагностическая работа как первый шаг к выявлению детей с нарушениями в развитии на уровне школы..... 245
МОРОЗОВ С.А. Идеи К.С. Лебединской о социально-биологическом смысле понятия «аутизм» и их развитие в современной науке..... 249
НИКОЛЬСКАЯ О.С. Помощь психическому развитию ребенка с расстройством аутистического спектра. Эмоционально-смысловой подход..... 256
НИЩЕНКО И.С. Взаимодействие учителя-дефектолога и педагога-психолога в организации коррекционной помощи детям с нарушением зрения..... 262
ПАСКАЛУЦА В.В. Дошкольники с ЗПРР: современный взгляд на проблему..... 267
ПЕЧНИКОВА Л.С., ФИЛИППОВ Н.А., РАБАДАНОВА Р.Р. Социальная компетентность как предиктор депрессивных расстройств у подростков..... 273
ПЛАТОНОВА Н.В., БОГАЧЕВА О.И., ИВАНОВ М.В., КОЗЛОВСКАЯ Г.В. Подходы к психолого-педагогической коррекции проявлений психической депривации в детстве..... 279
ПОЛЕНКОВА Е.А. Развитие психологической базы речи как основа преодоления задержки речевого развития у детей младшего дошкольного возраста..... 287
ПЧЕЛКИНА И.Е. Использование кинетического песка в развитии тактильного восприятия и тонкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития..... 291
РУБАН О.В. Развитие самосознания у детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе игровой деятельности..... 297
РЫЖОВ А.Л., ТИШИНА М.С. Сложность и компартментализация Я-концепции у подростков с несуицидальным самоповреждением..... 303
КОНДРАШОВА В.В., СОЗИНА Д.А. Приемы и стратегии поддержки детей с расстройством аутистического спектра в системе начального образования..... 309
КОНДРАШОВА В.В., СОЗИНА Д.А. Инклюзивная перемена. Пространство неформального образования..... 313
СОКОЛОВА С.А., СОКОЛОВА Ю.А. Организация внеурочного времени детей с нарушением слуха..... 319
ХАННАНОВА Д.Л. Использование приемов мозжечковой стимуляции в развитии детей с расстройством аутистического спектра с использованием балансировочного комплекса «Баламетрикс»..... 323
ЧЕРНОВА С.А. Друдлы как средство речевого развития младших школьников с ОВЗ..... 328
ШАБАЛОВА А.А. Формирование геометрических представлений..... 332
ШЕВЧЕНКО Е.Н. Игра как технология психолого-педагогической поддержки обучающихся с расстройствами аутистического спектра в инклюзивной образовательной среде..... 337
ШМЫГАРЕВА С.А., МИЛОВАНОВА Н.Ю. «Книга разговоров» как технология формирования коммуникативных компетенций у старших дошкольников с расстройствами аутистического спектра..... 341
ЩЕРБАКОВА Н.А., ПОПЛЕВКО Е.А., ПИСКУН А.В. Инновационные технологии развития эмоционального интеллекта у детей с расстройством аутистического спектра..... 347
ЯРЕМЧУК М.В. Отношения с ребенком как необходимая основа для помощи детям с РАС: осмысление практического опыта с позиций разных теоретических подходов..... 353

ОТ СОСТАВИТЕЛЯ

Предлагаемый сборник составлен по материалам научно-практической конференции, состоявшейся в 19 декабря 2025 года в ФГБНУ «ИКП» и посвященной столетию со дня рождения Клары Самойловны Лебединской, выдающегося детского психиатра и клинического психолога. Разнообразие тем представленных сообщений соответствует широте направлений ее научных исследований. Работы Клары Самойловны по-прежнему остаются актуальными для формирования современного подхода к изучению задержки психического развития (ЗПР), проблем поведения и личностного развития детей в подростковом возраст. Именно она открыла для отечественной науки и практики новое направление исследований -- диагностики, лечения и коррекционно-развивающей помощи детям с аутизмом.

Тема аутизма, расстройств аутистического спектра, активно обсуждалась на конференции. Поднимались актуальные вопросы значимости для коррекционной практики ранней дифференциальной диагностики форм РАС, выделения психотических и парааутистических форм и определения специфики подходов к их терапии, психолого-педагогической коррекции и социализации. Обсуждались стратегии психолого-педагогической поддержки детей с РАС в уловиях инклюзивного образования, использования в коррекционной практике совместной игры и нейропсихологических методов; помощи в развитии навыков коммуникации и значение вовлечения детей с РАС непосредственно в коммуникацию и взаимодействие со сверстниками.

Клара Самойловна много сделала для того, чтобы на практике воплотить принцип оказания комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям с особенностями развития. Под ее руководством в тесном сотрудничестве вели исследования и оказывали практическую помощь детям и их семьям врачи-психиатры и клинические психологи, педагоги дефектологи и нейропсихологи. Проводимые ею совместные диагностические консультации и регулярные обсуждения динамики развития ребенка, эффективности оказываемой ему помощи были неоценимы не только для самих детей и их родителей, но и для расширения профессионального сознания, роста всех специалистов, работавших и учившихся у Клары Самойловны. И в материалах конференции отражены современные тенденции реализации принципа комплексности в подходе к коррекции нарушений психического развития и социализации детей и подростков, развитие опыта взаимодействия врачей, психологов и педагогов в условиях лечебных и образовательных учреждений.

Значительное внимание уделено социальному развитию детей и подростов, взрослых людей с ОВЗ, их интеграции в социум. В сообщениях представлены подходы к решению широкого спектра задач: от создания целостной модели сопровождения людей с ОВЗ и общих принципов организации инклюзивного образования до решения насущных задач расширения социального пространства детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития; эффективной групповой психотерапии подростков с эндогенной психической патологией; организации для детей с ОВЗ, обучающихся в школе, пространства неформального социального развития и использования для этого возможностей семьи и дополнительного образования; коммуникативных групп и реализации совместных творческих проектов для формирования навыков общения у подростков с РАС.

Научные заключения Клары Самойловны всегда опирались на ее практическую работу, которую она никогда не прекращала. И тезисы конференции, посвященной ее памяти, содержат большой и разнообразный опыт экспериментальных исследований и психологической и педагогической работы с детьми самых разных возрастных категорий, с разными проблемами развития. Это результаты работ по совершенствованию методов диагностики уровня когнитивного и аффективно-поведенческого развития детей, сформированности их навыков; разработки дифференцированного подхода к обучению детей; использования игры для развития психических функций и самосознания ребенка, его продвижения в социальном развитии. Надеемся, что этот опыт будет полезен специалистам, работающим с разными категориями детей с ОВЗ, и может стать импульсом к их дальнейшему творчеству.

***

Предлагаемое издание состоит из двух частей. В первую часть мы сочли возможным включить четыре статьи Клары Самойловны Лебединской, опубликованные в 1991-2006 гг. и дающие представления о широте ее научных и практических интересов. Во второй части представлены материалы докладов и выступлений участников юбилейной конференции 19 декабря 2025 года.

О.С. Никольская
доктор психологических наук,
профессор, гл. науч. сотр. лаборатории образования
и комплексной абилитации детей с аутизмом
ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики»

ЧАСТЬ 1

ИЗ НАУЧНОГО НАСЛЕДИЯ К.С. ЛЕБЕДИНСКОЙ

Лебединская К.С.

ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ[1]

В клинической практике диагностика РДА, особенно в первые годы жизни ребенка, нередко представляет значительные трудности, так как эта дизонтогения в своих отдельных клинико-психологических звеньях имеет много общего с другими аномалиями психического развития у детей. Как указывалось, это обусловлено сходством ряда «возрастных» симптомов и возможной общностью других патогенетических механизмов аномального развития.

Как показали наши наблюдения, в раннем возрасте ребенка наиболее часто РДА приходится дифференцировать с такими аномалиями развития, как невропатия, нарушения психического развития при некоторых резидуально-органических повреждениях мозга, умственной отсталости, недоразвитии речи, глухоте, детском церебральном параличе.

Нередко значительные трудности представляет дифференциальная диагностика с невропатией, клинические проявления которой обусловлены врожденной или рано приобретенной нейровегетативной лабильностью (Г. Е. Сухарева, 1955 и др.). П. Б. Ганнушкин (1928), как известно, отнес эту аномалию развития к кругу астенических психопатий. Дети с невропатией, так же, как и аутичные дети II и IV групп (здесь и далее используется классификация О. С. Никольской 1985-87), обладают пониженным физическим, моторным и психическим тонусом, гиперсензитивностью и нередко связанными с ней повышенной чувствительностью к оценке их поведения, тормозимостью, боязливостью, плохой переносимостью перемены обстановки, избирательностью в контактах. Этим они часто похожи на аутичных детей. Сходство усугубляется и похожестью интересов (к природе, стихам, мелодичной музыке и т. д.). При невропатии часто наблюдаются колебания настроения – то капризность и раздражительность, то вялость и апатичность,

[1]Печатается по: Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. – Москва: Просвещение, 1991. – С. 72-83. Также опубликовано в виде отдельной статьи в: Лебединская К.С. Вопросы дифференциальной диагностики // Альманах Института коррекционной педагогики. Электрон. журн. – №9. – 2005. URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/ (Дата обращения: 18.03.2026).

как будто бы немотивированные, как это часто бывает при РДА, но на самом деле обусловленные метеолабильностью, нарушениями сна, пищеварения, пребывания на жаре, в духоте. Повышенная рефлекторная возбудимость иногда вызывает затруднения сосания, глотания, страх твердой пищи.

Эти нарушения особенно типичны для первых лет жизни, когда вегетативная сфера и в норме характеризуется значительной неустойчивостью. У детей с невропатией нередки и двигательные стереотипы. Похожи эти дети и астеническим типом телосложения, склонностью к аллергии.

Однако проявления вегетативной лабильности при невропатии более разнообразны, чем при РДА. В младенческом возрасте наблюдаются срыгивания, фонтанные рвоты, немотивированный субфебралитет – длительный температурный «хвост» после инфекции – и т. д., которые мало типичны для РДА. Дети с невропатией стремятся к контактам не только со взрослыми, но и сверстниками, если от них не исходят негативное отношение, агрессия. Их страхи преувеличенны («сверхценны»), но всегда адекватны (боязнь оставаться одному, темноты, крутой лестницы, пьяных, собак и т. д.) и актуальны для данного момента. Наблюдающиеся у них двигательные стереотипии – это часто навязчивые тики, отражающие в своей клинической структуре вызвавшую их причину (учащенное моргание после конъюнктивита или попавшей в глаз соринки, дергание носом после перенесенного ринита и т. д.), а не странные, гротескные движения детей с РДА. Также психологически «понятна» их нередкая отрицательная реакция на перемену обстановки – это, как правило, бывает при объективно отрицательных изменениях в окружающем. И наоборот, новое, но объективно комфортное, спокойное окружение (переезд на дачу, к морю, приятные знакомства и т. д.) вызывают у невротического ребенка положительную реакцию. Дети с невропатией любят ласку. В отличие от аутичных детей они охотно идут на подражание в игре. Их речи несвойственны типичные для II группы РДА скандированность, речь в инфинитиве, комментирующая, отставленные эхолалии, характерные для IV группы РДА невнятность, аграмматизмы.

Нередко, если в анамнезе аутичного ребенка имеются указания на патологию беременности и родов, в неврологическом статусе – признаки гидроцефалии, разрозненные органические знаки, единичные судорожные эпизоды, а также если проявления РДА возникают или становятся более заметны после перенесенной инфекции, интоксикации или черепно-мозговой травмы, приходится дифференцировать с психическими нарушениями на почве остаточных явлений органической недостаточности ЦНС.

Как видно из изложенного выше, наиболее частые ошибочные диагнозы касаются именно круга церебрально-органической патологии. Психопатологическое сходство этих состояний с проявлениями различных вариантов РДА состоит в наличии психомоторной возбудимости, импульсивности, неустойчивости внимания и настроения, негативизма, нередко агрессивности, патологии влечений. При гидроцефалии может быть раннее развитие речи со склонностью к штампам, многоречивости.

Но у детей с резидуальной органической патологией ЦНС нет аутизма, наоборот, они большей частью назойливы, навязчивы, их психомоторная расторможенность, тесно связанная с утомлением, легко сменяется гиподинамией, жалобами на головную боль. В нарушениях деятельности большое место занимает психическая истощаемость. Часто отмечается слабость памяти. В многоречивости, наблюдающейся у детей с гидроцефалией, много подражательности, склонности к раннему рассуждательству, диалогу. Колебания настроения имеют органический характер эйфории либо дисфории, а в подостром периоде после инфекции – дистимии со слабодушием, плаксивостью, астеническим характером эмоциональных расстройств. Реализация патологических влечений осуществляется на фоне субъективно-положительной аффективной заряженности, эмоций удовольствия в отличие от III группы РДА, где патологическое влечение тесно связано с испытываемым ребенком страхом. Детям с органическим поражением ЦНС несвойственны такие особенности речи, как неологизмы, манерность интонации, отставленные эхолалии, вычурность стереотипий, особенно сенсорных.

При диагностике РДА с преобладанием симптоматики III группы могут возникнуть трудности разграничения с гебоидной психопатией – аномалией формирования личностной сферы, при которой социальной адаптации препятствует патология влечений. Отдельные черты этой аномалии развития могут наблюдаться и в раннем возрасте. Такой ребенок уже в 2 года может проявлять черты жестокости, агрессии к ближним и детям, стремление делать назло, исподтишка. Но в отличие от ребенка с РДА он будет достаточно общителен. Ему будет свойственна и диалогическая речь, лишенная, однако, специфически аутической вербализации. Его влечения не будут так очевидно питаться многочисленными страхами.

Для дефектологии наиболее актуальна ранняя дифференциальная диагностика РДА и умственной отсталости, задержки психического развития, аномалий развития речевой, сенсорной и моторной сфер.

Если у ребенка с РДА имеются нарушения интеллектуального развития, нередко возникает вопрос о дифференциации с умственной отсталостью или тяжелой задержкой психического развития.

В этом случае альтернативный подход «или -или» неправомерен. С одной стороны, при тяжелых формах РДА, особенно осложненных (либо сочетающихся либо, возможно, обусловленных церебрально-органической недостаточностью), может формироваться и умственная отсталость. Кроме этого, в неблагоприятных условиях среды интеллектуальное недоразвитие аутичного ребенка может быть обусловлено усугублением его ранней аутической самоизоляции социальной депривацией. При этих двух вариантах умственной отсталости клиницисты часто говорят об «олигофреническом плюсе». Пожалуй, к таким формам можно отнести синдром РДА у детей с ломкой х-хромосомой. У наблюдаемых нами трех мальчиков имелись очень выраженная целенаправленность, грубая пресыщаемость, инертное двигательное возбуждение, не соответствующие степени тяжести других аутичных проявлений, эйфорический оттенок настроения. Эти проявления напоминали органическую лобную недостаточность, сходную с «лобной олигофренией». У двух детей имелись и дисплазии, типичные для синдрома ломкой х-хромосомы: крупная голова, оттопыренные уши, прогнатизм, высокое аркообразное нёбо, удлиненное и уплощенное лицо с выступающим лбом и большим подбородком, гиперэкстензия суставов.

С другой стороны, Э. Крепелин говорил об «аутизме бедных» при тяжелых формах олигофрении. Отсутствие интеллектуальных предпосылок для контактов, недостаточные восприятие и переработка сигналов извне могут замещаться аутостимуляторными раскачиваниями туловища, ударами головы, другими моторными стереотипиями. Они напоминают соответствующую двигательную активность детей со II группой РДА.

Но часты случаи, когда постановка вопроса дифференциальной диагностики умственной отсталости или различной степени задержки психического развития с РДА правомерна. Это те достаточно многочисленные случаи, когда видимость умственной отсталости или задержки развития создается не истинным интеллектуальным недоразвитием, а особенностями поведения и деятельности аутичного ребенка. Как указывалось выше, M. Reiser (1966) полагает, что такая диагностическая ошибка может касаться каждого десятого ребенка с диагнозом умственной отсталости. По существу, главной причиной ошибочной диагностики умственной отсталости является основной аутистический признак – само отсутствие взаимодействия с окружающим.

Дети первого, наиболее тяжелого варианта РДА уже на первом году жизни нередко расцениваются как страдающие олигофренией из-за отсутствия комплекса оживления, ответа на улыбку, реакции на человека вообще, выделения матери и других близких, слабой реакции на

дискомфорт и все окружающее, невыраженности желаний или неудовольствия. После года тяжелую умственную отсталость имитирует отсутствие речи, игры, навыков самообслуживания, «полевое» поведение.

Но отличие такого аутичного ребенка от ребенка с глубокой умственной отсталостью именно в значительно большей отрешенности от окружающего, отсутствии зрительного контакта. У ребенка с умственной отсталостью имеется зрительный контакт, достаточно выражены витальные потребности (в пище, тепле), нет такой реакции на изменение обстановки, но хуже ориентация в пространстве. Большая разница и в моторике: при умственной отсталости – адинамия либо постоянная суетливость, монотонная двигательная расторможенность; при I группе РДА – вышеописанная пластичность движений в непроизвольной деятельности.

У аутичных детей II группы ошибочный диагноз умственной отсталости или тяжелой задержки психического развития также обычно обусловлен их нарушениями адекватного взаимодействия с окружающим. Здесь на первый план выступают трудности привлечения их внимания к нужному предмету или явлению, сложности обучить даже простым бытовым навыкам, элементарному самообслуживанию, однообразная манипулятивность игры, неразвернутость речи, задержка в развитии моторики. НО умственной отсталости будут несвойственны вышеперечисленные речевые особенности аутичных детей II группы (своеобразие интонаций, неологизмы, отставленные эхолалии), интерес к знаку. Нарушения контактов со средой при умственной отсталости будут выражены значительно меньше, чем уровень интеллектуального недоразвития; в то же время привязанность к матери не будет достигать экстремальной степени, как при аутистическом симбиозе, страхи будут значительно более адекватны – боязнь конкретных, в определенной мере действительно опасных явлений и объектов (темноты, лестницы и т. д.).

Аутичные дети III группы, обладающие хорошей речью, склонностью к фантазиям, достаточными ориентацией и навыками, обычно не требуют дифференциации с умственной отсталостью.

Неправильной постановке диагноза умственной отсталости, а чаще задержки психического развития у аутичных детей IV группы могут способствовать их пассивность, безынициативность, частая невыраженность интересов, слабость реакции на окружающее, бедность речи, задержка в развитии тонкой моторики. Но при налаживании контактов с таким ребенком, как правило, обнаруживаются достаточная наполненность его внутреннего мира, часто наличие интеллектуальных интересов, определенная эмоциональная чуткость, большая разница интеллектуальной продуктивности в привычной среде и вне ее.

Особенно показательна дифференциальная диагностика II и IV групп РДА и умственной отсталости при анализе динамики психического развития ребенка на протяжении 1-2-го года жизни. Как указывалось, у аутичных детей раннее психическое развитие часто протекает в особом порядке: раньше формируются речь, предпосылки познавательных процессов и позже – моторная сфера. Гнозис созревает раньше праксиса: к двум годам, когда эти дети, как правило, не имеют навыков самообслуживания, они нередко выделяют цвета и их оттенки, дифференцируют фигуры разнообразной формы, очертания растений, показывают страны на географической карте и т. д. В этом возрасте их интеллектуальные интересы нередко выражены даже больше, чем у здоровых детей. При умственной отсталости церебрально-органического генеза (если ей не сопутствуют явления детского церебрального паралича) имеются обратные соотношения: при запаздывании формирования всех навыков двигательная сфера, как правило, развивается все же быстрее грубо запаздывающей интеллектуальной.

Наконец, дифференциально-диагностическое значение имеет и соматическое обследование. Детям с РДА более присущи общий астенический облик, тонкие черты лица; детям с олигофренией более свойственны органические дисплазии головы и туловища.

Аутизм детей I группы, у которых имеется регрессивный характер дизонтогенеза и тяжелые нарушения возникают после экзогении, иногда приходится дифференцировать с органической деменцией.

Сходство этих аномалий развития – в распаде целенаправленной деятельности, потере речи, замене ее нечленораздельными звуками, разрушении навыков с заменой тяжелыми двигательными стереотипиями. Однако при органической деменции нет таких грубых нарушений контактов, витальные потребности могут быть даже усилены до уровня влечений (прожорливость, агрессия, неодолимое нанесение тяжелых самоповреждений). Распад речи носит органический характер ранней афазии, в то время как при данном аутистическом варианте наблюдается мутизм, который иногда может неожиданно «прорваться» целой фразой. Двигательные стереотипии больше похожи на примитивные персеверативные действия. Большое дифференциально-диагностическое значение имеет появление при органической деменции ряда неврологических признаков.

Вопрос об отграничении РДА от речевой патологии – сенсорной и моторной алалий, дизартрии – возникает в тех достаточно частых случаях, когда аутичный ребенок как будто не понимает речи окружающих, не выполняет словесных инструкций, часто не говорит или почти не говорит сам, невнятно произносит слова. Такие затруднения возникают обычно с аутичными детьми I и IV групп.

Однако у детей с первичной речевой патологией сохранны невербальные коммуникации: жестовая речь; адекватная мимика; напряженный, пристальный взгляд в лицо собеседника; возгласы, цель которых – привлечь внимание окружающих.

При РДА же нарушения коммуникаций более глубокие. Как указывалось, у аутичного ребенка большей частью даже нет взгляда в глаза собеседника, нет указательного жеста. Он часто без обращения берет руку взрослого, ведет его в нужное место и кладет его руку на необходимый предмет. У ребенка с РДА реакция на обращенную к нему речь часто зависит от ситуации: при необходимости выполнения инструкции как бы страдает ее понимание; отмечаются бедность словаря, склонность к стереотипным речевым штампам, нарушения произношения. В условиях же аффективно-насыщенной ситуации даже мутичный ребенок с РДА нередко может «понять» и достаточно сложную фразу, сказать слово громким, чистым голосом, правильно произнести сложные звукосочетания.

Особый характер речи детей с РДА IV группы (тихий голос, смазанность, нечеткость произношения), связанный с их некоммуникативностью, низким мышечным и психическим тонусом, а иногда особая скандированность речи (у детей II группы) могут быть расценены как явления истинной дизартрии. Однако в состоянии эмоционального подъема, в аутистической игре, при чтении любимых стихов речь ребенка с РДА становится более четкой, плавной и громкой. При малом пользовании речью нередко отмечается понимание поэзии и прозы. Дифференциальной диагностике с первичными речевыми расстройствами служат и такие специфические особенности аутистической речи, как указанное выше своеобразие интонаций, наличие эхолалий. Характерно, что эти расстройства значительно уменьшаются в процессе психолого-педагогической коррекции и резистентны к логопедическому вмешательству.

В ряде случаев возникает необходимость дифференциации РДА и глухоты. Аутичный ребенок первых двух лет жизни иногда подозревается в глухоте, так как может не откликаться на зов, не оборачиваться на источник звука. В этих случаях важны данные объективной аудиометрии. Но есть и клинико-психологические отличия, базирующиеся на основных расстройствах при РДА: в ситуации, аффективно значимой, аутичный ребенок часто реагирует даже на тихий голос, успокаивается при звуках любимой музыки и, наоборот, становится тревожным и уходит при включении пылесоса или электробритвы, пугается других звуков, может заплакать, если на него кричат. Как указывалось, для многих детей с РДА характерна любовь к музыке. Еще не умея читать, они по каким-то приметам хорошо отличают друг от друга внешне похожие

пластинки. И в то же время аутичный ребенок не смотрит на губы собеседника, не ищет зрительного контакта, чтобы понять речь взрослого, как это делает ребенок глухой.

Нередко в клинической практике и особенно у ребенка раннего возраста встает вопрос о дифференциальной диагностике РДА и детского церебрального паралича (ДЦП). Необходимость такой дифференциации возникает потому, что в клинической картине РДА значительное место принадлежит двигательным расстройствам, а в психопатологической структуре ДЦП – различным аутистическим (чаще псевдоаутистическим) явлениям либо вторичной аутизации, ситуационно обусловленной.

Не исключено, что двигательные расстройства и аутистические проявления при РДА и ДЦП имеют какие-то сходные звенья патогенеза, что усложняет разграничение этих дизонтогенетических форм. Более того, наиболее тяжелые формы РДА, где имеются и явления органической недостаточности ЦНС, могут включать и истинный синдром ДЦП, а ДЦП может сочетаться с рядом генетически обусловленных проявлений РДА. В этих случаях речь будет идти о дифференциации основного и дополнительного синдрома в целостной картине данной аномалии развития. Двигательные расстройства при обеих аномалиях развития будут проявляться в нарушениях тонуса, ритмичности и выразительности движений, недоразвитии синхронных движений рук и ног при ходьбе, нарушении формирования выразительных движений, в первую очередь мимических, насыщенных смыслом и этим близких к речи. К моторным расстройствам, характерным для РДА и ДЦП, относится и нарушение «кинетической мелодии» движений (А. Р. Лурия, 1962) – их толчкообразность, дезавтоматизированность. Сила и точность движений также будут страдать и при РДА, и при ДЦП и задерживать этим формирование предметных действий.

Однако аффективно значимые действия даже у маленького аутичного ребенка могут быть достаточно сложными. При ДЦП же затруднения нарастают по мере усложнения двигательной задачи, а аффективное отношение к заданию не только не облегчает, но порой затрудняет выполнение движений за счет усиления спастичности, возникновения тонических мышечных спазмов и гиперкинезов. Дизартрические расстройства характерны для ДЦП в связи с дефектностью самого артикуляционного аппарата. При РДА они будут имитироваться невнятностью речи из-за некоммуникативности аутичного ребенка, отсутствия психологической установки на собеседника. В отличие от ребенка с ДЦП аутичный ребенок в аффективно значимых для него ситуациях может говорить внятно и чисто. Те же закономерности выступают и в оценке других сторон речи: для детей с тяжелыми формами ДЦП характерны стойкость нарушений звукопроизношения, их сочетания с нарушениями глотания, дыхания; у детей же с РДА более часты мутизм, обусловленный страхом общения, склонность к неологизмам, инверсия местоимений, большая разница в проявлениях аффективно значимой или же индифферентной для него речи.

У детей и с ДЦП, и с РДА страдает формирование ориентировки в пространстве: при ДЦП – от нарушений пространственного гнозиса, двигательных расстройств (затруднениях при повороте головы, приближении к интересующему предмету, ограничении поля зрения из-за нарушений моторного аппарата глаз, недостаточности статокинетических рефлексов). При РДА же нарушения ориентировочной деятельности больше связаны с недостаточностью произвольного внимания, страхом окружающего, слабой заинтересованностью его освоения, эмоциональной фиксацией на отдельных, объективно незначимых деталях, которые для такого ребенка определяют весь аффективный смысл ситуации. И в то же время часть детей с РДА, даже как будто отрешенных от окружающего, нередко обнаруживают хорошую ориентировку в пространстве дома, улицы.

В нарушениях предметных действий при ДЦП очевидна роль недоразвития двигательных функций, при РДА – неравномерность, обусловленная ненаправленностью на коммуникативные действия и, наоборот, нередко достаточная координированность движений в выполнении небольшого круга действий, имеющих для ребенка положительную аффективную значимость. Эти закономерности особенно выступают в игровой деятельности. У детей с ДЦП больше страдает ее техническая сторона, связанная с дефицитарностью моторики, пространственного синтеза. Вследствие органической задержки общего психического развития их игре свойственны и инертность, монотонность, отсутствие выдумки, инициативы и самостоятельности. У детей же с РДА уровень игры в большей мере зависит от того, является ли она спонтанной, аффективно значимой либо заданной извне, субъективно индифферентной.

Дефицит информации, имеющийся у тех и других детей, при ДЦП обусловлен первичными моторными трудностями, нарушениями пространственного гнозиса, дефектами сенсорной сферы; при РДА же значительная роль принадлежит нарушениям произвольности восприятия и сосредоточения, боязни окружающего.

Для ДЦП, так же как и для РДА, характерна витальная физическая зависимость ребенка от матери: отрыв от нее может привести к тяжелым нервно-психическим расстройствам. Но у ребенка с ДЦП это явления, скорее, «органического» круга: возникновение гипертензионного синдрома, усиление гиперкинезов, саливации (Е. М. Мастюкова,

1985). При РДА же, как и в других психических проявлениях, больше выступает типичная противоречивость эмоций, часто отсутствие визуального контакта даже с близкими. При отрыве от этого человека у аутичного ребенка первых лет жизни возникают психические расстройства иного регистра: психогенный ступор, мутизм, страхи. У детей с РДА и ДЦП наблюдается склонность к невротическим и неврозоподобным явлениям: страхи, боязнь нового. Однако если при ДЦП характер этих расстройств более замкнут на физическую беспомощность ребенка, имеет конкретную, ситуационно обусловленную фабулу (страхи высоты, глубины, лестницы, дверей), то при РДА эти расстройства внешне значительно менее адекватны, нередко более диффузны (особенно боязнь любой перемены обстановки, режима), иногда значительно отставлены по времени от обусловившего их испуга.

Чувство собственной неполноценности часто присуще и тем и другим детям, даже уже в двухлетнем возрасте. Как правило, оно обусловлено реальной несостоятельностью в ситуации, но при ДЦП ребенок больше фиксирован на своей физической слабости, при РДА, особенно у детей IV группы, чаще на психической.

Есть определенное сходство и в эмоциональной сфере. Нарушения эмоционального развития при ДЦП проявляются в задержке по типу органического инфантилизма: недостаточной дифференцированности эмоций, их определенной инертности и монотонности. Гиперопека со стороны взрослых вносит в эту органическую структуру эмоционального недоразвития черты эгоцентризма, делает детей пассивно зависимыми от тех, к кому такой ребенок проявляет большую привязанность.

Проявления самого аутизма могут наблюдаться и при ДЦП как вторичная аутизация, гиперкомпенсаторный уход (нередко усиленный и гиперопекой) от объективных трудностей в мир фантазий. Сходными с РДА, особенно II группы, могут быть и другие гиперкомпенсаторные образования: кататоноподобные аффективные разряды, раскачивания как проявления аутостимуляции (Рибль, 1962). Эти состояния наблюдаются особенно часто при госпитализации (Е.М. Мастюкова, 1972). У детей с ДЦП нередко отмечается и сходное с проявлениями IV группы РДА формирование выраженной психической тормозимости. От аналогичных проявлений при РДА эти образования отличаются своей «понятностью», тесной хронологической связью с действительными трудностями, сопутствующими явлениями церебрастении, отсутствием типичной для РДА вычурности и манерности.

Опорные различительные знаки более отчетливо выступают при сравнительном анализе динамики нервно-психического развития ребенка первых лет жизни. Общим для РДА и ДЦП является запаздывание формирования моторной сферы. Но достаточно типичное для многих детей с РДА раннее формирование речи для детей с ДЦП нехарактерно, так же как и другие признаки обычного для РДА диссоциативного онтогенеза – сочетания противоположных тенденций: боязливости и отсутствия «чувства края» наряду с симбиотической привязанностью – отстраненностью от ближних, отсутствием зрительного контакта и т. д.

Естественно, первостепенное значение имеют статика и динамика неврологического состояния, а также наличие стойких церебрастенических и энцефалопатических расстройств при ДЦП.

Однако, как уже указывалось, конкретные случаи, особенно при легких формах ДЦП, могут представлять значительные диагностические трудности ввиду возможности вторичной аутизации при ДЦП, а также возможности при ДЦП дизонтогенеза близкого к аутистическому, за счет общих патогенетических механизмов, скорее всего, нарушений тонуса и инстинктивной сферы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дети с нарушениями общения / Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская К.С., Либлинг М.М. и др. – Москва: Просвещение, 1989.

2. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Ленинград: Медицина, 1981.

3. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм (клинико-психологическая структура, медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция) // Сборник научных трудов / Под ред. Т.А. Власовой, К.С. Лебединской, В.В. Лебединского. – М.: АПН СССР, 1981.

4. Лебединская К.С., Лукашева И.Д. Ранний детский аутизм // Причины возникновения и пути профилактики аномалий развития у детей: Сборник научных трудов. – М.: Изд-во АПН СССР, 1985.

5. Лебединская К.С., Никольская О.С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. Сообщение 1 // Дефектология. – 1987. – № 6.

6. Лебединская К.С., Никольская О.С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. Сообщение 2 // Дефектология. – 1988.

7. Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991.

8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб.пособие. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 167 с.

9. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. – № 10.

10. Никольская, О.С. Особенности психического развития и психологической коррекции детей, страдающих ранним детским аутизмом [Текст] : дис.канд. психол. наук: 19.00.04 / Ольга Сергеевна Никольская. – М., 1985. – 208 с.

11. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / [Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.] – Москва: Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.

Лебединская К.С.

ПРОБЛЕМЫ АНОМАЛЬНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ[2]

При обсуждении проблемы аномальной психической конституции в детском возрасте правомерна постановка ряда вопросов:

1. Какие критерии определяют принадлежность данного вида психической патологии к конституциональной?
2. В чем проявляются особенности этиологии и патогенеза данной аномалии?
3. Какова связь аномальной психической конституции с психическим заболеванием?
4. Каковы взаимоотношения биологического и социального факторов в формировании аномальной психической конституции?
5. Каковы критерии и правомерность диагностики аномальной психической конституции на разных возрастных этапах развития ребенка?

Обсуждение этих вопросов может представить определенный интерес, если рассматривать патологическую психическую конституцию как одну из моделей конституциональной аномалии в детском возрасте.

Исходя из клинических задач, мы не ставим себе целью ни определять, ни ревизовать понятия конституции, считая, что данный вопрос может обсуждаться и решаться лишь с общебиологических и философских позиций. Клиническая медицина в силу практической необходимости постоянно оперирует понятиями и критериями нарушения данной функции, не дожидаясь ее точного и унифицированного определения, отвечающего требованиям философии, психологии, биологии. Так, клиническое определение и разграничение различных видов слабоумия, нарушений сознания, эмоциональных расстройств имеет большое значение для диагностики, лечения и прогноза разных психических заболеваний, в то время как проблемы общебиологического,

[2]Печатается по: Лебединская К.С. Проблемы аномальной психической конституции в детском возрасте // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 5-14 Также опубликовано в виде отдельной статьи в: Лебединская К.С. Проблемы аномальной психической конституции в детском возрасте // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №9 2005 URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/problemy-anomalnoj-psihicheskoj-konstitucii-v (Дата обращения: 18.03.2026)

философского смысла таких понятий, как ум, сознание, эмоции, до настоящего времени не являются полностью разрешенными.

То же самое касается и понятия конституции. Клиническая практика исходит из тех имеющихся определений конституции, которые согласуются с логикой медицинского мышления, основанной на оперировании закономерностями этиологии, патогенеза, клиники и динамики патологических расстройств. Она опирается на общий для различных исследователей радикал определения конституции как совокупности функциональных и морфологических особенностей организма, определяющих его реактивность, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств и достаточно устойчивых во времени.

С клинической (психиатрической) точки зрения в этом определении конституции под функциональным понимается психические и неврологические (последние – в основном, в своем вегетативном звене), а под морфологическим – анатомические особенности.

Говоря о психической конституции, клиницисты в первую очередь имеют в виду такие компоненты, как склад темперамента, характера, иерархию и направленность потребностей, интересов, задатки и способности.

Одни из этих свойств считаются более тесно связанными с биологическими факторами, как обусловленными наследственно, так и приобретенными в течение онтогенеза. К ним относят особенности темперамента, определяющиеся динамической характеристикой нервных процессов (их силой, подвижностью, уравновешенностью – параметрами, использованными И.П. Павловым при определении типов высшей нервной деятельности), элементарные потребности и влечения, связанные с физиологическими механизмами инстинктивных реакций, низшие эмоции. В значительной мере биологически обусловлены задатки и психический тонус.

Ряд психических свойств формируется социальной средой: характер, как приобретенная форма регуляции темперамента, навыки, направленность интересов, система нравственных установок, высшие эмоции (эстетические, интеллектуальные, сопровождающие процесс познания; нравственные), а также содержательная сторона сознания, приобретенные знания и представления.

1. Критерии аномалии психической конституции

Понятие патологической психической конституции в клинической практике ассоциируется в основном с аномалией темперамента, характера, активности, сферы влечений и потребностей. Такие психические аномалии, как известно, называют психопатиями. На примере психопатий мы и попытаемся рассмотреть основные вопросы, касающиеся патологических психических конституций.

Основным радикалом психопатии считается резкая дисгармония эмоционально-волевой сферы с неадекватной реакцией на внешние раздражители, нарушающей поведение и затрудняющей приспособление к окружающей среде.

По ряду характеристик психопатия располагается в центре оси «норма – аномальная конституция – психическая болезнь».

От нормальных конституциональных вариантов психики психопатия отличается патологической заостренностью отдельных характерологических свойств, определяющей «весь психический облик индивида» (В. А. Гиляровский). Постепенность перехода от конституциональной нормы к психопатии осуществляется через промежуточное звено – «акцентуированных личностей» (К. Леонгард, 1968).

Отличие же психопатии от психического заболевания носит более качественный характер. Психопатия, как аномалия, представляет собой стойкое состояние, свойство психики. Динамика психопатии не обладает процессуальностью (прогредиентностью или регредиентностью) болезни, а ограничивается возрастными изменениями, колебаниями, обусловленными внутренними биологическими причинами, компенсацией и декомпенсацией под влиянием внешних (биологических и социальных) воздействий. В отличие от психического заболевания, психопатия, как правило, не имеет очерченного рубежа своего происхождения; симптоматика ее развивается постепенно, по мере формирования систем, обнаруживающих те или иные аномальные признаки, их взаимодействия со средой. В отличие от психической болезни, при психопатии не имеется ни психотических расстройств (нарушений сознания, бредовых, галлюцинаторных, судорожных явлений), ни грубых симптомов выпадения психических функций (слабоумия и т. д.).

Правомерность отнесения психопатий к группе патологической конституции подтверждается частотой сочетания психической аномалии с типом телосложения (Э. Кречмер, Е. Блейлер, Е. К. Краснушкин, Я. Я. Рогинский, Г. Е. Сухарева и др.). Соответствие клинического варианта психопатии преимущественно типу соматической конституции позволяет считать, что речь идет не только о психической, но и об общей аномалии, не только нервной системы, но и организма в целом.

В этом отношении представило бы интерес исследование корреляций степени выраженности психической и соматической дисгармонии внутри определенных аномальных конституций у детей и подростков.

В настоящее время такая возможность облегчена наличием психологических методик, позволяющих шкалировать выраженность тех или иных психических свойств.

Не исключено также, что аномальная конституция может служить не только кривым зеркалом, но и увеличительным стеклом взаимоотно-

шений природно-психического и соматического (физиологического), свойственных норме.

2. Этиология и патогенез психопатии

Взгляды на этиологию психопатий претерпели определенную эволюцию, сходную, очевидно, с изменением взглядов на причины и других конституциональных аномалий. Сначала преимущественное внимание уделялось наследственности (Крепелин, Е. Кречмер, Кан, К. Шнейдер, М.О.Гуревич, Е.К.Краснушкин, Н.И.Озерецкий, Т.П.Симсон, Г. Е. Сухарева и др.). Затем причину психопатий начали искать и в экзогенных вредностях: ранних инфекциях, интоксикациях, травмах нервной системы (Биндер, Кох, Циген, С. С. Корсаков, В. Х. Кандинский, Т. А. Гейер, В. А. Гиляровский, О. В. Кербиков и др.). Много данных об этиологической роли ранних экзогений представили детские психиатры (Нобили, Трамер, Слейтер, А. И. Винокурова, В.П.Кудрявцева, С.С.Мнухин, Т.П.Симсон, М.С.Певзнер, Г.Е.Сухарева, Л. С. Юсевич и др.). Г.Е. Сухарева подчеркивает, что аномалия, ограниченная конституциональным уровнем, вызывается вредностью, обладающей небольшой тяжестью: негрубым токсическим и аутоинтоксикационным воздействием, обменными расстройствами, действующими на ранней стадии онтогенеза.

Наконец, ряд исследователей (О.В.Кербиков, В.В.Ковалев, В.А.Гурьева и др.) в этиологии психопатий, наряду с наследственными и экзогенными вредностями, придают значение ранней и длительной психической травматизации, неправильным условиям воспитания. Таковы на сегодняшний день основные предположения об этиологии психопатий. Если исходить из ее полиэтиологичности, то каков основной радикал патогенеза, позволяющий рассматривать данную аномалию как самостоятельную нозологическую форму?

Таким радикалом явился предполагаемый тип психического дизонтогенеза. Э. Крепелин одним из первых связал возникновение психопатии с парциальным психическим инфантилизмом – задержкой эмоционального созревания. Э. Кречмер также считал незрелость эмоционально-волевой сферы неизменной конституциональной основой психопатической личности. На патогенетическую связь инфантилизма и психопатий указывают Б. Линдберг, Матес, Г.Ског, О. В. Кербиков, В. В. Ковалев, М. И. Буянов и др.

Идея Э.Кречмера об «асинхрониях развития» явилась теоретической платформой для дальнейшего изучения патогенеза психопатий, центрирования внимания на незрелости одних компонентов личности и опережающем возраст созревания других (Мышлевечек и др.).

Г.Е. Сухарева, исходя из определения психопатии как дизонтогении, использовала тип нарушения онтогенеза в качестве основного критерия классификации психопатий.

Различные варианты аномальных психических конституций в зависимости от типа нарушений развития были распределены ею по трем основным группам:

1. Задержанное развитие (по типу «дисгармонического инфантилизма»). Сюда отнесены психопатии, в клинической картине которых, наряду с чертами психической незрелости (эгоцентризм, неспособность к волевому усилию, инфантильный характер интересов, склонность к вымыслам и т. д.), наблюдаются черты более грубой патологии: раздражительность, лживость, склонность к истерическим формам реагирования В зависимости от основного синдрома выделяются 3 клинические формы дисгармонического инфантилизма: неустойчивые, истеричные и псевдологи. Общим радикалом для всей группы дисгармонического инфантилизма является и преимущественный тип телосложения и моторики, коррелирующий с психической незрелостью: инфантильные пропорции, преобладание экстрапирамидального компонента в двигательной сфере (детская пластичность и грациальность движений при недостаточности их силы и точности).

2. Искаженное (диспропорциональное) развитие, при котором наиболее выражена асинхрония созревания отдельных систем. К этой группе, имеющей наследственную этиологию, отнесены шизоиды, эпилептоиды, циклоиды, паранойяльные и психастенические личности. И здесь психопатическая картина часто соответствует преимущественному типу телосложения и моторики: шизоидные и психастенические формы – астеническому типу с мышечной гипотонией, моторной вялостью и неловкостью; циклоидная психопатия – пикническому телосложению, двигательной активности; эпилептоидная – преимущественно атлетическому типу с не только психической, но и моторной медлительностью и тугоподвижностью.

3. Поврежденное развитие – аномалия, возникшая вследствие негрубого поражения, «надлома», определенных отделов нервной системы на ранних этапах ее онтогенеза. Этот тип аномалии является более сложным, так как наряду с задержкой развития одних систем имеется повреждение других, что выражается в присутствии негрубых остаточных явлений церебрального поражения. В эту группу отнесены органические психопатии (возбудимые, безтормозные, с патологическими влечениями). Черты раннего мозгового повреждения часто накладывают «органический» отпечаток и на внешний облик этих детей в виде тех или иных диспазий (гидроцефальная форма черепа, высокое небо, гипертрофированные надбровные дуги, короткопалость и т. д.).

Данная классификация психопатий, с нашей точки зрения, имеет значение, выходящее за рамки клиники.

Не может ли критерий аномалии развития отдельных физиологических систем в их онтогенезе: задержки, искажения, либо раннего повреждения – служить вообще радикалом их патологической конституции? Психопатии являются удобной моделью для обсуждения этих вопросов.

3. Связь аномальной психической конституции с психической болезнью

Психопатии служат хорошей моделью для обсуждения проблемы аномальной конституции как фактора, предрасполагающего к определенному заболеванию. Как известно, в двадцатых годах нашего столетия Э. Кречмером было выдвинуто положение об отсутствии качественной грани между типами конституциональных аномалий и душевными болезнями. Только количественная характеристика отделяла, по мнению Э. Кречмера, шизоидную психопатию от шизофрении, циклоидную – от циркулярного психоза, эпилептоидную – от эпилепсии. Основным аргументом в пользу этой гипотезы была близость клинических проявлений определенного вида психопатии и ряда психических изменений, имеющихся при соответствующей ей болезни. Вторым аргументом являлась относительная, более выраженная частота возникновения данного заболевания у лиц с соответствующим ему конституциональным преморбидом и третьим – относительное накопление данной болезни в семьях лиц с определенной психопатией.

Связь психопатии и соответствующего ей вида душевной болезни больше всего обсуждалась на модели «шизоидная психопатия – шизофрения» (Ю.В. Каннабих, Т.И. Юдин, Е.К. Краснушкин и др.). Данные, полученные на взрослых, были подтверждены в клинике детской психиатрии (Г.Е. Сухарева, А.Н. Чехова, Л.П. Салдина и др.). К.А. Новлянской, М.Г. Дубицкой, В.Я. Плуде были исследованы особенности течения и прогноза шизофрении у детей и подростков, преморбидно обнаруживавших признаки шизоидной психопатии.

Патогенетический механизм связи шизоидной конституции и шизофрении до настоящего времени не выяснен. Еще Крепелин предполагал наследственно обусловленное предрасположение к аутоинтоксикации нервной системы, реализуемое в заболевании. Маудорф, Г.Е. Сухарева и др. причину шизоидной психопатии усматривали в определенной конституциональной недостаточности церебральной и, возможно, эндокринной системы, возникновение же того или иного варианта шизофренического процесса связывали с декомпенсацией этих систем под влиянием внешней провокации (токсического, психогенного факторов).

О генетической связи шизоидной психопатии и шизофрении уже говорилось в тридцатых годах. Е. Канном предполагал димерный тип наследования шизофрении (рецессивный ген процесса – доминантный

ген шизоидной психопатии). В шестидесятые годы, когда получила распространение полигенная концепция шизофрении, И. Готтесман и Дж. Шилдс высказали предположение, что шизоидная психопатия отличается от шизофрении только меньшим, подпороговым числом факторов, обусловленных патологически измененным генотипом, Л. Хестон, выдвинувший в семидесятых годах гипотезу о доминантном наследовании шизофрении, связывает шизоидную психопатию с проявлением неполной экспрессивности патологического гена.

Приведенные данные о связи психопатии с психическим заболеванием могут способствовать возобновлению на современном уровне исследований характера связей конституции и болезни. В чем суть качественных и количественных компонентов этого перехода и биохимического средства, заложенного на генетическом уровне?

Все изложенные выше данные, касающиеся аномальных психических конституций, в основном являются известными, хотя затронутые проблемы в своей значительной части нуждаются в дальнейшем изучении. Приведение этих сведений казалось нам целесообразным ввиду их определенной значимости для обсуждения более общих проблем об этиологии, патогенезе, критериях определения аномальной конституции в детском возрасте.

Ряд других вопросов, изложенных ниже, представляют интерес для обсуждения не только с общих позиций проблемы конституции, но и ввиду их спорности либо минимальной освещенности в литературе.

4. Соотношение биологического и социального факторов в формировании психопатии

Вопрос о роли социального фактора в формировании психопатии в последние годы приобрел значительную остроту. Эта проблема имеет 2 аспекта:

1. Какова роль социального фактора в формировании тех аномальных психических структур, которые развиваются на почве биологической неполноценности мозга?

2. Может ли социальный фактор быть основной причиной аномальной психической конституции?

Первый вопрос является менее дискуссионным. Как известно, социальная среда оказывает доминирующее влияние на формирование как здоровой, так и аномальной личности.

В исследованиях В.А. Гиляровского, В.Н. Мясникова; В.П. Осипова, Г.Е. Сухаревой, Е.А. Осиповой, В.В. Ковалева и др. указывается на сложные причинно-следственные связи, диалектическое единство социального и биологического факторов в формировании психопатии. Развитие психопатической структуры не может быть объяснено только биологической аномалией. Характер биологической недостаточности мозга опреде-

ляет лишь основной тип аномального структурного фонда, реализация которого будет зависеть от условий социальной среды, стимулирующей либо тормозящей имеющееся предрасположение. По выражению французского психиатра Мишо, «предрасположение должно быть оплодотворено обстоятельствами».

Взаимоотношения среды и аномальной личности будут значительно более сложными, чем в норме. С одной стороны, аномальная личность в силу пониженной способности к самоуправлению сама будет являться источником конфликтной ситуации, в свою очередь вновь усиливающей дезадаптацию психопатического субъекта; с другой – трудности приспособления к социальной среде формируют у него ряд компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований.

Социальная неадекватность как основной радикал психопатической личности в свое время нашла отражение в попытке замены названия психопатии «социопатией», а также в определении К. Шейдером психопатических личностей как «либо самих страдающих от своей недостаточности, либо от которых страдает общество».

Таким образом, структура аномальной психической конституции содержит компоненты, обусловленные как первично-биологическими факторами, так и сложными образованиями, сформированными в результате трудностей взаимодействия с окружающей средой. Во всех этих случаях среда выступает как необходимое условие формирования (либо сглаживания) аномальных черт. Для обсуждения факторов, определяющих формирование аномальной конструкции в детском возрасте, значительно больший интерес представляет второй аспект данной проблемы – роль социального фактора как причины возникновения психической аномалии.

Как известно, ряд клиницистов (Мишо, О.В. Кербиков, В.В. Ковалев, Н.И. Фелинская, В.А. Гурьева и др.) отстаивают возможность «нажитой» психопатии вследствие социальных причин: длительно травмирующей ситуации, неправильных условий воспитания. Этот вариант психопатии рассматривается как конечный стойкий результат психогенного воздействия, формирующийся на протяжении нескольких этапов патологических реакций в зависимости от различных видов патохарактерологического развития личности. Развитие нажитой («краевой» – по О.В. Кербикову) психопатии считается более вероятным в детском возрасте, когда деформирующее влияние неблагоприятной среды действует на незрелую психику ребенка с ранних лет жизни. Возникающие в этих условиях стойкие нарушения психического реагирования, отрываясь от психотравмирующей ситуации, постепенно приобретают свойство саморазвития.

В пользу отнесения данного варианта патологии к психопатическим конституциям приводятся следующие аргументы: 1) клинические данные об ограниченности этой психической патологии кругом характерологических расстройств; 2) стойкость этих приобретенных форм реагирования. В пользу возможности «нажитой» психопатии могут служить и данные об определенной патогенетической общности биологически и социально-детерминированных аномалий эмоционально-волевой сферы: возникновение при хронической психотравмирующей ситуации, действующей с раннего детства, стойких изменений вегетативной нервной системы и механизмов высшей нервной деятельности, приводящих к нарушению церебрального и, вследствие этого – психического онтогенеза. Таким образом, первично психогенный фактор вызывает вторичные биологические нарушения, участвующие в патогенезе психопатии. По мнению В. В. Ковалева, возникновению «нажитой» психопатии способствуют соматическая ослабленность, невропатические особенности, легкая остаточная церебрально-органическая патология.

Против отнесения этих форм к психопатии выдвигается ряд аргументов. В области клинических проявлений диагнозу психопатии, по мнению Г.Е. Сухаревой, противоречит отсутствие в психопатологической картине этих состояний (квалифицируемых как «патологическое развитие личности») основного радикала психопатии – дисгармонии эмоционально-волевой сферы. Их клиническая картина, более или менее отражая содержание психотравмирующей ситуации, имеет, таким образом, психологически понятный генез. Тип такой приобретенной аномальной психической конституции не коррелирует, естественно, и с преимущественным вариантом телосложения. Возникновение нажитой психопатии на первично неаномальной основе стирает принципиальные грани между психопатией и «психопатоподобными» расстройствами, появляющимися вследствие более поздних повреждений нервной системы травматического, инфекционного генеза, личностными изменениями после перенесенного приступа шизофрении и т.д. Так же, как нажитая психопатия, эти психопатоподобные расстройства имеют свою клинику, этиологию и патогенез. Наконец, ряд исследований, в том числе педагогических, указывают на иную динамику этих состояний: их принципиальную обратимость в благоприятных условиях, в то время как при истинной психопатии речь может идти лишь о состоянии компенсации. Однако В.В. Ковалев и М.И. Буянов на основании катамнестических исследований, в свою очередь, отрицают принципиальную необратимость некоторых видов и органически обусловленных психопатий. Таким образом, спор о возможности социального генеза психопатии в настоящее время не является разрешенным.

В связи с этим представляет интерес постановка вопроса о правомерности применения термина аномальной конституции к аномалиям, возникшим на более поздних стадиях онтогенеза и к социально обусловленной патологии, ограниченной только приобретенной характерологической структурой и не сопровождающейся соответствующими ей преимущественными конституциональными соматическими особенностями.

5. Критерии и правомерность диагностики аномальной психической конституции на разных возрастных этапах развития ребенка

Первый из относящихся к этой проблеме вопросов, почти не освещенный в литературе, касается роли периода полового созревания в формировании психической конституции. Как известно, индивидуальным эндокринным константам придавалось большое значение среди факторов, определяющих конституциональный тип. Это касалось как нормы, так и конституций, примыкающих к аномальным. Среди последних описывались варианты, связанные с влиянием гипо- либо гиперфункций той или другой эндокринной железы, направляющей формирование как типа телосложения, так и ряда психических особенностей. Белов (1924), Бауэр (1928) и др. выделяли гипо- и гипертиреоидный, гипопаратиреоидный, гипо- и гиперпитуитарный, гипо- и гипергенитальный, гипосупраренальный типы. М. Блейлером (1954) описаны психические особенности при ряде эндокринных конституций (акромегалоидный и др.). С другой стороны, в возникновении аномальных психических конституций определенное значение придавалось эндокринной дисфункции (гиперплазии надпочечников – при эпилептоидной, «плюригландулярной» недостаточности – при шизоидной конституции, «половому инфантилизму» – при психопатиях, содержащих клинический радикал психической незрелости, и т.д.).

Изучение этих вопросов, начатое в 20-х годах, к сожалению, не получило достаточного развития.

Вместе с редуцированием проблемы «эндокринной конституции» из поля зрения психиатров выпал и вопрос о роли самого процесса полового созревания и формировании психических особенностей.

В ряде интересных исследований А.Е. Личко и его сотрудников, касающихся различных вариантов «преходящей подростковой акцентуации характера», более очевидна связь этой возрастной декомпенсации с преморбидными нервно-психическими особенностями (в том числе с церебрально-органической недостаточностью), чем с характером динамики полового метаморфоза.

Между тем в 1928 и 1933 гг. Я.М. Серейским, Е.Н. Крыловой и Л.И. Воеводa были опубликованы работы о так называемом конституциональном гипогенитализме. Авторы описывали четкий клинический симптомокомплекс, объединяющий особенности двигательной, психической, вегетативной и соматоэндокринной сферы.

В психическом статусе этих детей отмечался своеобразный инфантилизм (явления эмоциональной тормозимости, выраженной склонностью к невротическим образованиям, сочетанием двигательной неловкости и медлительности с наклонностью к рассуждательству и резонерству). Вегетативно-обменная дистония свидетельствовала о преобладании тонуса ее парасимпатического отдела. Особенности телосложения и тип ожирения имели евнухоидный характер.

Несмотря на то, что задержка созревания у этих детей была временной, и в юношеском возрасте половое развитие достигало нормы; два параметра – тип телосложения и характерологические особенности – оставались неизменными (Н. Пенде, И.Б. Голант). «Такие субъекты остаются маломужественными, со слабой энергией, более ранней ступенью развития характера» (М.С. Маслов, 1930). Конституциональный генез этой аномалии подтверждается частотой аналогичных психофизических особенностей у ближайших родственников (родителей, сибсов). Нами наблюдалась и значительная частота так называемого органического церебрального гипогенитализма, обусловленного ранними экзогенными вредностями и по своим основным клиническим проявлениям представляющего, очевидно, фенокопию гипогенитализма конституционального.

Таким образом, можно предположить, что задержка полового развития имеет определенное отношение к формированию ряда психических черт, скорее всего связанных с половой принадлежностью.

Значительную роль в формировании характерологических особенностей имеет и ускорение темпа полового созревания. Как показали проведенные нами исследования, у подростков с церебрально-органическими формами ускоренного полового метаморфоза стойко видоизменяются не только особенности темперамента и сферы влечений, но в определенной мере и иерархия потребностей и интересов, значительно влияющих на уровень социальной адаптации. И при данном виде дизонтогенеза характерологические изменения коррелируют с типом телосложения, обусловленным как ранним закрытием костных зон роста (относительно короткими конечностями, длинной спиной), так и чрезмерным развитием вторичных половых признаков, а также с вегетативной дистонией, отражающей превалирование симпатического тонуса.

Связь перечисленных нервно-психических особенностей с характером темпа полового созревания (его задержкой, либо ускорением) косвенно подтверждается и тем, что как психические черты, так и вегетативные особенности детей противоположных групп (задержка либо

ускорение созревания) также являются противоположными друг другу. Так, инфантильность, эмоциональная пассивность и тормозимость, задержка в развитии сексуальной направленности при гипогенитализме противостоят аффективной возбудимости, раннему пробуждению сексуальности, бытовой направленности интересов при ускорении темпа полового созревания церебрального генеза.

Таким образом, в зависимости от характера отклонения темпа полового созревания возникает определенный психофизический симптомокомплекс. Его стойкость, негрубая выраженность и непрогредиентность, возможно, позволяют отнести его к конституциональной аномалии.

И, наконец, последний вопрос касается правомерности диагностики аномальной психической конституции на ранних возрастных этапах. Клиническое изучение психопатий позволяет сделать вывод о возможности диагностики многих психических аномалий и на ранних стадиях детского возраста. Несмотря на то, что психика ребенка находится в процессе формирования, каждому из возрастных этапов присущи свои психические особенности, как в норме, так и патологии. Знание последних способствует ранней диагностике и коррекции психической аномалии.

Можно предположить, что та же закономерность имеет место и для возрастных проявлений других патологических конституций.

Задачей будущего является диагностика не только наличия, но и степени выраженности психической аномалии. В этом отношении клиника ждет помощи от психологических методик, позволяющих шкалировать глубину отклонений различных психических параметров.

Как известно, единой, общепринятой классификации психопатий до сих пор не существует. Разными авторами использовались различные критерии группировки. Классификация Крепелина исходила из нескольких критериев (феноменологического, социального, психопатологического, клинического и т.д.) Им описаны личности: «возбудимые», «неустойчивые», «с повышенными влечениями», «лгуны и фантасты», «чудаки», «сварливые», «враги общества».

К. Шнайдер выделял «гипертимические личности», «депрессивные, неуверенные в себе», «жаждущие признания», «неустойчивые».

Кан в основу группировки положил поражение определенного «слоя» психики: темперамента, характера, влечений, а также выделил «сложные комплексные формы».

Груле основными параметрами считал такие психологические свойства, как активность, основное настроение, эффективную отзывчивость, волевые особенности, отношение к реальности, самочувствие и самооценку.

Э. Кречмер, как известно, использовал критерий сходства с душевными заболеваниями и выделил психопатии шизоидные, циклоидные, эпилептоидные.

Классификация П.Б.Ганнушкина основывалась на различных критериях (циклоиды, эпилептоиды, шизоиды, астеники, параноики, истерические характеры, неустойчивые, антисоциальные конституционально-глупые).

О.В. Кербиков пришел к выводу о наибольшей рациональности деления психопатий на конституциональные, органические и краевые формы.

К.Г. Ушаков выделяет психопатии тормозные (астеническую, психастеническую, шизоидную, аутистическую); возбудимые (истерическую, паранойяльную); половые.

Большинство классификаций психопатий у детей и подростков существенно не отличались от вышеуказанных. Классификации Шольца и Гомбургера сходны с группировками Крепелина, К.Шнайдера. Критерии группировки Трамера перекликаются с критериями Груле. В.В.Ковалев придерживается классификации О.В. Кербикова. Н.И. Озерецкий и М.С.Певзнер разграничивают психопатии по этиологии: конституциональные психопатии и патологические развития личности (Н.И. Озерецкий) и конституциональные и органические психопатии (М.С. Певзнер).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лебединская К.С. Психические особенности детей с ускоренным и задержанным созреванием церебрального генеза: дис. ... канд. мед. наук. / Клара Самойловна Лебединская. – М., 1964.

2. Лебединская К.С. Проблема акцелерации и «трудные дети» // Дети с отклонениями в поведении. – М., 1970.

3. Лебединская К.С. Фактор нарушения темпа полового созревания в клинике пограничных состояний // Сб. работ кафедры детской психиатрии, посвященный пограничным заболеваниям у детей. – М., 1973.

4. Лебединская К.С. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974.

5. Лебединская К.С. Аномалии психической конституции у детей и подростков // Сб. мат-лов Симпозиума по проблеме дифференциальной психофизиологии. – Пермь, 1975.

6. Лебединская К.С. Клиническая характеристика задержки психического развития // Обзорный бюллетень Министерства просвещения и АПН СССР. Задержка психического развития и пути ее преодоления / Под ред. Т.А. Власовой. – Москва, 1976.

7. Лебединская К.С. Аномалии психической конституции в детском возрасте // Оценка типов конституции у детей и подростков. – М., 1976.

8. Мнухин С.С. О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. – Л., 1968.

Лебединская К.С.

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И СИСТЕМАТИКИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ[3]

Клиническое изучение ЗПР представляет определенные сложности, так как в этих случаях речь идет о структурных признаках и закономерностях динамики не болезненного состояния, а аномалии развития – нарушениях психического онтогенеза.

Если болезнь является бесспорной компетенцией клинициста, то аномалия психического развития в значительной степени представляет собой область специальной психологии, изучающей деформацию нормальных психических функций и психического развития в условиях патологии. Тем не менее тесная связь психопатологических болезненных симптомов с отклонениями психического развития способствует тому, что различные аномалии психического развития всегда были объектом изучения не только психологов и педагогов, но и психиатров.

Особое значение проблема соотношения динамики болезненных расстройств и аномалии развития имеет, естественно, в детском возрасте, так как из-за незрелости мозга практически любое более или менее длительное патогенное воздействие приводит к отклонениям психического развития. В зависимости от характера, локализации, степени распространенности процесса, времени воздействия вредности, условий воспитания и обучения эта аномалия развития имеет свою модальность (различные типы нарушений развития интеллекта, эмоциональной сферы, моторики, зрения, слуха и т.д.), а также ту или иную степень выраженности.

В случаях раннего воздействия вредности тяжесть аномалии развития может перекрывать выраженность связанных с болезнью энцефалопатических расстройств, как это имеет место при олигофрении, ранней детской шизофрении. В.В. Ковалев (1979) при систематике резидуальных нервно-психических расстройств в детском возрасте выделяет «пре-

[32]Печатается по: Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 15-27. Также опубликовано в виде отдельной статьи в: Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №9 2005 URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/osnovnye-voprosy-kliniki-i-sistematiki (Дата обращения: 18.03.2026)

имущественно дизонтогенетические формы» (аномалии развития, по терминологии отечественной дефектологии), «преимущественно энцефалопатические», при которых преобладает симптоматика болезни, а не нарушения развития, и «смешанные – дизонтогенетически-энцефалопатические».

Аномалия развития, квалифицируемая как задержка психического развития, встречается значительно чаще других, более грубых нарушений психического онтогенеза.

Проблема ЗПР является одной из актуальных не только в дефектологии, но и в общей педагогике, так как теснейшим образом связана с проблемой школьной неуспеваемости. Количество учеников начальных классов, испытывающих стойкие затруднения в обучении, составляет от 5 до 11 % (R.L. Masland, 1969; М.С. Певзнер, 1972; В.И. Лубовский, 1972 и др.). Эти дети стали объектом изучения дефектологов, психологов, педагогов, врачей.

Исследования, проведенные в 1972—1973 гг. НИИ дефектологии АПН СССР в ряде городов и сельских местностей СССР (Москва, Иркутская область, Литва, Армения), выявили среди 5076 учащихся начальных классов массовых школ 589 (11,6 %) детей, испытывающих трудности в обучении. Как показали результаты комплексного (клинического, психологического, логопедического и сурдологического) исследования, менее 1/3 из них (30,6 %) страдали легкой степенью олигофрении. 19% составила сборная группа, куда вошли дети с первичными нарушениями речи, зрительной и слуховой афферентации, опорно-двигательного аппарата, а также дети, у которых трудности обучения были связаны с расстройствами поведения.

У 50,4 % неуспевающих учеников (или 5,8 % всех учащихся младших классов) была диагностирована ЗПР, так как по ряду параметров их интеллектуальной сферы и эмоционально-волевых особенностей (недостаточности общего запаса знаний об окружающем, ограниченности представлений, необходимых для усвоения школьных предметов, незрелости мышления, несформированности учебных интересов и преобладании игровых) они находились на более ранней возрастной ступени развития. При этом достаточная сообразительность в пределах имеющихся знаний и способность к принятию помощи свидетельствовали против олигофренической структуры дефекта.

Внимание клиницистов прежде всего было обращено на инфантильные черты психики многих из этих детей: их эмоциональную незрелость, слабость мотивации поведения, игровой характер интересов, неспособность к волевому усилию.

Специальные исследования показали клиническое разнообразие вариантов психического инфантилизма, наблюдаемого у этих детей.

М.С. Певзнер (1972) была предложена классификация этих состояний, в которых инфантилизм выступал как в чистом виде («неосложненный психофизический и психический инфантилизм») так и в виде вариантов, осложненных недоразвитием познавательной деятельности, речи. Т. А. Власовой, М.С. Певзнер (1973) была выделена «вторичная» ЗПР, обусловленная нарушением познавательной деятельности и работоспособности в связи со стойкой церебрастенией – повышенной истощаемостью психических функций. Этиологическими факторами чаще являлись негрубые церебральные вредности, обменно-трофические расстройства, действующие на ранних этапах онтогенеза. В патогенезе инфантилизма ведущая роль отводилась замедлению темпа созревания лобных и лобно-диэнцефальных систем мозга, в норме обеспечивающих как уровень развития личности, так и формирование целенаправленной деятельности.

В классификации, предложенной М.С. Певзнер и Т.А. Власовой: 1) ЗПР, связанная с психическим и психофизическим инфантилизмом; 2) ЗПР, обусловленная длительной церебрастенией, – заложены основные принципы клинического подхода к пониманию механизмов формирования ЗПР: возможность ее возникновения как за счет замедления созревания эмоционально-волевой сферы, так и за счет нейродинамических расстройств, тормозящих развитие познавательной деятельности.

Разность патогенетических механизмов обусловливала и различие прогноза. ЗПР в виде неосложненного психического инфантилизма расценивалась как прогностически более благоприятная, большей частью не требующая специальных методов обучения. При преобладании же выраженных нейродинамических, в первую очередь стойких церебрастенических расстройств, ЗПР оказывалась более стойкой и нередко нуждающейся не только в психолого-педагогической коррекции, но и лечебных мероприятиях.

Как указывалось выше, результаты проведенных исследований явились стимулом для организации специальных классов и школ для детей с задержкой психического развития.

Опыт этих школ показал, что при специальных формах и методах обучения, некотором увеличении сроков прохождения программы, щадящем режиме, поддерживающей медикаментозной терапии общеукрепляющими, успокаивающими и стимулирующими препаратами примерно половина этих детей после обучения в начальных классах специальной школы может быть переведена в IV класс массовой школы. Остальная же часть учащихся должна продолжать обучение в специальных условиях данных школ.

Обобщение данных, полученных в течение последних лет в клинической лаборатории НИИ дефектологии при комплексном клинико-пси-

холого-педагогическом исследовании учащихся этих школ, а также и других детей, не успевающих в младших классах массовой школы, позволило уточнить клинико-психологическую структуру различных типов ЗПР, ряд вопросов ее клинической систематики, критерии отграничения от олигофрении, соотносительную роль биологических и социальных факторов в формировании ее различных типов.

Клиническая систематика задержки психического развития

Основные клинические типы ЗПР дифференцированы нами по этиопатогенетическому принципу:

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

Каждый из этих типов ЗПР имеет свою клинико-психологическую структуру, свои особенности эмоциональной незрелости и нарушений познавательной деятельности, нередко осложнен рядом болезненных признаков – соматических, энцефалопатических, неврологических. Во многих случаях эти болезненные признаки нельзя расценивать только как осложняющие, так как они играют существенную патогенетическую роль в формировании самой ЗПР.

Представленные клинические типы наиболее стойких форм ЗПР в основном отличаются друг от друга именно особенностью структуры и характером соотношения двух основных компонентов этой аномалии развития: структурой инфантилизма и характером нейродинамических расстройств. В замедленном темпе формирования познавательной деятельности с инфантилизмом связана недостаточность интеллектуальной мотивации и произвольности, а с нейродинамическими расстройствами – тонус и подвижность психических процессов.

1. ЗПР конституционального происхождения

Речь идет о так называемом гармоническом инфантилизме (неосложненном психическом и психофизическом инфантилизме, по классификации М.С. Певзнер и Т.А. Власовой), при котором эмоционально-волевая сфера находится как бы на более ранней ступени развития, во многом напоминая нормальную структуру эмоционального склада детей более младшего возраста. Характерны преобладание эмоциональной мотивации поведения, повышенный фон настроения, непосредственность и яркость эмоций при их поверхностности и нестойкости, легкая внушаемость. Затруднения в обучении, нередко наблюдаемые у этих детей в младших классах, М.С. Певзнер и Т.А. Власова связывают с незрелостью мотивационной сферы и личности в целом, преобладанием игровых интересов. Гармонический инфантилизм является как бы ядерной формой психического инфантилизма, в котором

черты эмоционально-волевой незрелости выступают в наиболее чистом виде и часто сочетаются с инфантильным типом телосложения.

Такая гармоничность психофизического облика, нередкость семейных случаев, непатологичность психических особенностей позволяют предположить преимущественно врожденно-конституциональную этиологию этого типа инфантилизма (А.Ф. Мельникова, 1936; Г.Е. Сухарева, 1965). Однако нередко происхождение гармонического инфантилизма может быть связано с негрубыми обменно-трофическими расстройствами, внутриутробными либо первых лет жизни. В этих случаях речь идет об экзогенной фенокопии конституционального инфантилизма генетического происхождения. В этом отношении представляют интерес данные Г.П. Бертынь (1970) об относительной частоте гармонического инфантилизма у близнецов и предположение о патогенетической роли гипотрофических явлений, связанных с фактором многоплодия.

2. ЗПР соматогенного происхождения

Этот тип аномалии развития обусловлен длительной соматической недостаточностью различного генеза: хроническими инфекциями и аллергическими состояниями, врожденными и приобретенными пороками развития соматической сферы, в первую очередь сердца (В.В. Ковалев, 1979). В замедлении темпа психического развития этих детей значительная роль принадлежит стойкой астении, снижающей не только общий, но и психический тонус. Нередко имеет место и задержка эмоционального развития – соматогенный инфантилизм, обусловленный рядом невротических наслоений – неуверенностью, боязливостью, капризностью, связанными с ощущением своей физической неполноценности, а иногда индуцированными и режимом определенных ограничений и запретов, в котором находится соматически ослабленный или больной ребенок.

3. ЗПР психогенного происхождения

Этот тип ЗПР связан с неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию личности ребенка. Социальный генез этой аномалии развития не исключает ее патологического характера. Как известно, неблагоприятные средовые условия, рано возникшие, длительно действующие и оказывающие травмирующее влияние на психику ребенка, могут привести к стойким сдвигам его нервно-психической сферы, нарушению сначала вегетативных функций, а затем и психического, в первую очередь эмоционального, развития. В таких случаях речь идет о патологическом (аномальном) развитии личности. Этот тип ЗПР следует отличать от явлений педагогической запущенности, не представляющих собой патологического явления, а ограниченных дефицитом знаний и умений вследствие недостатка интеллектуальной информации.

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

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

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

4. ЗПР церебрально-органического происхождения

Этот тип ЗПР занимает основное место в данной полиморфной аномалии развития. Он встречается чаще других вышеописанных типов, нередко обладает большей стойкостью и выраженностью нарушений как в эмоционально-волевой сфере, так и в познавательной деятельности. Изучение анамнеза этих детей в большинстве случаев показывает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы, чаще – резидуального характера: патологию беременности (тяжелые токсикозы, инфекции, интоксикации и травмы, несовместимость крови матери и плода по резус-, АВО- и др. факторам), недоношенность, асфиксию и травму в родах, постнатальные нейроинфекции, токсико-дистрофирующие заболевания первых лет жизни.

По данным Ю. Дауленскене (1973), на долю патологии беременности, родов, заболеваний первого года жизни приходится 67,32 % из них. По предположению Г.Гроссмана и В. Шмитца (G.Grossman, W. Schmitz, 1969),

70 % падает на внутриутробную патологию и лишь 30 % – раннюю постнатальную. Л.Тарнополь (L.Tarnopol,1971) отмечает инфекционную этиологию в 39 % случаев, последствия родовых и постнатальных травм – в 33%. Задержка интеллектуального развития описана и при генетическихпороках развития (М.М. Райская, 1968).

Анамнестические данные указывают и частое замедление смены возрастных фаз развития: запаздывание формирования статических функций, ходьбы, речи, навыков опрятности, этапов игровой деятельности (В. В. Лебединский, Н. Л. Белопольская, 1976.

В соматическом состоянии наряду с частыми признаками задержки физического развития (недоразвитие роста, мускулатуры, недостаточность мышечного и сосудистого тонуса) нередко наблюдается общая гипотрофия, что не позволяет исключить патогенетической роли нарушений вегетативной регуляции трофических и иммунологических функций (М.Г. Рейдибойм, 1978); могут наблюдаться и различные виды диспластичности телосложения.

В неврологическом состоянии часто встречаются гидроцефальные, а иногда и гипертензионные стигмы, стертый гемисиндром, нарушения черепно-мозговой иннервации, пирамидные знаки, явления вегетативно-сосудистой дистонии (Е.С. Иванов, 1968; С. С. Мнухин, 1968; Ю. Дауленскене, 1973; И.Ф. Марковская, 1977 и др.).

По данным электроэнцефалографии, нарушения электрической активности мозга при задержке психического развития встречаются достаточно часто: от 30 %, по Д.Г. Саттерфильду; М. Е. Даусону (J.H. Sutterfild, M.E. Dauson, 1971), до 50-55 % (Н.Н. Зислина, Э.С. Ополинский, М.Г. Рейдибойм, 1972 и др.) Отмечается отсутствие альфа-ритма, преобладание либо генерализованных медленных волн тета- и дельта-диапазона, либо высокочастотной активности; пароксизмальные вспышки высокоамплитудных дельта-волн, иногда – веретенообразные вспышки бета-волн в лобных отделах. Преобладание билатерально-синхронных разрядов высокоамплитудных тета- и дельта-волн в передних отделах мозга указывает на дисфункцию диэнцефальных и верхнестволовых структур (Ю.Г. Демьянов, 1970 и др.). Достаточно часто встречается снижение порога судорожной готовности, субклиническая эпилептическая активность (G. Grossmann, W. Schmitz, 1969 и др.) Наблюдаются и очаговые корковые нарушения, чаще в теменных отделах коры (Д.Н. Исаев, К.Д. Ефремов, С.М. Пукшанская, 1974 и др.), Н.Л. Горбачевская и Н.Л. Новинская (1976) отмечают преобладание пароксизмальной активности в левом полушарии.

Исследование зрительных вызванных потенциалов (М.Н. Фишман, 1979) выявляет незрелость коры головного мозга, наиболее выраженную в ее лобных отделах, и особенно левого полушария; имеются указания

на несформированность, незрелость системы сенсорного анализа высших интегративных центров. Таким образом, изменения ЭЭГ свидетельствуют о незрелости мозга, в первую очередь его корковых отделов, нередко сочетающейся с признаками локального поражения мозговых структур.

В отношении патогенеза ЗПР церебрально-органического генеза имеется определенная аналогия с принятыми за рубежом терминами: «минимальное повреждение мозга» (A. Strauss, L. Lehtinen, 1947), «минимальная мозговая дисфункция – ММД» (P. Paine, 1962). Акцент на понятии «дисфункция» позволяет включить в данную группу и самые легкие, функциональные расстройства ЦНС. Следует, однако, отметить, что термин «минимальная мозговая дисфункция», констатирующий в основном лишь количественный фактор – легкую степень церебральной недостаточности, на современном этапе не обладает достаточной клинической информативностью, так как не содержит дифференциации по этиологии и патогенезу. Общие клинические критерии ММД также неполны и недостаточно четки.

В психическом статусе также обращает на себя внимание ряд признаков недостаточности нервной системы.

Церебрально-органическая недостаточность прежде всего накладывает типичный отпечаток на структуру самой ЗПР – как на особенности эмоционально-волевой незрелости, так и на характер нарушений познавательной деятельности.

Эмоционально-волевая незрелость представлена органическим инфантилизмом (И.А. Юркова, 1959; Г.Е. Сухарева, 1959). При этом инфантилизме у детей отсутствует типичная для здорового ребенка живость и яркость эмоций. Больные дети характеризуются слабой заинтересованностью в оценке, низким уровнем притязаний. Внушаемость у них имеет более грубый оттенок и нередко отражает органический дефект критики. Игровую деятельность характеризует бедность воображения и творчества, определенные монотонность и однообразие, преобладание компонента двигательной расторможенности. Само стремление к игре нередко выглядит скорее как способ ухода от затруднений в занятиях, чем первичная потребность: желание играть часто возникает именно в ситуациях необходимости целенаправленной интеллектуальной деятельности, приготовления уроков (Н.Л. Белопольская, 1976; И.Ф. Марковская, 1977).

В зависимости от преобладающего эмоционального фона можно выделить два основных вида органического инфантилизма. 1. Неустойчивый – с психомоторной расторможенностью, эйфорическим оттенком настроения и импульсивностью, имитирующими детскую жизнерадостность и непосредственность. Характерны малая способность к

волевому усилию и систематической деятельности, отсутствие стойких привязанностей при повышенной внушаемости. 2. Тормозимый – с преобладанием пониженного фона настроения, нерешительностью, безынициативностью, часто боязливостью.

Вышеописанная клиническая картина органического инфантилизма имеет свои добавочные особенности, обусловленные спецификой патогенеза и локализации церебральной недостаточности. Так, одной из разновидностей органического инфантилизма тормозимого вида является церебрально-эндокринный инфантилизм, клиническая картина которого включает ряд эндокринных дисфункций, вторично обусловленных недостаточностью подкорковых эндокринно-вегетативных центров, регулирующих деятельность желез внутренней секреции. Сюда относится инфантилизм при церебральном гипогенитализме (М.Я. Серейский, Е.И. Крылова, 1933; К.С. Лебединская, 1969), субнанизме, а также аберрациях в системе половых хромосом – синдромах Шерешевского – Тернера, Клайнфельтера и др. (М.М. Райская, 1968). Здесь инфантильность своеобразно сочетается со склонностью к рассуждательству, сентенциям, карикатурной «взрослостью» оборотов речи и внешней манеры поведения.

Разновидность тормозимого вида органического инфантилизма наблюдается и у детей, страдающих невропатией – врожденной, а чаще рано приобретенной (вследствие инфекций, интоксикаций, обменно-трофических расстройств) функциональной недостаточностью вегетативной нервной системы. Нарушения сна, аппетита, диспептические явления, сосудистая лабильность вызывают астенические расстройства, снижение работоспособности в связи с незначительными соматогенными, метеорологическими, а также психогенными факторами. Неустойчивость вегетативного тонуса способствует и эмоциональной хрупкости. Психический инфантилизм, тесно связанный с астеническими и неврозоподобными особенностями этих детей, ощущением физической слабости, робостью, пугливостью, проявляется в неумении постоять за себя, несамостоятельности, чрезмерной зависимости от близких.

Таковы основные, наиболее часто встречающиеся виды органического; инфантилизма. Важно еще раз подчеркнуть, что эта незрелость эмоционально-волевой сферы является фактором, тормозящим развитие познавательной деятельности не только из-за недостаточности мотивационной сферы, инфантильной иерархии интересов, но и малой целенаправленности, слабости контроля, повышенной импульсивности.

В формировании ЗПР церебрально-органического генеза значительная роль принадлежит и нарушениям познавательной деятельности, обусловленным недостаточностью памяти, внимания, инертностью психических процессов, их медлительностью и пониженной переключае-

мостью, а также дефицитарностью отдельных корковых функций. Психолого-педагогические исследования, проведенные в течение ряда лет в НИИ дефектологии АПН СССР Н. А. Никашиной, В.И. Лубовским, Т.В. Егоровой, М.В. Ипполитовой, Р.Д. Тригер, Н.А. Цыпиной, Г.И. Жаренковой, Л.И. Переслени и П.Б. Шошиным, С.Г. Шевченко, Г.М. Капустиной и др. и обобщенные в монографии «Обучение детей с задержкой психического развития» (1981), а также исследования Л. Бенда (L. Benda, 1949), Л. Тарнополя (L. Tarnopol, 1971), А.Д. Кошелевой (1973), В.В. Лебединского и А.Д. Кошелевой (1975), Л.В. Яссман (1976), И.Ф. Марковской (1977), З. М. Дунаевой (1980) констатируют у этих детей неустойчивость внимания, недостаточность развития фонематического слуха, зрительного и тактильного восприятия, оптико-пространственного синтеза, моторной и сенсорной стороны речи, долговременной и кратковременной памяти, зрительно-моторной координации, автоматизации движений и действий. Нередко обнаруживаются плохая ориентировка в «правом – левом», явления зеркальности в письме, затруднения в дифференцировке сходных графем.

При этом отмечается определенная парциальность, мозаичность нарушений отдельных корковых функций. Очевидно, в связи с этим одни из этих детей испытывают преимущественные трудности в овладении чтением, другие – письмом, третьи – счетом, четвертые обнаруживают наибольшую недостаточность двигательной координации, пятые – памяти и т.д. Х. Спионек (1972) подчеркивает, что такой ребенок не располагает достаточным количеством предпосылок, на которых строится логическое мышление. Специальное исследование высших корковых функций у этих детей позволило некоторым исследователям предположить связь подобных нарушений с локальной недостаточностью определенных корковых зон.

По мнению Ю. Дауленскене, патологическая заинтересованность височных зон коры наблюдается в 36, 13% случаев, теменно-затылочных – в 23, височно-затылочных – в 30, диссеминированная корковая патология – в 10,78%. Системный анализ высших корковых функций (Ю.Г. Демьянов, 1971; И.Ф. Марковская, В.В. Лебединский, О.С. Никольская, 1977) показал действительное наличие дефицитарности отдельных корковых функций в тяжелых случаях; при негрубой же степени органической недостаточности ЦНС, особенно применительно к детскому возрасту следует осторожно адресоваться к узкой локализации дефекта, больше иметь в виду неустойчивость функциональной структуры.

У детей с ЗПР церебрально-органического генеза, как правило, наблюдается ряд энцефалопатических расстройств.

1. ***Церебрастенические явления*** встречаются наиболее часто и проявляются в ряде феноменов, отражающих нейродинамические расстройства, в первую очередь повышенную истощаемость ЦНС. К ним относятся нарушения интеллектуальной работоспособности с падением по мере утомления способности к запоминанию, концентрации внимания, нарастание психической медлительности; эмоциональные расстройства с феноменом «раздражительной слабости»: ранимостью, тормозимостью, слезливостью (чаще у девочек), либо раздражительностью. Это, естественно, не относится к нарушениям психического развития при тех поражениях ЦНС, где часто имеется первичная грубая локальная патология корковых зон мозга, например детскому церебральному параличу. Работами ряда зарубежных и отечественных исследователей показано, что при спастической диплегии, связанной с преимущественной теменно-затылочной локализацией поражения, нарушаются восприятие, зрительно-пространственный гнозис, праксис, функции счета и письма, при гиперкиинетической форме, обусловленной патологической заинтересованностью височных и заднелобных отделов коры, недостаточностью подкорковых зон, наблюдаются слухоречевые расстройства с подкорковой дизартрией, при правосторонней гемипаретической форме – пальцевая агнозия, элементы аграфии, акалькулии и т.д. возбудимостью (чаще у мальчиков), склонностью к немотивированному понижению настроения дистимического характера – со слабодушием, ощущением физического дискомфорта; двигательные расстройства: моторная расторможенность либо, наоборот, гиподинамия; явления вегетативной дистонии: повышенная чувствительность к шуму, яркому свету, жаре, духоте, нарушения аппетита и сна, склонность к сосудистой гипотонии, неприятным ощущениям в различных частях тела, функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта и т. п. Головные боли тесно связаны с нарушениями вегетативно-сосудистой регуляции.

2. Неврозоподобные явления, патогенетически связанные с церебрастенической почвой: тревожность, боязливость, склонность к страхам темноты, одиночества, ипохондрическим (за здоровье свое и близких); тикозные гиперкинезы – навязчивые движения, большей частью в мышцах нижней половины лица, шеи, плеч, связанные с мышечной дистонией; неврозоподобное заикание; неврозоподобный энурез.

3. Синдром психомоторной возбудимости, чаще наблюдаемый у мальчиков: аффективная и общая двигательная расторможенность, отвлекаемость, суетливость.

4. Аффективные нарушения проявляются в немотивированных колебаниях настроения церебрально-органического регистра: дисфорическом состоянии -пониженном настроении со злобностью, недоверчивостью, склонностью к агрессивным разрядам; эйфорическом состоянии – повышенном настроении с элементами дурашливости, назойливости, бесцельной суетливости.

5. Психопатоподобные нарушения: сочетание двигательной расторможенности, аффективной неустойчивости, снижения интереса к интеллектуальной деятельности с отрицательным отношением к учебе, иногда – расторможенности влечений (склонности к побегам, воровству, лживости, онанизму и т.д.).

6. Эпилептиформные нарушения – различные виды судорожных припадков и других нервно-психических пароксизмов.

7. Апатико-адинамические расстройства – снижение инициативы и побуждений в интеллектуальной деятельности, выраженные эмоциональная вялость и двигательная заторможенность.

Вопрос о роли этих энцефалопатических расстройств в формировании стойких нарушений психического развития сложен. Несомненно, что выраженные церебральная астения, аффективная и двигательная возбудимость, психопатоподобное поведение, снижая интеллектуальную работоспособность и целенаправленность, усугубляют недостаточность познавательной деятельности. Т.А. Власова и М.С. Певзнер (1967), Е.С. Иванов (1971) и другие исследователи отводят церебральной астении патогенетическую роль в возникновении стойких форм неуспеваемости и ЗПР. И по данным нейропсихологического исследования (И.Ф. Марковская, 1977), у значительной части детей с более легкими формами ЗПР церебрально-органического генеза недостаточность ряда высших корковых функций в большой мере обусловлена именно слабостью психического тонуса, дефицитарностью «энергетического» блока, что имеет прямое отношение к клиническим проявлениям церебрастении.

В развитии более стойких церебрально-органических форм ЗПР играют роль как более грубые нейродинамические расстройства – инертность психических процессов, их медлительность, недостаточная переключаемость, так и более выраженные энцефалопатические нарушения (психопатоподобные, эпилептиформные, апатико-адинамические расстройства). Описанные энцефалопатические расстройства можно было бы по отношению к ЗПР квалифицировать как осложняющие. Однако приведенные выше данные говорят об их более интимной связи с механизмом формирования ЗПР, их роли в патогенезе этой аномалии развития.

Вся вышеописанная структура нарушений познавательной деятельности – мозаичность и преимущественная недостаточность памяти, внимания, темпа психических процессов, дефицитарность отдельных корковых функций, наличие энцефалопатических расстройств и локальных знаков на ЭЭГ – с традиционно-клинической точки зрения более свидетельствует о повреждении ЦНС на ранних этапах онтогенеза, чем о ее первичном недоразвитии, как это имеет место при олигофрении

(Г. Е. Сухарева, 1965). В связи с этим у клиницистов-практиков иногда возникает вопрос, насколько целесообразно применение к вышеописанным нарушениям познавательной деятельности церебрально-органического генеза принятого в отечественной дефектологии обозначения «задержка психического развития», терминологически подразумевающего именно явления недоразвития. Не случайно существуют упорные попытки замены понятия «задержка психического развития» понятием «пограничная умственная отсталость».

Однако термин «задержка психического развития» оправдан как с теоретических позиций, так и с точки зрения практики. Когда речь идет о детском возрасте и раннем времени поражения, клиническая картина психического дизонтогенеза не может быть ограничена только симптомами повреждения. И в самой дефектной функции повреждение будет снижать темп ее дальнейшего развития. Но для понимания механизма «задержки» гораздо более важны два других фактора. С одной стороны, поврежденные функции будут замедлять темп общего развития, очевидно, через недоразвитие ряда других, промежуточных механизмов. С другой – замедление общего темпа развития мозга связано и непосредственно с самим действием раннего органического повреждения. Системное клинико-нейропсихологическое исследование высших корковых функций (И.Ф.Марковская, 1977) подтвердило мнение М. С. Певзнер о роли запаздывания созревания лобных структур в формировании самого компонента ЗПР. С недоразвитием лобных структур связана и незрелость процессов мышления – недостаточные целенаправленность и произвольность, слабость контроля и критики, характерные для детей с ЗПР.

Поэтому независимо от этиологии, патогенеза органического поражения мозга, в структуре недостаточности не только эмоционально-волевой сферы, но и познавательной деятельности присутствуют компоненты именно задержки психического развития: дефицит общего запаса знаний и навыков, а также запаздывание формирования мышления в целом – способности к обобщению, абстрагированию, логическим построениям.

Таковы клинические особенности ЗПР церебрально-органического генеза. В зависимости от преобладания в клинической картине явлений либо эмоционально-волевой незрелости, либо нарушений познавательной деятельности ЗПР церебрального генеза можно условно разделить на два основных варианта: 1) органический инфантилизм; 2) задержка психического развития с преобладанием функциональных нарушений познавательной деятельности. Как правило, различные виды органического инфантилизма представляют собой более легкую форму ЗПР церебрально-органического генеза, при котором функци-

ональные нарушения познавательной деятельности обусловлены эмоционально-волевой незрелостью и негрубыми церебрастеническими расстройствами. ЗПР с преобладанием энцефалопатических расстройств, дефицитарностью отдельных корковых и подкорковых функций представляет более тяжелую форму данной аномалии развития.

Выраженность функциональных нарушений познавательной деятельности, наблюдаемая при этом, втором варианте задержки психического развития, нередко требует отграничения от олигофрении, которое необходимо еще и потому, что ЗПР церебрально-органического генеза, как указывалось, естественно, проявляется и в несовершенстве функций обобщения: затруднениях при самостоятельном установлении взаимосвязи между предметами, при операциях анализа, синтеза, сравнения, при решении задач, требующих словесно-логического мышления, а также недостаточном умении планировать свои действия, контролировать их, руководствоваться в интеллектуальной деятельности конечной целью. Однако, если клиническая картина олигофренического слабоумия, по Г.Е. Сухаревой (1965), определяется, с одной стороны, тотальностью недоразвития всех психических функций, а с другой – иерархичностью их недостаточности в виде наибольшего страдания высших форм познавательных процессов – способности к абстрагированию, обобщению, отвлечению, то при ЗПР, как указывалось, наблюдается не тотальность, а чаще парциальность, мозаичность нарушений различных компонентов познавательной деятельности. Эти нарушения познавательной деятельности в основном носят вторичный характер и наиболее часто тесно связаны с психической истощаемостью. В то же время потенциальные возможности высших форм мыслительной деятельности – обобщения, абстрагирования, у детей с ЗПР значительно выше, чем при олигофрении. В связи с этим гораздо лучше и способность использования помощи.

Ю.Г. Демьянов (1971) указывает, что недостаточность отдельных высших корковых функций находится в своеобразной дисгармонии с более развитыми абстрактно-логическими формами мышления.

Значительное отличие структуры даже более стойких форм ЗПР церебрально-органического генеза от интеллектуального дефекта при олигофрении, иные принципы и методы педагогической коррекции, лучшая благоприятность прогноза указывают на ошибочность отнесения этой аномалии к так называемой пограничной умственной отсталости. Как известно, под этим термином нередко объединяются различные формы негрубого недоразвития познавательной деятельности независимо от их происхождения, клинико-психологической структуры, прогноза. Не обладая клиническим содержанием и самостоятельностью, этот термин приносит определенный вред в ситуациях отбора детей в специальные школы, так как сосредоточение внимания лишь на количественной стороне отставания в развитии, а не на качественной структуре дефекта не дает ориентиров для выбора типа школы, в которой должен обучаться такой ребенок.

Роль средового фактора в формировании задержки психического развития

В клинических и психологических исследованиях, посвященных вопросам школьной неуспеваемости, ЗПР так называемой пограничной умственной отсталости, почти всегда обсуждается роль социального фактора в замедлении темпа психического развития ребенка.

Согласно некоторым зарубежным концепциям, трудности в обучении детей являются прежде всего результатом социальной депривации – неблагоприятных условий жизни и воспитания. Поэтому ЗПР ребенка связывается в первую очередь с недостатком общения и информации, приводящим к ограничению его сенсорного, интеллектуального и эмоционального опыта.

Известное положение Л.С. Выготского о сензитивных периодах развития психических функций позволяет предположить особое значение фактора стимуляции восприятия, памяти, речи, моторики и т.д. на определенных, наиболее значимых для каждой из данных функций возрастных этапах. Исходя из этого обратная ситуация – длительный недостаток информации, явления социально-педагогической запущенности в преддошкольном и дошкольном возрасте – может снизить потенциальные возможности обучаемости. Факторы гипо- и гиперопеки, отрицательно влияющие на развитие, могут быть причиной и искусственной инфантилизации. Выше был описан тип ЗПР психогенного происхождения, при котором тяжелые условия воспитания формировали патологическое развитие личности ребенка.

Тем не менее повседневная клиническая и педагогическая практика показывает, что дети с явлениями социально-педагогической запущенности и даже патологического развития личности могут восполнить пробелы в своих знаниях в условиях массовой школы при наличии адекватного индивидуального подхода в обучении. Гораздо пагубнее роль отрицательного средового фактора для детей с органической недостаточностью нервной системы или соматической неполноценностью. Эти дети нуждаются в более активной стимуляции познавательной деятельности, чем их здоровые сверстники. В семье, уделяющей ребенку должное внимание, ЗПР конституционального, соматогенного и даже в ряде случаев церебрально-органического генеза может быть полностью либо в значительной мере компенсирована направленной активизацией различных сторон его интеллектуальной и эмоциональной сферы. В неблагополучных семьях психическое развитие таких детей еще более замедляется.

Этому способствует и типичное для неполноценных условий воспитания наслоение психических отклонений, обусловленных ситуационно (невротических образований, нарушений поведения). Более того, те же неблагоприятные семейные факторы, которые вызывают педагогическую запущенность, нередко способствуют и возникновению самой неполноценности мозга ребенка (вследствие влияния на плод алкоголизма матери, большей частоты соматических и церебральных инфекций и травм, отсутствия своевременного обращения к врачу и регулярного лечения и т. д.). Поэтому относительно более высокий процент детей с ЗПР в неблагополучных семьях иногда приводит к ошибочному мнению о социальной причине их психической незрелости. Результаты же клинических и нейрофизиологических исследований детей со стойкой неуспеваемостью в большинстве случаев обнаруживают у них явления той или иной патологической «почвы» со стороны ЦНС или соматической сферы.

Помимо неблагоприятных условий воспитания заслуживает внимания и другой отрицательный средовой фактор, присоединяющийся позже. Речь идет о психотравмирующей для ребенка ситуации связанной с его несостоятельностью в условиях массовой школы (Г.Е. Сухарева, 1959; R. Corboz, 1967; P. Hartocollis, 1967; Т.А. Власова, М.С. Певзнер, 1973; Т.А. Власова, К.С. Лебединская, 1975; Н.Л. Белопольская, 1976, и др.). Большей частью это различные невротические расстройства, патологические реакции протеста, оппозиции, отказа (M.E. Laufer, E. Denhoft, 1960; p. H. Wendcr, 1971). В.В. Ковалев (1979) пишет о вторичных астенических явлениях в результате психического перенапряжения, Вендер – ослаблении самоуважения.

Н.Л. Белопольская (1976) в специальном экспериментально-психологическом исследовании показала, что это чувство собственной неполноценности связано не только с объективными затруднениями, но и с неблагоприятной эмоциональной атмосферой, создающейся в классе вокруг неуспевающих детей. Низкая оценка сверстниками интеллектуальных возможностей этих детей неправомерно распространяется и на их внешность, моральные качества. Длительная психотравмирующая ситуация, приводящая к невротическим образованиям, вызывает у детей с ЗПР различного генеза отрицательное отношение к школе, нередко толкает на ложные пути самоутверждения и способствует формированию ряда асоциальных форм поведения в подростковом возрасте (Т.А. Власова, М.С, Певзнер, 1973; К.С. Лебединская и др., 1980).

Таким образом, задержка психического развития представляет собой аномалию развития, обладающую значительным полиморфизмом клинико-онтогенетической структуры, степени тяжести и прогноза. Знание этого клинического полиморфизма должно служить целям дифференциации не только медикаментозной терапии, но и психолого-педагогической коррекции. Для дефектологии наибольшее значение имеет ЗПР церебрально-органического генеза, при которой нарушения темпа психического созревания, как эмоционального, так и интеллектуального, наиболее стойки и усугублены рядом энцефалопатических расстройств, еще более снижающих возможности познавательной деятельности таких детей.

С точки зрения психолого-педагогической эти дети обладают значительной общностью структуры психического дефекта, проявляющейся именно в феномене задержки развития знаний, навыков, эмоциональной сферы, активности. На ликвидацию этой общей недостаточности и направлена вся современная система психолого-педагогической коррекции. Но эта общность, как нам хотелось показать, является конечным результатом различных клинических проявлений дефицитарности нервно-психической сферы ребенка. Поэтому наряду с общими методами коррекции ЗПР целесообразна и индивидуализация, обусловленная вышеописанными особенностями клинической структуры различных вариантов ЗПР церебрально-органического генеза. И здесь клинический полиморфизм должен явиться фактором поиска дифференцированных форм психолого-педагогической коррекции. Подход к обучению и воспитанию ребенка с ЗПР церебрально-органического генеза, очевидно, должен все же быть различным в зависимости от того, идет ли речь об органическом инфантилизме или о нарушении интеллектуальной работоспособности вследствие выраженной астении, психической инертности, недостаточности отдельных корковых либо подкорковых функций. Естественно, также дифференцирован должен быть и лечебный подход, направленный прежде всего на ликвидацию энцефалопатических расстройств. От адекватности этой лечебно-педагогической дифференциации в большей мере зависит прогноз обучения и последующей социальной адаптации ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лебединская К.С. Психические особенности детей с ускоренным и задержанным созреванием церебрального генеза [Текст]: дис. ... канд. мед. наук. / Клара Самойловна Лебединская. – М., 1964.

2. Лебединская К.С. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974.

3. Лебединская К.С. Клиническая характеристика задержки психического развития // Обзорный бюллетень Министерства просвещения и АПН СССР. Задержка психического развития и пути ее преодоления / Под ред. Т.А. Власовой. – Москва, 1976.

4. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 3.

5. Лебединская К.С. Клиническая систематика задержки психического развития. // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей / Под ред. К.С. Лебединской. – М.: Педагогика, 1982.

6. Марковская И.Ф. Клинико-нейропсихологическая характеристика задержки психического развития // Дефектология. – 1977. – № 6.

7. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина,1959. – Т. 2.

Лебединская К.С.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА[4]

Проблема медикаментозной терапии раннего детского аутизма (РДА) имеет свой исторический путь, связанный как с эволюцией взглядов на эту патологию, динамикой отношения к ее лечению, так и традициям медицины, прежде всего – детской психиатрии в разных странах.

В отечественной психиатрии, долго рассматривавшей РДА в основном в рамках детской шизофрении, его проявления расценивались как симптоматика самой болезни. Поэтому предпочитались достаточно высокие дозы нейролептических препаратов. Это же было характерно для американской психиатрии с 50-х г.г. в связи с победным опьянением от «психофармакологической эры» – парадом открытий психотропных препаратов. Тяжелых возбужденных больных удавалось «вписать в интерьер», сделать относительно управляемыми, но, как заключил отец аутичного ребенка «жить стало проще, но мы потеряли сына». Конечный эффект больших доз нейролептиков в детской практике сводился к угнетению познавательных процессов, психического развития ребенка в целом.

Как известно, в 60-е гг. за рубежом, прежде всего в США, начала преобладать идея РДА как особой аномалии психического развития, связанной с психотравмирующими условиями воспитания: патологически тяжелым эмоциональным давлением матери, парализующим психическую активность ребенка. Такой подход предусматривал необходимость не медикаментозного лечения, а психотерапии: реконструкции межличностных отношений «мать-ребенок». Присоединение к этому и предшествующего неудачного опыта от лечения большими дозами нейролептиков отбросило поиск адекватного лечебного воздействия в сторону только психолого-педагогической коррекции. Медикаментозная терапия была скомпрометирована как фактор, тормозящий нормальный психический онтогенез. Стадия неоправданного терапевтического оптимизма сменилась стадией такого же неоправданного пессимизма.

[42]Печатается по: Лебединская К.С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма // Дефектология. – 1994. – № 2. – С. 3-9. Также опубликовано в: Лебединская К.С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №9 2005 URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/medikamentoznaja-terapija-rannego-detskogo-autizma (Дата обращения: 25.03.2026)

Однако постепенно накапливалось все больше данных о биологической природе РДА. В 70-х гг. эта аномалия была описана при таких грубых органических поражениях ЦНС как фенилкетонурия, хромосомная патология (фрагильгная Х- хромосома), такие дегенеративные заболевания как болезнь Ретта и др. Это вновь развернуло поиск в сторону медикаментозной терапии РДА.

Предшествующее разочарование в нейролептиках сначала определило предпочтение барбитуратов, пептидов, опиатов, больших доз витаминов. Однако быстрое накопление многочисленных вариантов транквилизаторов, антидепрессантов и психостимуляторов, не обладающих массивными побочными действиями и осложнениями нейролептиков, значительно уменьшило страх перед активной медикаментозной терапией.

Подход к лечению РДА различен в разных странах. Во многих учреждениях США, где проводится массивная психолого-педагогическая коррекция РДА, медикаментозное лечение отсутствует вообще. В других – терапия используется в различной мере, часто – лишь при психопатических осложнениях, судорожных припадках. В Европе арсенал психотропных средств значительно шире и подход смелее. В отечественной детской психиатрии медикаментозное лечение РДА проводится особенно интенсивно.

Поэтому странным образом выглядит та ситуация, что в отличие от зарубежной практики, где при меньшем применении лекарств вопросы медикаментозной терапии РДА достаточно широко освещаются в монографиях и текущей литературе – в нашей стране специальных достаточно обобщающих работ, посвященных этой проблеме, практически не существует. Данные рекомендации имеют целью по мере возможности восполнить этот пробел.

К сожалению, медикаментов со специфическим действием именно на синдром РДА практически не существует. Речь идет об индивидуализированных комбинациях нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, психостимуляторов, лекарствах общеукрепляющего действия, а в случаях необходимости дегидратационной и антисудорожной терапии. В детской практике широко применяются препараты, обладающие более мягким действием и меньшими побочными явлениями, различные комбинации микстур и лекарственных трав. Препараты, получившие теперь рабочее название «антиаутистических» (лепонекс, игланил, орап, флушпирелен, симап, фенфлюрамин) относительно более специфичны ввиду их действия не на сам аутизм, а лишь его предпосылки: аффективные, двигательные расстройства, состояния тревоги и, страхов.

Нозологический подход к медикаментозной терапии РДА оказался несостоятельным. Во-первых, не может быть нозологической терапии РДА, относимого к эдогенному, шизофреническому кругу, так как неясна нозологическая сущность самой шизофрении. Неэффективной оказалась попытка специфической терапии синдрома РДА внутри различных органических форм поражения ЦНС: при фрагильной Х – хромосоме, фенилкетонурии и др. Лечение фолиевой кислотой, большими дозами витаминов группы В6, завираксом, чуть поднимая общую активность аутичного больного с фрагильной Х-хромосомой, антиаутистического эффекта не давало. Специфическая диета при ФКУ, хотя и уменьшает проявления тяжелого органического психосиндрома, однако аутистические проявления не снимает. РДА органической природы лечится также неспецифическим набором психотропных препаратов, независимо от нозологии.

Лечение РДА трудно ввиду сложного переплетения дизонтогенетических расстройств с нередкой симптоматикой текущего болезненного процесса. Нарушение психического развития при РДА по типу искажения (недоразвития одних систем и акцелерации других) требует большой осторожности в применении препаратов, оказывающих затормаживающих действие.

Наш многолетний опыт выявил ряд общих закономерностей, специфических для длительной «поддерживающей» терапии РДА. Поэтому прежде чем представить частное действие отдельных лекарств, мы сочли целесообразным сначала остановиться на ряде общих принципов терапии РДА в домашних условиях.

Полученные данные основаны на анализе лечения 385 аутичных детей в возрасте от 4 до 10 лет, наблюдаемых в специальной экспериментальной группе по комплексной психолого-педагогической коррекции РДА при НИИ коррекционной педагогике РАО.

Как известно, там, где речь идет не о психической болезни (либо ограниченной во времени, либо текущей), а об аномалии развития, на первый план в стимуляции психического онтогенеза выходит выходит психолого-педагогическая коррекция. В случае РДА ее основной задачей является выведение аутичного ребенка в контакты с внешним миром, формирование межличностных взаимоотношений, предпосылок целенаправленной социальной деятельности, воспитание и поддержание адекватных социальных установок и интересов.

Медикаментозная же терапия облегчает психолого-педагогическую коррекцию, способствуя снятию продуктивной болезненной симптоматики (тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, навязчивых явлений), поднятию общего и психического тонуса. Такая лекарственная «подушка» делает аутичного ребенка более доступным к психотерапии, воспитанию и обучению и является неотъемлемой частью комлексной клинико-психолого-педагогической коррекционной тактики. Объединение биологической и социальной коррекции способствует их взаимному потенцированию.

С точки зрения основной цели – реконструкции психического развития, возможности адекватного воспитания и обучения – главной задачей медикаментозной терапии и является стимуляция энергетического потенциала и снятие сенсо-аффективной гиперестезии. Это осуществляется комплексом психостимуляторов, нейролептиков и транквилизаторов.

Достаточно крупной терапевтической мишенью является и комплекс «возрастных» симптомов, сопутствующих специфической симптоматике РДА, а иногда и маскирующих ее: вегетативной дистонии, явлениям психомоторного возбуждения, расторможенности влечений.

Ряд подходов к лечению РДА обусловлен важностью учета функциональной незрелости внутренних органов ребенка (печени, почек и др.), других функциональных систем (гормональной, ферментативной, иммунной, определенных отделов мозга, гемато-энцефалического барьера).

Поэтому к медикаментам предъявляются повышенные требования в отношении их безопасности, минимальности побочных действий. Предпочитаются психотропные препараты, уже апробированные в практике терапии взрослых и в больничных условиях.

В детском возрасте очень незначительна разница не только между дозами, вызывающими терапевтический и угнетающий эффект, но и дозами токсическими. Поэтому необходимы осторожность и терпение при наращивании доз, начало лечения – всегда с доз минимальных.

Если такие первичные для РДА расстройства как низкий психический тонус и сенсо-аффективная гиперестезия являются облигатным объектом терапии, то подход к другой симптоматике РДА, расцениваемой нами как вторично-дизонтогеническая, видоизменяет наше отношение к стратегии лечения. Это в первую очередь, относится к стереотипиям, особенно – двигательным. Как известно, в традиционной клинической практике эти явления рассматриваются в кругу процессуально-болезненных, кататонических расстройств и подлежат терапевтическому снятию.

Вопрос о механизме стереотипий представляет, с нашей точки зрения, большой интерес. Действиетльно, их кататонический (или кататоноподобный) характер не случаен. Достаточно вспомнить весь моторный облик аутичного ребенка: манерность позы и походки, скованность и деревянность движений. В этом плане двигательные стереотипии правильно расцениваются клиницистами как патологические образования. Однако больной организм, очевидно, и свои защитные механизмы вынужден черпать из явлений наличного, пусть патологического, регистра. Двигательные, сенсорные, речевые стереотипии в определенной мере субъективно спасительные для аутичного ребенка, так как заглушая ощущение тревоги и страхов, в то же время вызывают у него положительные эмоции в условиях самоизоляции от окружающего мира. Поэтому психолого-педагогической коррекции, начиная от начальных этапов завязывания контактов и

способов совместной игры, и нередко – до этапов разработки профессиональных навыков склонность к стереотипиям используется психологом и педагогом как фактор, облегчающий для аутичного ребенка выработку полезных социальных навыков. В этих условиях перед врачом встает задача определения степени выраженности стереотипий их медикаментозная ликвидация целесообразна тогда, когда они достигают уровня насильственности, тяжелой одержимости, препятствуют целенаправленной деятельности и осуществлению коррекции.

То же касается и патологических фантазий, привычно рассматриваемых в детской психиатрической клинике как «бредоподобные», в связи с этим они нередко являются объектом активной нейролептической терапии. Наш опыт показывает, что «лечить» их, особенно в начале не следует. Через их фабулу психологу и педагогу облегчается вход в эмоциональный контакт с ребенком, в совместную деятельность, прежде всего – игру. В дальнейшем направленное специалистом видоизменение сюжета такой фантазии поможет ему постепенно «развернуть» интересы ребенка на окружающий его мир.

Имеется ряд и других закономерностей в терапии РДА у детей. Так, при достижении в процессе психотерапии эмоционального контакта ребенка со специалистом, нередко он, ранее скрывавший свою тревогу и страхи, начинает с облегчением о них рассказывать. Такой «прорыв» обрушивается на врача массой информации о патологической симптоматике и не всегда позволяет ему разграничить ее во времени, понять, что откровенность ребенка свидетельствует о дезактуализации страхов. Поэтому первым порывом врача нередко является ошибочное увеличение дозировки препарата, в то время как речь должна идти о ее снижении.

Ряд специфических сложностей в лечении РДА связан и с недифференцированным подходом к психопатоподобным проявлениям. Так, одному из вариантов РДА присущи агрессивные высказывания и действия, и поэтому, действительно, показаны нейролептические препараты. Но нередко агрессия аутичного ребенка обусловлена психогенно, как третичное образование – реакция на обиду, ущемление, как попытка самоутверждения в ответ на чувство собственной неполноценности. Назначение нейролептиков здесь малоэффективно. Гораздо результативнее применение транквилизаторов, а еще более – психотерапии. Это относится и к склонности к аутоагресии – самоповреждениям, в части наших наблюдений также обусловленным психогенно.

Сходный механизм возникает при изменениях поведения, обозначаемого нами как «псевдопсихопатоподобное». Уменьшение в процессе психотерапии и медикаментозного лечения, сковывавших раннее ребенка тревог, страхов, высвобождает его активность, возможность эмоционального, личностного реагирования и сначала нередко приобретает

гипертрофированные формы: негативистичности, неуправляемости. Неумелое стремление к контактам проявляется в неестественных импульсивных поступках, внешне похожих как агрессия. «Глушение» этих состояний нейролептиками, естественно, ошибочно. Здесь эффективна лишь психолого-педагогическая коррекция поведения.

Есть и более частые ситуации, когда ради максимального сохранения эмоциональной активности ребенка целесообразно снижение доз и даже снятие медикаментов. Так, в периоде внедрения «холдинг» – психотерапии, эффективность которой зависит от первоначального сохранения высокого уровня эмоционального напряжения ребенка, его способности к катарсису, последующему резкому психическому и физическому расслаблению, – целесообразно временно прекратить седативную терапию.

Очень важным фактором, требующим постоянного учета, является роль «почвы» или «фона», на котором развивается РДА. Прежде всего, речь идет об органической недостаточности ЦНС. Эта «почва» часто вносит выраженность экстрапирамидных побочных действий при лечении нейролептиками, часто – уже с самого начала лечения, при малых дозах препарата. Очевидно, здесь имеется суммация органически обусловленных побочных действий препарата. Вероятный (судя по особенностям моторной сферы) экстрапирамидной недостаточностью, свойственной самому РДА.

Побочные действия транквилизаторов проявляются, как известно, в виде мышечной и психической релаксации. И здесь происходит неблагоприятная суммация расслабления, вызванного как препаратом, так и свойственным самому аутизму низким общим и психическим тонусом.

Побочные действия, вызываемые при органической недостаточности ЦНС психостимуляторами, нередко проявляются в эпилептиформных припадках.

Как указывалось выше, нозологического лечения самого синдрома РДА практически не существует. Тем не менее, специфическое воздействие на органическое заболевание ЦНС, хромосомную патологию, врожденные нарушения обмена, породившие РДА, имеют большие или меньшие значения для улучшения общего и психического состояния больного. В этих случаях лечение психотропными препаратами комбинируется по конкретным показаниям дегидратации, антисудорожной, общенейротропной, вегетотропной терапией, применением больших доз витаминов, специальной диеты при некоторых энзимопатиях.

Фактор «почвы» касается и соматических особенностей аутичного ребенка. Ряд признаков позволяет предположить, что раннему детскому аутизму присущ свой соматический облик в плане как конституционально-физиологических особенностей, так и врожденной склонности недо-

статочности ряда систем. Значительная часть аутичных детей имеет астеническое телосложение, бледность кожных покровов, пониженный тургор мышц и кожи, общую гипотрофичность. Многим свойственна склонность к аллергическим реакциям, в том числе – лекарственным. Нередка общая задержка в физическом развитии. Слабость и извращенность аппетита, парадоксальные реакции на определенные медикаменты, необъяснимые желудочно-кишечные расстройства и др., достаточно часто позволяют заподозрить ферментативную недостаточность неясного характера и происхождения. Это не только требует повышенной осторожности в выборе психотропных средств, но и поиску в каждом отдельном случае адекватной соматотропной терапии, ферментосодержащими антигистаминными препаратами, а также и поддерживающего общеукрепляющего лечения. Однако, нужно иметь в виду, что под дистимическими расстройствами настроения, трактуемыми как следствие соматической астении, нередко маскируется депрессия развивающаяся в процессе лечения нейролептиками фенатиазинового ряда.

Учитывая частую гипертрофию, общую задержку физического развития, в избежании передозировки, следует также помнить об ориентации дозы препарата не на календарный возраст, а на фактический вес тела ребенка.

Учет приведенных соматических особенностей аутичного ребенка нередко оправданно сужает круг применяемых медикаментов. Неблагополучие соматоневрологической почвы – увеличивает возможность побочных действий и осложнений психотропных препаратов, суммирует их неблагоприятные действия. Поэтому одновременный набор психотропных средств не должен быть большим.

Следует также помнить, что вследствие повышенной сенсоаффективной чувствительности, в том числе – проприоцептивной, аутичный ребенок нередко субъективно более чувствителен к неприятным ощущениям, вносимым побочным действием нейролептиков и антидепрессантов (сухость во рту, сомнолетность и др.).

Адресация медикаментозной терапии к коррекции дизонтогенеза, направленность на максимальную реализацию потенциальных интеллектуальных возможностей ребенка делает особенно актуальным выбор препаратов, в наименьшей мере обладающих тормозящим действием на познавательные процессы. Это относится как к нейролептикам, так (в меньшей мере) к транквилизаторам, вследствие их релаксирующего действия.

Но нередко бывает, что препарат, дающий достаточно выраженные побочные действия, в то же время оказывается наиболее эффективным. В этих случаях особенно важна подборка минимальных эффективных доз препарата при увеличении дозы корректора.

Все сказанное выше делает особенно актуальной задачу индивидуализации терапии при РДА, неприемлемость стандартных схем и методик лечения. В связи с этим нужно отметить, что применяемая нами система психолого-педагогической коррекции, опирающаяся на выделение 4 клинико-психологических вариантов (типов) РДА, позволяет больше «типологизировать» психолого-педагогический подход, чем медикаментозная терапия, которая должна учитывать именно индивидуальные параметры неврологического и соматического статуса ребенка.

Лабильность не только психосоматического статуса аутичного ребёнка, необходимость частых коррективов в лечении предъявляет повышенные требования к динамике наблюдений аутичного ребёнка – обязательны довольно частые осмотры.

Есть специфика в технологии применения лекарственных препаратов у детей с РДА.

Негативизм к приёму лекарств определяет предпочтение препаратов с пролонгированным действием, лекарств в виде капель, сиропов, таблеток, размельченных в сахаре. Большую роль играет распределение препаратов в течение суток. При отсутствии противопоказаний прием нейролептических препаратов, снижающих концентрацию внимания, целесообразно максимально отдалить от времени психолого-педагогических занятий.

Большинство клиницистов придерживаются мнения о курсовом лечении, необходимости перерывов, периодов «отдыха» от медикаментозных нагрузок. Однако подход к РДА как к не к болезни, а дизонтогении, и тут направляет терапевтическую мысль в сторону необходимости сохранения даже минимально достигнутого продвижения психического развития. Ухудшение работоспособности при снятии стимуляторов дает «откатку» интеллектуальной активности. Возобновление даже небольшой тревожности при перерыве в лечении транквилизаторами актуализирует и вновь закрепляет уже ушедшие было страхи. Возвращение агрессии при снятии нейролептических препаратов способствует новой фиксации привычных ранее форм неправильного поведения. Возникает феномен всплывания прежних патологических явлений. Поэтому мы предпочитаем частичный «отдых»: периодическое снижение дозы препаратов, чередование психотропных и общеукрепляющих средств.

И наконец, нам хотелось бы обратить внимание на нецелесообразность терапии в больничных условиях. Помещение в психиатрический стационар, пугающую обстановку с большим количеством новых взрослых и детей, отрывом от близких, для аутичного ребенка, одержимого страхом перемен, нередко чревато возникновением психотических расстройств, регрессом приобретенных навыков. В то же время лечение самого синдрома РДА в настоящее время не включает ни инсулиновой, ни электросудорожной терапии, ни капельных внутривенных вливаний, требующих

стационарных условий. Поэтому, по нашему мнению, госпитализация аутичного ребенка в психиатрическую больницу показана лишь в двух случаях: 1) возникновение острого психоза; 2) поиск подбора лекарств при неэффективности всех препаратов, использованных ранее. Во всех остальных случаях медикаментозная терапия должна осуществлять в домашних условиях, привычной обстановке семьи, детского сада, школы.

Большое значение имеет совместная работа врача с психологом и педагогом. Лечение назначается не только после врачебного осмотра, но и «диагностического занятия», существенно уточняющего, а иногда – впервые обнаруживающего возможности обучения и воспитания ребенка. В последующем изменения в состоянии ребенка во время психотерапии, психологических и педагогических занятий оцениваются специалистами совместно, после чего в медикаментозное назначение могут вноситься коррективы.

Следует, однако, неукоснительно придерживаться правила, что ни психолог, ни педагог ни в коем случае не должны высказывать родителям собственное мнение об ухудшении психического состояния ребенка, а тем более самим давать какие-либо советы в отношении терапии. Это делает только врач.

Суммируя представленные данные и соображения об общих принципах медикаментозной коррекции РДА, мы еще раз хотели бы подчеркнуть бесспорную необходимость поддерживающей лекарственной терапии. Мы имеем печальный опыт нескольких наблюдений, когда родители категорически отказывались от лечения. В этих случаях, несмотря на активную психолого-педагогическую коррекцию, не удавалось преодолеть массивных аффективных расстройств, и ребенок, даже несмотря на высокий интеллектуальный потенциал, оказывался практически глубоко дезадаптированным.

Мы можем высказать еще одно соображение в пользу медикаментозной терапии. За последние 12 лет существования группы детей, непрерывно находящихся на терапии, лишь в двух случаях возникла необходимость стационирования в связи с психотическими приступами. Поэтому, возможно, не самонадеянно предположение, что очень длительная поддерживающая медикаментозная терапия, естественно, совместно с активной психолого-педагогической коррекции может быть профилактикой тяжелого обострения и даже психоза.

Но эти оптимистические данные, к сожалению, не абсолютны. Как показывает опыт, при тяжелых формах РДА, медикаментозная терапия (также, как и психолого-педагогическая коррекция) оказывается неэффективной. Обычно это в случае синдрома РДА внутри злокачественной текущей шизофрении, прогредиентных органических поражений мозга (туберозный склероз, синдром Ретта и др.).

Проблем терапии РДА далека от достаточно полной разработки. Существует ряд вопросов, не затронутых совсем. Так, в общей психиатрии в последнее десятилетие широко обсуждаются вопросы лекарственного патоморфоза – изменения клинической картины в связи с длительным медикаментозным лечением. В детской психиатрии эта проблема почти не разработана, в том числе и в отношении РДА. Не исключено, что мы объективно имеем мало изменений в психопатологической картине РДА явлений привыкания, либо наоборот сенсибилизации – в связи с большой осторожностью терапии, назначением малых доз. Но этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дети с нарушениями общения / Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская К.С., Либлинг М.М. и др. – М.: Просвещение, 1989.

2. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л.: Медицина, 1981.

3. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм (клинико-психологическая структура, медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция) // Сборник научных трудов / Под ред. Т.А. Власовой, К.С. Лебединской, В.В. Лебединского. – М.: АПН СССР, 1981.

4. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм // Причины аномалий развития у детей. – М.: Изд-во АПН СССР, 1984.

5. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей // Журнал неврапатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. – 1967. – № 10.

ЧАСТЬ 2

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ К.С. ЛЕБЕДИНСКОЙ

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И РОДИТЕЛЕЙ В КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ С РАС И МЕНТАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД

Агзямова Марина Александровна,
педагог дополнительного образования, Государственное бюджетное образовательное учреждение «Уфимская коррекционная школа-интернат № 63 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», Уфа

Аннотация.
В статье рассматривается критически важная роль взаимодействия между учреждениями дополнительного образования и семьями в построении комплексной системы помощи детям с расстройством аутистического спектра (РАС) и другими ментальными нарушениями. Анализируются основные принципы партнерства, барьеры на пути его реализации и конкретные модели эффективного сотрудничества. Доказывается, что синхронизация усилий педагогов дополнительного образования и родителей является ключевым фактором для генерализации навыков, повышения адаптивности ребенка и улучшения качества жизни всей семьи. Представлены практико-ориентированные рекомендации для специалистов.

Ключевые слова: дополнительное образование, дети с РАС, ментальные нарушения, родительское взаимодействие, коррекционная помощь, партнерство, инклюзия, жизненная компетентность.

INTERACTION OF ADDITIONAL EDUCATION AND PARENTS IN CORRECTIONAL ASSISTANCE OF A CHILD WITH ASD AND MENTAL DISORDER: AN INTEGRATIVE APPROACH

Marina A. Agzyamova,
additional education teacher, State budgetary educational institution "Ufa Correctional boarding school № 63 for students with limited health opportunities", Ufa

Abstract. *The article discusses the critical role of interaction between additional education institutions and families in building a comprehensive system of assistance of children with autism spectrum disorder (ASD) and other mental disorders. The article analyzes the basic principles of partnership, barriers to its implementation, and specific models of effective cooperation. It is proved that the synchronization of the efforts of additional teachers and parents is a key factor for the generalization of skills, increasing the child's adaptability, and improving the quality of life for the entire family. Practical recommendations for specialists are presented.*

Keywords: *additional education, children with ASD, mental disorders, parental interaction, correctional assistance, partnership, inclusion, life competence.*

Введение. Современная система помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС) и ментальными нарушениями все больше отходит от узкомедицинской модели, смещая фокус в сторону социально-педагогической инклюзии и развития жизненной компетентности. В этой парадигме дополнительное образование перестает быть просто «кружком по интересам», а становится жизненно важным компонентом коррекционно-развивающего пространства. Оно предлагает среду, свободную от жестких академических требований, насыщенную мотивационными активностями, где ребенок может проявлять инициативу, развивать социальные навыки и таланты в условиях естественного подкрепления.

Однако эффективность дополнительного образования в данном контексте кардинальным образом зависит от качества и глубины взаимодействия с родителями (законными представителями) ребенка. Родители выступают не пассивными «заказчиками услуги», а активными со-терапевтами, экспертами по своему ребенку и проводниками приобретенных навыков в повседневную жизнь. Таким образом, проблема построения конструктивного альянса «педагог дополнительного образования – ребенок – родитель» выходит на первый план. Цель данной статьи – проанализировать теоретические основы, барьеры и эффективные модели такого взаимодействия.

1. Теоретико-методологические основы взаимодействия. Взаимодействие в триаде «педагог дополнительного образования – ребенок – родитель» должно строиться на нескольких фундаментальных принципах:

1. Принцип партнерства и равноправия: отношения основываются на взаимном уважении, признании компетенций каждой из сторон. Педагог обладает методическими знаниями, родитель – глубинным знанием особенностей, реакций, истории и среды ребенка.

2. Принцип единства целей и согласованности методов: цели, поставленные на занятии в кружке или секции (например, «снижение тревожности в групповой игре», «развитие навыка просьбы»), должны быть понятны и поддержаны родителями, а стратегии их достижения – по возможности, согласованы.

3. Принцип непрерывности и генерализации: навык, полученный на занятии, должен переноситься в домашнюю и социальную среду. Без активного участия родителей в этом процессе он часто остается изолированным, не функционирующим в реальной жизни.

4. Принцип психолого-педагогической поддержки семьи: воспитание ребенка с РАС – это хронический стресс для семьи. Дополнительное образование, через успехи ребенка и включенность родителей, может стать ресурсом, снижающим выгорание, повышающим родительскую самоэффективность и оптимизм.

5. Принцип индивидуализации и гибкости: взаимодействие с каждой семьей уникально. Оно зависит от особенностей ребенка, готовности и ресурсов родителей, их культурного и образовательного опыта.

Теоретической основой выступают идеи культурно-исторической психологии (Л.С. Выготский) о социальной ситуации развития, концепция «отклоняющегося развития» (В.В. Лебединский), а также современные подходы с доказанной эффективностью (Прикладной анализ поведения – ABA, основы TEACCH, подход DIR / Floortime), которые подчеркивают необходимость переноса навыков в естественную среду.

2. Барьеры и проблемы во взаимодействии. Несмотря на понимание важности сотрудничества, на практике возникает ряд системных и личностных барьеров:

Со стороны системы дополнительного образования:

● Дефицит специальной подготовки: педагоги дополнительного образования (художники, музыканты, тренеры) часто не имеют базовых знаний о РАС и о методах коррекционной педагогики.

● Нехватка ресурсов: отсутствие ставок тьюторов, супервизоров, узких специалистов (дефектологов, психологов) в штате учреждения.

● Жесткость программ: типовые образовательные программы не адаптированы под вариативные потребности детей с ментальными нарушениями.

● Отсутствие времени на коммуникацию: плотный график занятий не предусматривает обязательного времени для обратной связи и консультаций с родителями.

Со стороны родителей:

● Эмоциональное выгорание и хроническая усталость, ведущие к пассивной позиции («Вы специалист, вот и занимайтесь»).

● Опыт предыдущих неудач и настороженное отношение к новым специалистам и институциям.

● Гиперопека или, наоборот, завышенные ожидания от ребенка и педагога.

● Недостаток информации и компетенций для поддержки ребенка в конкретной деятельности (например, в технике лепки или игре на инструменте).

Коммуникативные барьеры:

● Взаимные обвинения в некомпетентности.

● Неумение сформулировать запросы и цели с обеих сторон.

● Отсутствие прозрачных и регулярных каналов связи.

3. Модели и формы эффективного взаимодействия. Преодоление барьеров возможно через внедрение многоуровневой системы взаимодействия.

1. Информационно-подготовительный этап (до начала занятий):

● Встреча-знакомство (интервью): глубокое интервью с родителями для сбора анамнеза, выявления интересов ребенка, его сильных сторон, сенсорных профилей, форм нежелательного поведения.

● Пробное занятие с наблюдением родителя: позволяет педагогу увидеть стиль взаимодействия в паре «родитель-ребенок», а родителю – оценить атмосферу и методы педагога.

● Совместная постановка индивидуальных образовательных целей (ИОЦ): формулировка конкретных, измеримых, достижимых, релевантных и ограниченных во времени целей (по критериям подхода SMART к постановке целей) не только по предмету (нарисовать картину, выучить прием), но и по сопроводительным навыкам (коммуникация, саморегуляция).

2. Формы взаимодействия в процессе обучения:

● Ежедневный / еженедельный оперативный обмен информацией: через специальные журналы связи, закрытые чаты в мессенджерах (с четкими правилами), краткие беседы до / после занятия. Цель этих мер – синхронизация: обмен информацией о том, что было на занятии, как повторить дома; какие трудности были дома, на что обратить внимание педагогу.

● Практикумы и мастер-классы для родителей: педагог не просто показывает успехи ребенка, а обучает родителей конкретным приемам: как помочь освоить хват кисти, как использовать визуальное расписание для домашних занятий творчеством, как адаптировать правила подвижной игры.

● Включенное участие родителей на занятии: в зависимости от этапа работы и потребностей ребенка, родитель может выступать как тьютор, модель для подражания, или просто присутствовать, обеспечивая чувство безопасности. Постепенно его участие минимизируется.

● Открытые занятия и творческие отчеты: проводятся в различных форматах (выставки, концерты, показательные выступления), где акцент делается

на процессе и достижениях каждого ребенка, а не на конкурентном результате. Это мощный ресурс для повышения родительской самооценки и социального признания.

3. Системная рефлексивная работа:

● Регулярные (раз в квартал) индивидуальные консилиумы: встреча педагога, родителей и привлекаемых специалистов (психолог, дефектолог) для анализа динамики, коррекции ИОЦ, решения возникающих проблем.

● Создание родительских клубов и групп взаимопомощи на базе учреждения дополнительного образования. Это снижает изоляцию семьи и создает поддерживающее сообщество.

● Использование цифровых технологий: создание видеотеки коротких роликов, где демонстрируются успехи ребенка, использование специализированных приложений для обмена фото / видео и комментариев, ведение электронного портфолио достижений.

4. Специфика направлений дополнительного образования. Взаимодействие между педагогом и родителями имеет свою специфику в зависимости от направления:

● *Художественно-эстетическое (ИЗО, лепка, музыка):* акцент на сенсорной интеграции, выражении эмоций, развитии мелкой моторики. Родителей обучают созданию дома адаптированной творческой среды.

● *Физкультурно-спортивное (адаптивная физкультура, плавание, иппотерапия):* работа с телом, проприоцепцией, преодолением страхов. Родитель часто выступает как физический помощник, и его обучение технике страховки и поддержки критически важно.

● *Техническое и естественнонаучное (робототехника, конструирование):* развитие системного мышления, следования инструкциям. Родителю может быть дана роль «напарника» по сбору моделей дома.

● *Социально-гуманитарное (театральная студия, подготовка к быту):* наиболее социально-направленное. Родители становятся главными «режиссерами» переноса социальных ролей и бытовых сценариев в реальную жизнь.

Заключение. Взаимодействие учреждений дополнительного образования и родителей детей с РАС и ментальными нарушениями – это не дополнение, а системообразующий стержень эффективной коррекционно-развивающей работы. Это взаимодействие требует от системы дополнительного образования гибкости, готовности к профессиональному росту и выстраиванию индивидуальных траекторий не только для ребенка, но и для его семьи; от родителей – активной, осознанной и ресурсной позиции.

Инвестиции в построение этого партнерства многократно окупаются: ребенок демонстрирует более устойчивую динамику и генерализацию

навыков, родитель чувствует поддержку и обретает новые компетенции, педагог получает бесценную информацию для своей работы и моральное удовлетворение от более значимых результатов. Таким образом, выстроенное взаимодействие становится краеугольным камнем в создании инклюзивного, поддерживающего сообщества, в котором каждый ребенок, независимо от особенностей, может найти свой путь к самореализации и полноценной жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабкина Н.В. Психологическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья. – М: Национальный книжный центр, 2017.

2. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб: Лань, 2021.

3. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М: Академия, 2019.

4. Морозов С.А. (ред.) Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. – М: АНО «Центр проблем аутизма», 2019.

5. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. – СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2020.

6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М: Теревинф, 2020.

7. Сансон П. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми. – М: Теревинф, 2021.

8. Хаустов А.В., Загуменная О.В. Организация инклюзивной среды для обучающихся с РАС в системе дополнительного образования // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2021. – № 3.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОБРАЗОВАНИИ: УСПЕШНАЯ ПРАКТИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Александрова Анна Владимировна,
учитель-дефектолог, Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение города Москвы «Школа № 1542», Москва

Аннотация.
В статье подробно рассматривается современная классификация задержки психического развития (ЗПР), предложенная Н.В. Бабкиной и И.А. Коробейниковым. Особое внимание уделяется тому, как эта классификация позволяет выстроить эффективный, дифференцированный подход в образовании обучающихся с ЗПР. В качестве практического инструмента представлены индивидуальные тетради «Шаг за шагом», созданные для трех групп детей в соответствии с данной классификацией. Тетради с пошаговыми алгоритмами помогают эффективно восполнять образовательные дефициты по математике. Желтые страницы в тетради улучшают концентрацию и способствует лучшему запоминанию информации.

Ключевые слова: дифференцированный подход, дети с задержкой психического развития (ЗПР), математика, школа, алгоритмы.

DIFFERENTIATED APPROACH IN EDUCATION: SUCCESSFUL PRACTICES FOR CHILDREN WITH MENTAL DEVELOPMENT DISORDERS

Anna V. Alexandrova,
special teacher, State Budgetary General Education Institution of the City of Moscow "School No. 1542", Moscow

Abstract. *The article provides a detailed review of the modern classification of mental development delays proposed by N.V. Babkina and I.A. Korobeynikov. Special attention is given to how this classification allows for an effective and differentiated approach in the education of children with mental retardation. As a practical tool, the article presents individual «Step-by-Step» notebooks designed for three groups of children based on this classification. These notebooks, with their step-by-step algorithms, help to effectively address educational deficits in mathematics. The yellow pages in the notebooks improve concentration and facilitate better information retention.*

Keywords: differentiated approach, children with mental retardation, mathematics, school, algorithms.

В эпоху стремительных перемен и новых реалий образование, основанное на дифференцированном подходе, становится нашим главным инструментом для достижения успеха. Актуальность данной темы обусловлена современными тенденциями развития инклюзивного образования и значительным количеством обучающихся с задержкой психического развития в образовательных учреждениях. Вариативный характер проявлений задержки психического развития определяет неоднородность данной категории обучающихся и создаёт особые препятствия для эффективного школьного обучения.

Современные дети требуют от педагогов не просто передачи знаний, а совершенно новых образовательных практик.

В основу Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ) положены дифференцированный и деятельностный подходы. Стандарт направлен на создание условий, в которых каждый ребенок сможет раскрыть свой потенциал и получить качественное образование, соответствующее его возрасту, способностям и потребностям [5].

Дифференцированный подход становится ключевым инструментом для создания условий, способствующих успешному обучению и развитию обучающихся с задержкой психического развития.

Отнесение детей с ЗПР к особому виду психического дизонтогенеза стало возможным благодаря фундаментальным работам отечественных клиницистов Г.Е. Сухаревой (1965), М.С. Певзнер (1973), К.С. Лебединской (1982) [2]. Их исследования заложили основу для понимания специфики нарушений психического развития и дальнейшего изучения данной категории детей.

Наиболее востребованной в качестве ориентира дифференциации педагогической практики в работе с детьми с ЗПР стала классификация, разработанная К.С. Лебединской на основе этиопатогенетического подхода [2]. Эта классификация, учитывая причины возникновения и механизмы развития нарушений, позволила выделить основные типы ЗПР и наметить пути коррекции.

Однако, учитывая неоднородность состава детей с ЗПР, полиморфный и парциальный характер нарушений, развитие науки и практики требует постоянного совершенствования коррекционных подходов. Современ-

ные исследования в области коррекционной педагогики позволили определить наиболее важные характеристики психической деятельности и поведения ребенка. Так, в современной классификации задержки психического развития, разработанной Наталией Викторовной Бабкиной и Игорем Александровичем Коробейниковым, выделяется три группы детей, что позволяет более точно определять образовательные потребности, оптимально подбирать образовательные стратегии и формировать комплекс коррекционной поддержки, максимально соответствующей индивидуальным особенностям, что повышает эффективность коррекционной работы.

Дифференцированный подход учитывает, что все дети разные. У каждого свой темп обучения, свои интересы и способности. Поэтому важно, чтобы образовательная программа была гибкой и позволяла адаптировать задания и методы обучения под индивидуальные особенности каждого ученика. Это особенно важно для детей с особыми образовательными потребностями, которым могут потребоваться дополнительные поддержка и внимание [3].

В начале учебного года диагностика показала, что обучающиеся четвертого класса с задержкой психического развития в количестве 15 человек испытывают сложности с математикой, особенно в теме «Числа от 1 до 1000. Умножение и деление».

У обучающихся возникли трудности при работе с разрядами чисел и представлении числа в виде суммы разрядных слагаемых. Они допустили ошибки, связанные с неверной последовательностью записи разрядов; пропуском значимых элементов числа; нарушением позиционного значения цифр. Особые трудности у этих учеников вызвало представление числа как суммы его разрядных слагаемых. Вследствие пространственной дезориентации возникли сложности в различении понятий «лево» и «право», и как следствие – в освоении математических символов «больше» и «меньше». При выполнении письменных заданий дети с ЗПР допустили ошибки в алгоритмах умножения и деления трёхзначного числа на однозначное число.

Понимание важности дифференциации в образовании детей с задержкой психического развития побудило нас к разработке практических инструментов, способствующих реализации этого подхода. В рамках модуля «Восполнение образовательных дефицитов» коррекционного курса «Коррекционно-развивающие занятия: психокоррекционные занятия (дефектологические)» нами был разработан банк алгоритмов. Цель данной разработки – восполнение образовательных дефицитов по учебному предмету «Математика» с помощью адаптированных алгоритмов, разработанных с учетом дифференцированного подхода и современной классификации детей с задержкой

психического развития (ЗПР). Данный подход позволяет формировать индивидуальные тетради «Шаг за шагом» со страницами жёлтого цвета. Выбор желтого цвета обоснован его уникальным свойством: он эффективно воспринимается даже при сниженной концентрации внимания и способствует запоминанию информации [4].

Алгоритмы разработаны с учетом выделенных групп обучающихся по классификации Бабкиной Н.В. и Коробейникова И.А. [2]:

1. Первая группа: лёгкая задержка психического развития. Характеризуется сохранным познавательным развитием при наличии регуляторных нарушений.

2. Вторая группа: умеренная задержка психического развития. Отличается более выраженными нарушениями. В поведении преобладают черты, свойственные более младшему возрасту.

3. Третья группа: выраженная задержка психического развития. У этих детей обнаруживаются проявления нарушений, пограничные с легкой степенью умственной отсталости. Обучающиеся данной группы испытывают значительные сложности в освоении школьной программы.

Тетради «Шаг за шагом» предназначены для педагогов как надежный инструмент эффективной работы с обучающимися с задержкой психического развития.

Индивидуальные тетради включают: памятки по основным учебным темам; наглядные схемы и алгоритмы выполнения заданий; пошаговые инструкции для освоения учебного материала. Каждая тетрадь содержит пошаговые инструкции и задания, адаптированные под специфические особенности каждой из трех групп детей.

Дифференцированный подход реализуется следующим образом:

1. Первая группа самостоятельно выполняет задание с использованием визуальной опоры и минимальным сопровождением педагога.

2. Вторая группа применяет алгоритм, где главным ориентиром служит цвет. Дети выполняют шаги с минимальным сопровождением педагога.

3. Третья группа применяет развернутый алгоритм, цветовые подсказки и наглядный материал при пошаговом сопровождении педагога.

Банк алгоритмов позволяет решать следующие задачи:

1. Структурировать учебный материал: алгоритмы разбивают сложные задачи на более мелкие, управляемые шаги, что облегчает их усвоение детьми с ЗПР.

2. Обеспечить индивидуальную поддержку: педагог может использовать тетради для предоставления адресной помощи, фокусируясь на тех аспектах, которые вызывают наибольшие трудности у конкретного ребенка.

3. Развивать самостоятельность: постепенное освоение алгоритмов способствует формированию у детей навыков самоконтроля и самостоятельного решения задач.

4. Повысить мотивацию: успешное выполнение пошаговых заданий, сопровождающееся видимым прогрессом, стимулирует интерес к учебе и повышает самооценку ребенка.

5. Облегчить взаимодействие с родителями: тетради могут служить инструментом для родителей, помогая им понимать особенности развития ребенка и поддерживать его в домашних условиях.

По итогам трехмесячного периода работы нами была проведена повторная диагностика. Результаты исследования свидетельствуют о том, что предложенный банк алгоритмов успешно восполнил выявленные образовательные дефициты. Все обучающиеся продемонстрировали способность справиться с поставленными задачами. Первая группа достигла уровня самостоятельного выполнения заданий, запомнив алгоритмические шаги наизусть. Ученики второй группы не обращались за помощью к педагогу. Третья группа успешно выполнила задание, используя визуальную опору с направляющей помощью педагога.

Все 15 человек достигли значительного прогресса в восполнении пробелов в знаниях. Ученики обрели уверенность в своих силах, их мотивация к обучению возросла, и теперь последующие темы по математике даются им гораздо легче, становясь надежной опорой для дальнейшего изучения.

Таким образом, применение дифференцированного подхода в образовании обучающихся четвёртого класса с задержкой психического развития, основанного на современной классификации и подкрепленного практическими инструментами, повысило эффективность коррекционной работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Г. П. Бертынь, З. М. Дунаева, К. С. Лебединская и др.; Под ред. К. С. Лебединской. – М: Педагогика, 1982. – 127 с.;

2. Бабкина Н.В., Коробейников И.А. Типологическая дифференциация задержки психического развития как инструмент современной образовательной практики [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Т. 8. № 3. С. 125–142. DOI: 10.17759/psycljn.2019080307;

3. Кирсанов А. А. Индивидуализация учебной деятельности как педагогическая проблема / – Казань, 1981. – 264 с.

4. Кудрячкова А. Р., Давыдов С. В. Использование цвета как фактора улучшения запоминания в условиях дистанционного образования и цифровизации учебного процесса [Электронный ресурс] // Электронный научный журнал «Нижегородское образование». 2022. № 2. С. 112–119. https://goo.su/x7Jofd

5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» [Электронный ресурс]. https://минобрнауки.рф/документы/5132

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ КАК ОСНОВА ИХ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Александрова Яна Сергеевна,
учитель-дефектолог первой квалификационной категории, Государственное областное бюджетное общеобразовательное учреждение «Мурманская коррекционная школа №1», Мурманск
Жаурова Екатерина Александровна,
учитель высшей квалификационной категории, Государственное областное бюджетное общеобразовательное учреждение «Мурманская коррекционная школа №1», Мурманск
Шляхова Анна Анатольевна,
учитель-дефектолог первой квалификационной категории, Государственное областное бюджетное общеобразовательное учреждение «Мурманская коррекционная школа №1», Мурманск

Аннотация.
В статье предложены этапы и способы работы по развитию социальной адаптации и интеграции детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Авторы рассматривают процесс вовлечения детей в обществен-

ную среду, его влияние на психическое здоровье, развитие сенсорной системы, волевого компонента психики, моторной и эмоциональной саморегуляции. Раскрываемые способы действий позволяют решить базовые задачи специальной помощи через осмысление происходящего, усложнение картины мира, формирование адекватного социального поведения.

Ключевые слова: *социальная адаптация, сенсорная интеграция, коммуникация, обучение, саморегуляция.*

SOCIAL ADAPTATION AND INTEGRATION OF CHILDREN WITH SEVERE AND MULTIPLE DEVELOPMENTAL DISORDERS AS THE BASIS OF THEIR PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT

Yana S. Alexandrova,
special teacher of the first qualification category, State Regional Budgetary Educational Institution «Murmansk Correctional School No. 1», Murmansk
Ekaterina A. Zhaurova,
teacher of the highest qualification category, State Regional Budgetary Educational Institution «Murmansk Correctional School No. 1», Murmansk
Anna A. Shlyakhova,
special teacher of the first qualification category, State Regional Budgetary Educational Institution «Murmansk Correctional School No. 1», Murmansk

Annotation.
The article suggests the stages and methods of social adaptation and integration of children with severe and multiple developmental disabilities. The authors consider the process of involving children in the social environment, its impact on mental health, the development of the sensory system, volitional component, motor and emotional self-regulation. The revealed methods of action make it possible to solve the basic tasks of special assistance through understanding what is happening, complicating the picture of the world, and forming adequate social behavior.

Keywords: *social adaptation, sensory integration, communication, learning, self-regulation.*

Дети с тяжёлыми и множественными нарушениями развития (ТМНР) – это особая категория детей, у которых наблюдаются нарушения психического и физического развития, затрудняющие освоение ими социально-бытовых

навыков, коммуникации и образования. Для этих детей социальная адаптация и интеграция в общество являются жизненно необходимыми условиями для максимально полной и достойной жизни. Поэтому так важно вовлекать ребёнка в социальное взаимодействие как можно раньше. В данной статье кратко описано, адаптацию к каким именно общественным местам следует развивать у ребенка с ТМНР и из каких этапов выстраивается эта работа.

Прогулка

1. Адаптация.

Необходимо вырабатывать у ребёнка правильное поведение на улице. Сначала следует научить ребенка ходить за руку туда, куда необходимо родителю. Затем учить следовать рядом с родителем, не держась за руку. В результате посещения новых мест и появления новых ощущений (сенсорная интеграция) улучшается непроизвольное внимание. Ребёнок длительные отрезки времени находится «здесь и сейчас». Он чувствует, что ему оказывают доверие, у него появляется маленькая зона личной ответственности. Таким образом формируется привычка социально приемлемого поведения. С этими навыками ребёнок не рождается – они вырабатываются только в результате воспитательной работы и регулярной практики.

2. Вовлечение.

Следующая цель – самостоятельное выполнение простейших бытовых задач. На этом этапе осваивается навык выбрасывания мусора (в специальные контейнеры). Сначала процесс осуществляется вместе. В дальнейшем следует, не доходя до мусорных баков, отдать пакет с мусором ребёнку и отправить выбрасывать его самостоятельно, причем постепенно расстояние увеличивается. Это способствует выработке самостоятельного навыка выбрасывания мусора. Далее следует формировать у ребенка умение оказывать помощь в магазине: учить складывать необходимые продукты в тележку, выкладывать на ленту, складывать в пакет, нести сумку или пакет с продуктами. Важным также является умение позвонить в домофон, нажимать правильный номер квартиры и отвечать на вопрос «Кто там?».

3. Закрепление.

Каждое действие нужно проговаривать: «я иду выбрасывать мусор», «я открыл дверь», «я купил продукты» и т.д. При освоении этих простейших, но очень нужных навыков развиваются не только крупная и мелкая моторика, произвольное внимание, речь, но и, самое главное – ребёнок учится планировать свои действия и при этом учитывать потребности других (мамы, папы, бабушки и др.). Именно эта работа становится прекрасной подготовкой к более сложному социальному взаимодействию ребёнка с другими людьми в будущем.

Магазин, торговый центр

1. Адаптация.

Сначала посещаются самые разные магазины с целью адаптации. Крупные покупки в этот момент не осуществляются. Достаточно купить один товар, нужный взрослому – и это будет уже полноценное занятие по сенсорной интеграции и социализации.

2. Вовлечение.

Для предварительной подготовки к пониманию процессов взаимодействия между людьми в магазине необходимо разыгрывать подобные ситуации на любимых игрушках ребенка (например, медведь идет в магазин).

Далее следующие социальные навыки осваиваются непосредственно в магазине:

- идти за родителем;
- использовать тележку, корзину;
- покупать товары по списку;
- не убегать и не кричать в магазине;
- стоять в очереди;
- здороваться / прощаться с продавцом (кассиром);
- выкладывать товары на ленту;
- складывать товары в пакет, сумку;
- оплатить покупки;
- поблагодарить.

Первое время данные действия можно выполнять методом «рука в руке», постепенно уменьшая помощь. Если ребенок справился с данными задачами, то его следует поощрить.

3. Закрепление.

Закрепляем полученный навык дома, также через игру.

Детская площадка

1. Адаптация.

Посещение различных детских площадок можно использовать в качестве элемента сенсорной интеграции для улучшения работы зрительного анализатора, а также для последующей социализации. Когда ребёнок избегает новых площадок, боится, убегает, плачет – необходимо продолжать водить его за руку каждый день на разные, новые площадки. Таким образом следует действовать до тех пор, пока ребенок не станет спокойно и адекватно реагировать. Как только он немного привыкнет и станет быстро адаптироваться на новых площадках, можно переходить к следующему этапу.

2. Вовлечение.

Для предварительной подготовки можно, как в случае с магазином, разыграть подобную ситуацию на любимых игрушках ребёнка (например,

«медведь идёт на детскую площадку»). Навыки, которые можно закрепить на детских площадках:

- ждать своей очереди на горку или на качели;
- соблюдать чужие границы;
- спрашивать разрешение.

3. Закрепление.

Закрепляем полученный навык дома, также – через игру.

Поликлиника

1. Адаптация.

Визит в поликлинику зачастую является самым страшным событием для ребёнка. Именно поэтому требуется адаптация именно к той поликлинике, к которой прикреплён ребенок. Для привыкания нужно ходить в поликлинику каждый день на протяжении недели – не к врачам, а с целью тренировки, чтобы адаптироваться к самой обстановке.

2. Вовлечение.

Сначала разыгрывается ситуация на любимых игрушках ребёнка. Далее отрабатываются навыки социально приемлемого поведения в самой поликлинике:

- раздеваться и одеваться, сдавать одежду в гардероб и забирать её;
- ждать, соблюдать очередь;
- здороваться и прощаться с любым персоналом, который встречается в поликлинике;
- благодарить;
- проситься в туалет с помощью жестов, звуков или слов;
- пользоваться общественным туалетом;
- компенсировать сенсорную дисфункцию слухового и тактильного анализаторов. Если ребенок боится электрической сушилки, то поможет использование фена дома, тёплый воздух от которого следует направлять ребенку на руки после мытья.

3. Закрепление.

Закрепляем полученный навык дома, также через игру. Например, можно построить домик из кубиков и прикрепить к нему фотографию поликлиники.

Общественный транспорт

1. Адаптация.

Регулярное пользование различными видами общественного транспорта позволяет тренировать у ребёнка моторную и эмоциональную саморегуляцию. Он учится сидеть, стоять и спокойно реагировать на окружение.

2. Вовлечение.

В качестве предварительной подготовки навыки социального взаимодействия разыгрываются сначала на любимых игрушках:

- оплачивать проезд, брать билет и убирать его в карман;
- здороваться и прощаться с кондуктором;
- уступать место пожилым пассажирам и благодарить, если кто-то уступил место самому ребёнку.

3. Закрепление.

После поездки в транспорте ситуация должна быть отработана на игрушках дома. Для лучшего вхождения в роль можно принести билет домой и сделать фотографию транспорта, на котором осуществлялась поездка. Так ребёнку проще провести параллель между реальным опытом и игрой.

Кафе

1. Адаптация.

Можно использовать посещение различных кафе как способ улучшения в сфере сенсорной интеграции, главное – всегда ходить в новые и разные. На данном этапе важно, чтобы ребёнок начал вести себя адекватно и мог спокойно посидеть на стуле в ожидании своего заказа (начать можно со стакана сока) без гаджетов. Как только это у него начинает получаться, можно переходить к следующему этапу.

2. Вовлечение.

Предварительная подготовка к ситуации посещения кафе состоит в том, что оно разыгрывается на любимых игрушках ребёнка. Навыки социального взаимодействия для отработки в кафе:

- раздеваться и одеваться в гардеробе;
- делать выбор в меню;
- делать заказ, используя жесты и слова. Если ребёнок умеет говорить, то ему нужно обязательно проговорить вслух, что он хочет. Если речь отсутствует, то он может просто показать пункт в меню (или картинку) с помощью указательного жеста. Этот базовый коммуникационный навык вырабатывается дома, а потом закрепляется в общественных местах;
- здороваться и прощаться с персоналом кафе;
- благодарить.

3. Закрепление.

После возвращения домой из кафе ситуация отрабатывается дома на игрушках. Для лучшего вхождения в роль можно использовать фотографии из кафе.

Визит в гости

1. Адаптация.

Данный этап проводится так же, как и во всех остальных случаях. Если вы знаете, что ребёнок будет демонстрировать неадекватное поведение, это не повод отказываться от посещения гостей. Важно заранее морально подготовить, предупредить знакомых, что ребёнок может повести себя неадекватно. Чем больше будет разнообразных визитов к разным знакомым, тем больше нейронных связей образуется у ребёнка и тем быстрее он будет адаптироваться к каждой новой ситуации или обстановке.

2. Вовлечение.

Ситуация предварительно разыгрывается на игрушках, отрабатываются следующие навыки:

- здороваться и прощаться;
- благодарить за игрушку или угощение;
- раздеваться и одеваться;
- пользоваться туалетом.

3. Закрепление.

Отрабатываем ситуацию на игрушках после возвращения домой.

Концерт, театр

Этот пункт подходит для детей с уже сформированными навыками социального взаимодействия.

1. Адаптация.

Посещать культурные учреждения можно, когда ребёнок научился спокойно реагировать на людные места.

2. Вовлечение.

При посещении концерта или представления отрабатываются следующие навыки:

- раздеваться и одеваться, сдавать одежду в гардероб и забирать её;
- стоять в очереди;
- пользоваться туалетом в новом людном месте;
- находить своё место в зале и находиться на нем в течение концерта максимально долго.

Если у ребёнка началась истерика, хохот или другие проявления психологической разгрузки, необходимо покинуть помещение, например, выйти в туалет или коридор.

3. Закрепление.

Отрабатываем ситуацию на игрушках после возвращения домой.

Вокзал

1. Адаптация.

Посещать можно любые вокзалы, это тоже прекрасная сенсорная интеграция: новые локации, шумные места, скопление людей, активное дви-

жение. Следует осуществлять визиты без активного вовлечения ребёнка до тех пор, пока он не станет спокойно реагировать на окружение.

2. Вовлечение.

В процессе отрабатываются следующие навыки:

- стоять в очереди в кассу на вокзале;
- здороваться и прощаться;
- покупать билет;
- благодарить;
- пользоваться туалетом.

3. Закрепление.

Отрабатываем ситуацию на игрушках, вернувшись домой. Можно объединить ситуацию посещения вокзала с поездкой на общественном транспорте.

Библиотека.

1. Адаптация.

Можно выбрать ближайшую библиотеку и сходить туда на экскурсию, а заодно уточнить, что необходимо для того, чтобы там зарегистрироваться.

2. Вовлечение.

Когда ребёнок привык к обстановке библиотеки, можно отработать следующие навыки:

- раздеваться и одеваться;
- стоять в очереди в гардероб (при наличии);
- здороваться и прощаться;
- благодарить;
- называть своё имя и фамилию;
- выбирать книги и журналы, убирать их на место;
- возвращать книги, журналы, взятые ранее.

В первое время при выполнении этих действий необходимо помогать ребёнку. По мере многократного повторения навыки автоматизируются, и помощи будет требоваться всё меньше и меньше.

3. Закрепление.

Вернувшись домой, отрабатываем ситуацию на игрушках.

Правила безопасности

Как только ребёнок научится говорить или взаимодействовать с окружающими людьми, необходимо с ним выучить фамилию, имя, возраст и адрес, имена родителей.

Рекомендуется эти данные внести в схему и повесить её в том месте, где ребёнок находится большую часть времени. Данную информацию следует повторять до тех пор, пока ребенок её не освоит. Если речи нет, то обязательно нужно внутри одежды ребёнка прикрепить памятку с данной информацией.

Таким образом, вовлечение в общественную среду – это один из уровней социальной адаптации и интеграции. Постепенное и дозированное включение детей с ТМНР в посещение детских площадок, магазина, общественного транспорта, библиотек, кафе и т.п. помогает им освоить правила поведения в публичных местах, адаптироваться к новым стимулам и почувствовать себя частью общества. В результате происходит становление личности, укрепляется психическое здоровье и осознание себя в обществе, человек познает окружающий мир, смысл человеческих отношений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айрес Э. Джин. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. – М.: Теревинф, 2009.

2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003. – 368 с.

3. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000.- 320 с., Издание второе, исправленное.

4. Базарный В.Ф. Дитя человеческое. Психофизиология развития и регресса / В.Ф. Базарный. – М., 2022.

5. Селиванов В. И. Воспитание воли школьника / В.И. Селиванов. – М., 1954.

АТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ: НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

Антонова Елена Вадимовна,

учитель-логопед, Муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 122», Чебоксары, Чувашская Республика

Андреева Елена Геннадьевна,

учитель-логопед, Бюджетное общеобразовательное учреждение Чувашской Республики «Кугесьская общеобразовательная школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», Кугеси, Чувашская Республика

Аннотация:

В статье описываются некоторые вопросы коррекционной работы с детьми дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра, в частности, с атипичным аутизмом. Обозначены основные направления коррекции. Описывается положительная динамика в развитии дошкольников с атипичным аутизмом после трех лет коррекционной работы.

Ключевые слова: *атипичный аутизм, дошкольники, коррекционная работа, прогноз, динамика.*

ATYPICAL AUTISM: SOME POSSIBILITIES OF CORRECTIONAL WORK

Elena V. Antonova,

teacher, speech therapist, Municipal preschool educational institution «Kindergarten № 122», Cheboksary, Chuvash Republic

Elena G. Andreeva,

teacher, speech therapist, Budgetary educational institution of the Chuvash Republic «Kuges Secondary School for Students with Disabilities», Kugesi, Chuvash Republic

Annotation:

The article describes some issues of correctional work with preschool children with autism spectrum disorders, particularly with atypical autism. Main directions of correctional work are noted. Positive changes in the preschoolers' development are described.

Keywords: *atypical autism, preschoolers, correctional work, prognosis, changes in development*

Диагноз «атипичный аутизм» официально включен в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) под кодом F84.1. Этот диагноз используется для описания детей, чья симптоматика не укладывается в критерии классического аутизма, но имеет аутистическую специфику. В современной классификации болезней МКБ-11 понятие «атипичный аутизм» заменено на диагноз «расстройство аутистического спектра» с указанием уровня тяжести, однако термин «атипичный аутизм» пока достаточно широко используется врачами, педагогами и родителями.

Атипичный аутизм – форма расстройств аутистического спектра (РАС), при которой симптоматика нетипична, менее выражена или проявляется выборочно (в сравнении с классическим аутизмом). Расстройство сопровождается ограниченностью социального взаимодействия,

нарушением поведения, трудностями с коммуникацией. Подобные симптомы характерны и для классического аутизма, но при атипичном они проявляются позже, патология имеет размытую клиническую картину, поэтому диагностируется преимущественно после 3-х лет, а до этого взрослые списывают некоторые признаки на особенности характера и развития ребенка. При атипичном аутизме у ребенка могут иметься нарушения в какой-то одной сфере (например, в общении) и не проявляться в другой (например, в интеллектуальном развитии).

Целью нашей работы является изучение группы детей дошкольного возраста с диагнозом «атипичный аутизм» и определение основных направлений коррекционной работы с ними в образовательной организации.

В практике работы мы наблюдали в течение 3 лет 14 детей с диагнозом «атипичный аутизм», из них 4 ребенка с сохранным интеллектом, 10 детей – с нарушением интеллектуального развития (далее – НИ). Нами был отмечен ряд особенностей развития данной группы детей. Далее приведены проценты по показателям поведения обследованных детей:

- общение: ребенку трудно заводить друзей (100 %), понимать и принимать правила игры (70 % детей с НИ), ребенок избегает зрительного контакта (25 % без НИ, 80 % с НИ), не откликается на свое имя (30 % детей с НИ);
- речь: чаще всего – задержки речевого развития различной степени тяжести (50 % без НИ, 40 % с НИ), вплоть до полного отсутствия самостоятельной речи (60 % с НИ); своеобразная манера речи (например, как «маленький профессор» (25 % без НИ) или эхолалия, непосредственная и отсроченная (50 % с НИ);
- мышление: склонность к ритуалам и строгому порядку (75 % без НИ, 50 % с НИ), значительные трудности с гибкостью мышления и восприятием изменений (50 % без НИ, 100 % с НИ);
- поведение: могут иметься стереотипная аутостимуляция (например, бег по кругу, встряхивание руками, вокализации – 60 % с НИ), чрезмерный сверхинтерес (75 % без НИ, 10 % с НИ) или, наоборот, слабый интерес к чему-либо (25 % без НИ, 90 % с НИ).

У детей с атипичным аутизмом, имеющих нарушение интеллекта (умственную отсталость) различной степени тяжести, вышеназванные особенности усугубляются трудностями в обучении (100 % детей), в понимании речи (60 %), в освоении навыков самообслуживания (70 %).

Кроме того, наблюдения позволили отметить у большинства детей следующую симптоматику проявления аутистического расстройства:

- быстрая потеря интереса к играм, игрушкам (раскидывают, ломают) и к окружающим людям, со сверстниками во взаимодействие не вступают, нет близкого эмоционального контакта с родителями (50 % детей);

● не нуждаются в одобрении, не реагируют на замечания и наказания (57 %) или реагируют чрезмерно, агрессивно (22 %);

● беспокойство, нарушения сна, немотивированный плач (50 %);

● взгляд блуждающий, или устремлен в одну точку;

● в состоянии возбуждения прыжки на одном месте или хаотичный бег (64 %);

● избирательность в еде (43 %);

● склонность снимать с себя одежду, взбираться на стол или подоконник, отсутствие страха упасть или поранить себя (58 %);

● прислушиваются к музыке, под знакомую мелодию оживляются, бегают, пританцовывают, избирательно рассматривают знакомые и незнакомые картинки, собирают пазлы (ниже возрастной нормы), не любят шум, при усилении громкости звука закрывают уши руками.

Основу коррекционной работы с такими детьми составляет комплексный подход с участием команды специалистов. Регулярные занятия с учителем-дефектологом, учителем-логопедом и педагогом-психологом направлены на формирование и развитие коммуникативных навыков, на активизацию и развитие речи, а также на коррекцию поведения. При этом важнейшим элементом успеха является активное участие родителей (законных представителей) и обучение их способам взаимодействия со своим ребенком.

Коррекция и помощь детям с атипичным аутизмом строится на сочетании нескольких направлений:

● специализированные коррекционные методики (АВА-терапия, сенсорная интеграция, нейропсихологические упражнения и др.);

● работа с профильными специалистами (дефектолог, логопед, психолог, нейропсихолог и др.);

● активное вовлечение родителей (законных представителей) в коррекционный процесс;

● создание поддерживающей среды в образовательном учреждении (визуальная поддержка, альтернативная и дополнительная коммуникация (при необходимости), помощь тьютора).

Опишем некоторые векторы коррекционной работы из нашей практики. Основа результативности – установление положительного эмоционального контакта педагога с ребенком (приобретение в глазах ребенка положительной эмоциональной валентности) посредством подключения взрослого к собственным занятиям ребенка, доставляющим ему удовольствие и радость.

Задачи по развитию всех выделенных ниже навыков решались одновременно. Было предусмотрено постепенное расширение как зоны занятий (посещение музыкального и спортивного залов, кабинета логопеда, дефектолога, психолога), так и направлений коррекции:

1. Формирование предпосылок учебного поведения: взгляд в глаза, отклик на имя, сидение за столом, концентрация внимания на материале, затем на педагоге.

2. Развитие подражания:

● подражание движениям (с использованием физической подсказки и поощрения: хлопать в ладоши, хлопать руками по столу, сесть, поднять руки, топнуть ногой),

● подражание движениям с предметами (игра на детских музыкальных инструментах),

● подражание движениям (провоцирование эхопраксии – повторения жестов и движений, эхомимии – повторения мимических движений, эхолалии – повторения звуков, слогов, слов (с помощью физических ритмов).

3. Выполнение простых инструкций: «Дай!», «Подними!», «Собери!» и др.

4. Зрительное соотнесение предметов: игры в лото, с пирамидкой, матрешкой, доской Сегена и др.

5. Развитие речи: рассматривание картинок и называние педагогом предметов и действий, подражание вокализациям ребенка, вызывание эхолалий.

6. Коррекция поведения: (в том числе такого нежелательного поведения, как выбегание из группы, немотивированный плач), приучение к еде, воспитание навыков самообслуживания и др.

В процессе приобретения каждого нового навыка обязательным является процесс его генерализации (переноса в новые условия), что обеспечивается тесным взаимодействием с семьями детей целевой группы.

Данный этап коррекции продолжительный по времени, имеет волнообразный ход развития (навык то появляется, то исчезает), но при долговременном и целенаправленном воздействии прогноз у таких детей достаточно благоприятный, особенно у детей без интеллектуальных нарушений. У детей с атипичным аутизмом, имеющих нарушения интеллекта, прогноз зависит от степени тяжести интеллектуального дефекта, от индивидуальных особенностей развития ребенка и связан с более отсроченной перспективой коррекции.

В результате проводимой в течение трех лет коррекционной работы нами была отмечена положительная динамика в отдельных сферах развития детей дошкольного возраста с атипичным аутизмом. Так, на свое имя стали реагировать все дети (100 %), поддерживают зрительный контакт 100 % детей без нарушения интеллекта и 70 % детей с НИ. Значительно улучшили речь 100 % детей без НИ и 30 % детей с НИ; количество фиксируемых эхолалий снизилось на 20 %; у 40 % детей с НИ появились первые слова и указательный жест; навык самообслуживания сформи-

ровался у 60 % детей с НИ. Большинство детей целевой группы стали активнее участвовать в различных музыкальных и физкультурных мероприятиях, у детей улучшилась координация движений, в том числе пальчиковый праксис. Дошкольники с нарушением интеллекта выполняют короткие вербальные инструкции, у них улучшилось понимание речи, хотя преимущественно ситуативное. Дети без интеллектуального нарушения в развитии основных психических функций (мышление, память, восприятие, речь) приблизились к возрастным нормативам и перешли на ступень начального общего образования по программе вариантов 8.1. (50 %) и 8.2. (25 %), что свидетельствует о достаточной эффективности обозначенных подходов в коррекционной работе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психиатрия [Электронный ресурс] / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М : ГЭОТАР-Медиа, 2011. // http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420300.html

2. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация: клинические рекомендации [Электронный ресурс] / Общественная организация «Российское общество психиатров», 2020. – 125 с. Режим доступа: https://clc.li/QjyWs

ЭМОЦИОНАЛЬНО-СМЫСЛОВОЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ[5]

Баенская Елена Ростиславовна,
доктор психологических наук, главный научный сотрудник, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва
Никольская Ольга Сергеевна,
доктор психологических наук, главный научный сотрудник, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва

[5]Баенская Е.Р., Никольская О.С. Эмоционально-смысловой подход в психологической помощи детям с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики. 2019. № 39. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-39/emotionally-the-semantic-approach-in-psychological-support-for-children-with-autism

Аннотация.
В статье представлены основы Эмоционально-смыслового подхода: показывается, что нарушение и искажение развития психических функций ребенка при аутизме обусловлено проблемами формирования его аффективной сферы, связанными с критическим снижением выносливости, блокирующим развитие активных отношений со средой. В качестве основного ресурса нормализации психического развития ребенка рассматривается его вовлечение в совместно-разделенное эмоциональное переживание происходящего, помогающее ему положительно воспринимать и осмысленно структурировать впечатления, повысить активность в контактах со средой и накопить индивидуальный опыт конструктивных контактов с миром.

Ключевые слова: *детский аутизм, нарушение развития аффективной сферы, искаженное психическое развитие, Эмоционально-смысловой подход к коррекции детского аутизма, совместно-разделенное переживание.*

EMOTIONAL-SEMANTIC APPROACH IN PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN WITH AUTISM

Elena R. Baenskaya,
Doctor of Psychology, FSBSI «Institute of Special Education», Moscow
Olga S. Nikolskaya,
Doctor of Psychology, FSBSI «Institute of Special Education», Moscow

Abstract. *The article shows that the distortion of the development of mental functions in autism is due to problems in the formation of the affective sphere associated with a critical decrease in endurance, which blocks the development of active relationships between the child and the environment. As the main resource for normalizing the child's mental development, his involvement in a jointly shared emotional experience of what is happening is considered, which helps him to positively perceive and meaningfully structure impressions, increase activity in contacts with the environment and accumulate individual experience of constructive contacts with the world. The basics of the Emotional-Semantic Approach are presented.*

Key words. *Childhood autism, impaired development of the affective sphere, distorted mental development, Emotional-Semantic Approach to the correction of childhood autism, jointly-shared experience.*

В основе Эмоционально-смыслового подхода лежит представление о детском аутизме как особом системном нарушении психического развития, обусловленном выраженными трудностями формирования аффективной сферы как системы адаптивных смыслов, организующих развитие отношений с миром.

Не выработано до сих пор общее представление о первичных, т.е. наиболее близких биологическим, предпосылках нарушения психического развития при аутизме. По нашему мнению, они заключаются в крайне выраженных проблемах в выносливости ребенка, проявляющихся не только в социальных контактах, но и во взаимодействии со средой в целом. Эти проблемы обнаруживают себя как в снижении порога дискомфорта ребенка в восприятии интенсивности, новизны, в оценке качества впечатлений, так и в нарушении активности во взаимодействии со средой и людьми: в способности перерабатывать информацию, переводить из одной модальности в другую и интегрировать данные разных анализаторов, корректировать программу поведения. Нарушения активности ярко проявляется в трудностях адаптации к переменам: в нарушении способности ребенка, отслеживая обратную связь, вести диалог с меняющимися обстоятельствами.

Мы уверены, что именно эти трудности, а не отсутствие потребности в общении обуславливают нарушение развития эмоционального контакта и взаимодействия ребенка с близкими, препятствуют развитию исследовательского поведения, ограничивают и делают фрагментарными его представления об окружающем, мешают свободному применению знаний и навыков. Эти проблемы обуславливают возникновение аутистических установок и искажение психического развития, суть которого состоит в подмене развития отношений с людьми и окружением фиксацией стереотипных форм поведения и стереотипных способов гиперкомпенсаторной аутостимуляции как средств тонизирования и защиты от дискомфорта.

Эмоционально-смысловой подход нацелен на поиск психологических средств, позволяющих ребенку стать более выносливым: устойчивым к дискомфорту, активным и гибким во взаимоотношениях со средой и людьми. Коррекционная помощь при этом должна противостоять искажению в формировании его психических функций, направлять их развитие для решения реальных жизненных задач, коммуникации и социализации. В связи с этим встает вопрос, существуют ли в реальности какие-либо психологические возможности компенсации биологически обусловленной дефицитарности ребенка. Опираясь на многолетний опыт практической работы, мы берем на себя ответственность утверждать, что такие ресурсы существуют. И они связаны, прежде всего, с созданием условий для установления полноценного эмоционального контакта ребенка и близкого взрослого и достижением возможности вовлечь его в совместно разделенное переживание происходящего, направляющее и корректирующее развитие его аффективной сферы.

Известно, что обычный малыш приобретает аффективную стабильность, требующуюся ему для успешного психического развития, в эмоциональном контакте с близкими, в контексте которого он погружается в поток приятных и разнообразных сенсорных ощущений. Вовлекаясь в общее удовольствие, младенец получает опыт эмоционального заражения, а близкие получают возможность направленно модулировать переживания ребенка – развеселить, успокоить, утешить его. Сопереживая впечатлениям ребенка, близкие могут помочь ему осмысленно интегрировать свои ощущения, связывать их с определенными людьми, предметами и действиями.

На основе удовольствия от совместных сенсорных игр возникает возможность объединения внимания ребенка и взрослого на объекте общего интереса, что дает возможность организации эпизодов совместных действий, т.е. открывает путь развития средств взаимной координации внимания: обращений, указаний, требований. Взрослый передает ребенку опыт восприятия предмета не только как источника сенсорных ощущений, но и как полезной вещи со своей функцией в домашней жизни и принадлежностью определенному члену семьи. Уже в период раннего возраста близкие помогают ребенку осмысленно войти в привычный бытовой уклад и дифференцированные отношения, интегрируя его впечатления в устойчивый и эмоционально осмысленный пространственно-временной порядок общей жизни.

В совместном переживании взрослый очень рано получает возможность помочь ребенку связать и «обезвредить» ощущаемый им дискомфорт или испуг, интегрировав его в нейтральное, привычно бытовое или даже приятное игровое впечатление. Так, например, испуг ребенка при натягивании на голову узкого ворота свитера может стать для него частью веселой игры в прятки, а резкий дверной звонок – означать приход с работы папы. Таким образом, в норме близкий не только активизирует ребенка, но и модулирует интенсивность и качество его переживаний, делая незначимые впечатления значимыми, уточняя, дифференцируя, акцентируя и, при необходимости, полностью изменяя их смысл.

Этот обычный путь развития позитивного аффективного опыта в осмыслении вместе с близкими всего происходящего вокруг оказывается мало доступным ребенку с угрозой формирования детского аутизма, хотя ну-

ждается он в такой поддержке близких гораздо больше, чем любой другой малыш. Отсутствие эмоционального контакта усугубляет биологические предпосылки нарушения его аффективного развития, проявляющиеся в нарушении основ развития отношений со средой: в проблемах формирования адекватного поведения самосохранения, индивидуальной избирательности и исследовательского поведения, эмоциональной привязанности и впоследствии – способности понимать переживания другого человека. Вовлечение ребенка с аутизмом в эмоциональный контакт и совместно-разделенное переживание позволяет оказать ему помощь в развитии аффективной сферы и формировании более нормальных отношений со средой, смягчить защитные аутистические установки и продвинуться в преодолении искажения психического развития.

Мы видим тесную и очень конкретную связь логики нарушения аффективного и когнитивного развития ребенка с аутизмом. Работая с детьми с разной глубиной аутистических проблем, мы видим, что начать говорить «полевой» и мутичный ребенок может, только если у него сформируются активные предпочтения и сложатся устойчиво воспроизводимые формы жизни. Тогда ему есть к чему привязать слово, и пополнение словаря начинает отражать осмысление им предметности и порядка жизненного уклада. И точно так же развернутая речь, сюжетная игра, возможность выделять и прослеживать в происходящем причинно-следственные связи начинают развиваться лишь с появлением у ребенка способности не испытывать панику при нарушении привычного порядка, с интересом воспринимать новизну и рассматривать возникшее затруднение не как катастрофу, а как задачу «на преодоление», решить которую вполне возможно. Так же и развитие произвольных психических функций обусловлено складывающимся опытом эмоционального сопереживания, отслеживания и ориентации на реакции близкого. Возможность ребенка оценивать происходящее с точки зрения другого человека тоже обусловлена вовлечением его в процесс развития эмоционального контакта и взаимодействия с близкими.

Опираясь на закономерности нормального аффективного развития в раннем возрасте, мы используем в коррекционной работе естественную форму игрового взаимодействия взрослого с ребенком раннего возраста, которая основана на эмоциональном заражении, что позволяет вовлечь его в совместно разделенное переживание происходящего, помочь адекватно воспринимать и осмысленно структурировать переживаемые вместе впечатления.

Исходной задачей является установление эмоционального контакта с ребенком. Потребность в таком контакте у него существует, что подтверждено опытом многих специалистов, существуют и общепризнанные приемы привлечения к себе ребенка с аутизмом. Известно, что и глубоко аутичные дети начинают приближаться к человеку, если тот не форсирует установление контакта и позволяет ребенку самому дозировать его и выбирать дистанцию; если он учитывает возможность сенсорного дискомфорта и старается не связывать себя с ним; если не стремится с самого начала руководить ребенком и активно направлять его внимание. Такой подход облегчает ребенку возможность принять взрослого.

И поскольку такой ребенок, как правило, не вовлекается в предлагаемое ему взаимодействие, необходимо присоединение взрослого к тому, что делает сам малыш, даже если это стереотипное или полевое поведение. Ребенок становится внимательнее к взрослому, если тот эмоционально разделяет его впечатления, следует за его взглядом, прислушивается и акцентирует звуки и слова, на которые тот положительно реагирует, воспроизводит его собственную вокализацию, движения и действия. На этом фоне чаще возникают глазной, тактильный контакт, закрепляются и воспроизводятся эпизоды игрового взаимодействия, которые позволяют ребенку получить опыт разделенного со взрослым удовольствия.

В зависимости от глубины аутизма общими могут стать как самые простые сенсорные игры, связанные с движением, ритмами, тактильными, вестибулярными, зрительными впечатлениями, с приятными звуками, так и более сложные, связанные с особыми увлечениями ребенка, которые тоже могут быть достаточно стереотипными.

Вовлечение ребенка в общее удовольствие дает возможность постепенно сделать его более устойчивым в эмоциональном контакте и более выносливым к включенным в игру сенсорным впечатлениям. Безусловно, выбор этих впечатлений индивидуален, и их интенсивность тоже должна индивидуально дозироваться; но, вовлекаясь в общение и начиная дорожить им, ребенок становится более выносливым в восприятии приятных ощущений и постепенно начинает позволять их разнообразить, включать в общую игру даже ранее однозначно оцениваемые как неприемлемые ощущения, например, голос или пение другого человека.

Стереотипные занятия, разделенные и осмысленные вместе со взрослым, перестают быть для ребенка лишь средством механической аутостимуляции и становятся основой развития совместной игры. Присоединяясь к его удовольствиям, мы находим возможность вовлечь ребенка в самые простые формы игровой коммуникации: переглянуться, спрыгнуть взрослому на руки, поймать летящий мыльный пузырь и т.д. Такие игры позволяют сенсорно и эмоционально тонизировать ребенка, а на фоне подъема активности мы можем рассчитывать и на появление у мутичного ребенка эмоциональной вокализации, повторения за взрослым возгласов, отдельных слов, сопровождающих игровое взаимодействие, и их уже нельзя расценить как механическую эхолалию.

Ребенок начинает предвосхищать удовольствие и инициировать игровое взаимодействие, оно приобретает устойчивые формы и, воспроизво-

дясь, может начать обозначаться вербально. Отдельные сенсорные ощущения благодаря эмоциональному комментарию связываются взрослым с реальным жизненным опытом ребенка. Так, при опоре на удовольствие от игры с водой мы очень быстро переходим к ее осмыслению как купания малыша под душем, или игры плещущихся в море рыбок и т.п. В совместной игре выделяются и набираются впечатления, придающие эмоциональный смысл привычным моментам домашней жизни ребенка, создается аффективная основа накопления ребенком слов, обозначающих значимые вещи, действия, привычные бытовые ритуалы, ситуации эмоционального взаимодействия с близкими.

Таким образом, возвращаясь к не пройденным ранним этапам развития эмоционального взаимодействия, мы помогаем ребенку формировать индивидуальный аффективный опыт, позитивный опыт уюта, надежности и эмоциональной осмысленности порядка его каждодневной жизни. И лишь на этой прочной основе мы начинаем впоследствии обращаться к совместному освоению моментов нарушения порядка, поскольку только теперь они смогут быть восприняты ребенком как интересные, смешные, любимые всеми обычными детьми шутки и «приключения». Этот шаг в развитии отношений ребенка с окружением знаменуется появлением у него спонтанной развернутой фразы, способности организовывать свои впечатления от происходящего в сюжеты, в большей или меньшей степени развернутые. Появляется возможность организации совместной сюжетной игры и оказания в ней направленной помощи в преодолении страхов и купирования проявлений агрессии и негативизма ребенка.

Совместное освоение уклада каждодневной жизни ребенка предполагает усвоение им задаваемых взрослым эмоциональных акцентов, определяющих качество происходящего не только как приятного, веселого, интересного, смешного, но и как хорошего, похвального, правильного. Таким образом, появляется возможность помочь ребенку и в организации социально ориентированных форм поведения, в итоге дающая ему способность с готовностью и даже с удовольствием отказаться от достижения приятного ради соответствия ожиданиям близкого, ради того, чтобы быть «хорошим». В развитии аффективной сферы этот шаг связан с формированием в дальнейшем предпосылок развития способности к произвольной организации поведения.

Описываемая выше работа не может быть эпизодической: ребенок с аутизмом для успешного развития нуждается в многолетней поддержке, задачи которой меняются на разных этапах его возрастного развития. При этом важно не форсировать события и не пропускать необходимых «ступеней» в развитии аффективной сферы. Так, ни произвольность, ни целенаправленное поведение не могут развиваться без опоры на уже достаточно сложившийся привычный уклад жизни ребенка. А сам уклад, развитие индивидуальной избирательности ребенка не может осуществиться без развития его способности совместно со взрослым воспринимать, переживать и выделять приятные сенсорные впечатления.

Основой для индивидуальных коррекционных занятий с ребенком может стать общая игра, прогулка, совместное рисование, чтение, просмотр мультфильмов, семейных фотографий, создание историй про самого ребенка. Важно также отметить, что одних занятий со специалистом недостаточно, ребенку требуется постоянное специальное внимание близких, их эмоциональный комментарий происходящего с ним и вокруг него, помогающий осмыслять и осваивать уклад привычной жизни. Близкие используют и развивают возможности, полученные ребенком на коррекционных занятиях.

Заключая, необходимо подчеркнуть, что помощь в аффективном развитии является ключевой, решающей задачей в коррекционной помощи ребенку с аутизмом. Мы уверены, что без развития активных осмысленных отношений ребенка с окружением, которые могут реализоваться только в эмоциональном контакте с другими людьми, в совместно разделенном переживании, невозможно и его полноценное интеллектуальное развитие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баенская Е.Р. Разделенное переживание – путь терапии детского аутизма // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. №20 /https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoe-perezhivanie-put-terapii-detskogo

2. Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Психологическая помощь при нарушениях раннегоэмоционального развития. – М.: Экзамен, 2004. – 127 с.

3. Баенская Е.Р., Никольская О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. №19 / https://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narushenija

4. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. – М.: Эксмо, 2003. – 512 с.

5. Никольская О.С. Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра // Альманах Института коррекционной педагогики. 2016. №26 /https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/emoczionalno-smyislovoj-podxod-k-korrekczii-rasstrojstv-autisticheskogo-spektra

6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – М. : Теревинф, 2021. – 288 с.

ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА

Бардышевская Марина Константиновна,
кандидат психологических наук, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова».

Аннотация.
Кратко представлен авторский метод диагностики аффективно-поведенческого развития. Метод представляет собой наблюдение с терапевтическими воздействиями, предполагающее анализ динамики эмоций и поведения в условиях изменения формы эмоционального контакта с обследуемым. Проявления эмоций и поведения классифицируются по мотиву развития, принадлежности к определенному аффективно-поведенческому комплексу и вектору развития. Даны иллюстрации применения этого метода в работе с эмоционально депривированными детьми и подростками в специализированной школе-интернате. Раскрывается развитие в данном методе научно-практических идей и принципов исследования психического развития «трудных» подростков К.С. Лебединской.

Ключевые слова: *диагностика, аффективно-поведенческий комплекс, развитие, эмоциональная депривация, дети, подростки.*

ASSESSMENT OF AFFECTIVE-BEHAVIORAL DEVELOPMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENT IN A SPECIALIZED BOARDING SCHOOL

Marina K. Bardyshevskaya,
PhD, Associate Professor, Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Moscow State University named after M.V. Lomonosov", Moscow

Annotation:
The author's method of assessment of affective and behavioral development is briefly presented. The method is an observation with therapeutic effects and includes the analysis of the dynamics of emotions and behavior under conditions of changing the form of contact with the person. The manifestations of emotions and behavior are classified by the motive of development, belonging to a certain affective-behavioral complex and the vector of development. Illustrations of the application of this method in work with emotionally deprived children and adolescents in a specialized boarding school are given. The author shows how the scientific and practical ideas of K.S. Lebedinskaya are developed and how the traditions of stydying the mental development of "difficult» adolescents are continued.

Key words: *assessment, affective-behavioral complex, development, emotional deprivation, children, adolescents.*

Цель настоящей статьи – в свете идей К.С. Лебединской кратко представить авторский метод диагностики аффективно-поведенческого развития у детей и подростков (на материале обследования и терапевтического наблюдения за учениками специализированной школы-интерната).

Постановка медицинского диагноза была для К.С. Лебединской важной, но не основной задачей. В большей степени К.С. Лебединскую интересовали варианты психического развития детей и подростков с нарушениями эмоций и поведения. Как известно, учитель К.С. Лебединской, Г.Е. Сухарева, выделяла три варианта нарушений психического развития: задержанное, искаженное, поврежденное [4]. К.С. Лебединская выделяла группы «трудных» подростков не по диагнозам, а по нарушениям эмоций и поведения, затрудняющим социализацию [3]. Психическая неустойчивость, аффективная возбудимость, нарушения влечений, приводящие к школьной дезадаптации, имеют динамическую природу и могут быть выражены в разной степени у одного и того же подростка.

Мы стараемся соблюдать следующие традиции исследований «трудных» подростков, заложенные К.С. Лебединской:

А) ведение подробных историй развития учеников с анализом всего комплекса социальных, психологических, биологических причин, включая разные формы депривации;

Б) использование метода лонгитюдного наблюдения как приоритетного;

В) проведение исследований в естественной для подростка среде, где протекает его ведущая деятельность (учебная, общение).

К.С. Лебединская связывала тяжесть расстройств эмоций и поведения у исследованных ею подростков с нарушениями интеллекта, органическими нарушениями и социальными факторами. Например, она

использовала результаты разовых измерений теста Векслера в качестве критерия для разделения школьников с нарушениями эмоций и поведения на более и менее тяжелый варианты [3].

В то же время, по нашим наблюдениям, у психически неустойчивых детей и подростков показатели интеллектуальной деятельности меняются в зависимости от их настроения, актуального мотива развития, текущей социальной ситуации. Психически неустойчивые дети и подростки очень чувствительны к форме контакта взрослых с ними, даже к легким изменениям коммуникации (поза, взгляд, интонация, вопрос взрослого), поэтому могут отказываться от выполнения заданий экспериментально-психологического обследования, если чувствуют давление, ожидания.

В своих исследованиях мы используем авторский метод оценки аффективно-поведенческого развития, включающий качественно- количественную диагностику развития 14 видов поведения, эмоций, контакта и символической активности в разных аффективно-поведенческих комплексах путем наблюдения с терапевтическими воздействиями [1] и с использованием видеозаписей консультаций [2].

Аффективно-поведенческий комплекс (АПК) включает определенный спектр эмоций, репертуар поведения, способы контакта с людьми, символизацию (как обобщается эмоциональный опыт), связи внутри АПК и между АПК (они вторичны по отношению к типам эмоциональных связей с людьми), способы предотвращения эмоциональных срывов. Мы выделяем 5 АПК:

1) психофизиологического выживания;
2) симбиотический;
3) экспансии;
4) игровой-диалогический и привязанности;
5) образно-ролевой.

У психически неустойчивых детей и подростков при правильно организованной работе налаживаются связи между разными АПК, ребенок становится более «цельным». Типы связей с людьми у учеников усложняются по мере перехода к более высоко организованному АПК, что хорошо видно на видеозаписях консультации.

Возможен вариант и экспресс-диагностики аффективно-поведенческого развития по динамике невербальной коммуникации подростка (по анализу видеозаписи). Это наиболее подвижный показатель, который отражает динамику развития ребенка во время консультации. Пусть неполный, но достаточный для прогноза состояния ученика вариант диагностики включает оценку динамики следующих видов поведения: территориального, исследовательского, изобразительной активности, привязанности, агрессии, игры, речи. Чем выше психическая

неустойчивость, тем больше отмечается разнонаправленных изменений в разных видах поведения и при разных мотивах развития за период наблюдения. Изменения разных видов поведения за определенный период оцениваются качественно-количественно: из меню векторов развития выбирается вектор, соответствующий динамике поведения в анализируемом эпизоде [1].

Характеристика обследованных нами учеников: 5 детей в возрасте от 10 до 12 лет и 10 подростков в возрасте от 13 до 17 лет, находящихся под наблюдением автора в СКОШИ № 73 г. Москвы. Включенное наблюдение проводилось на психологических занятиях автора с учениками.

Продолжительность лонгитюдного наблюдения: 2022-2025 гг.

Феноменология. Проблемы, по поводу которых администрация запрашивает консультации клинического психолога – это социально опасная агрессия, самоповреждающее поведение, нарушения социализации (аутизм, негативизм, импульсивные протестные реакции), сексуальная расторможенность, воровство и др.

Медицинские диагнозы учеников (шизоаффективное расстройство, шизофрения, гебефренический синдром, аутизм и др.) до начала нашего наблюдения за ними изменялись несколько раз (в сторону утяжеления). Часть детей обучается по программе для детей с умственной отсталостью (в большинстве случаев это нажитый дефект, «олигофренический плюс»). Большинство детей имеют неоднократный опыт госпитализации в психиатрическую больницу.

Проводимая нами диагностика ориентирована не на уточнение медицинского диагноза и подбор лекарств, а на построение индивидуального аффективно-поведенческого профиля ученика и подбор терапевтических воздействий.

Методология наблюдения за психическим развитием в школе. Имея большой опыт работы в психиатрической больнице, я хотела бы подчеркнуть особенности клинико-психологической работы в школе-интернате по сравнению с психиатрической клиникой:

1. возможность длительного наблюдения позволяет проводить оценку в динамике, что важно для подбора более подходящего ребенку класса, режима обучения, учителя и др.;

2. доступность актуальных сведений о состоянии социальных связей ребенка в классе и школе (с детьми и персоналом);

3. более широкие возможности выбора формы контакта с учениками; заинтересованность детей в психологической работе; мотив экспертизы не главенствует; участие ребенка во встречах с психологом добровольное;

4. доступность свежих сведений о повседневной жизни ребенка;

5. сотрудничество психолога с педагогами, а не с врачами, предполагает фокус не на устранении симптома, а на развитии поведения и эмоций; педагоги готовы «подхватить» даже небольшие положительные изменения, которых удалось достичь в ходе консультации;

6. возможность для ребенка отрефлексировать опыт госпитализаций в психиатрическую клинику.

Дети, пережившие единичные госпитализации в психиатрическую больницу (В., А., Р., С.), воспринимают это событие как травму и относятся к этому периоду как к самому страшному в своей жизни. Уже на первой встрече с психологом они откровенно рассказывают обстоятельства, приведшие к госпитализации, обсуждают то, что их расстроило или испугало в больнице. После этого они более открыты и готовы к обсуждению насущных проблем. Это дети, хорошо откликающиеся не только на психиатрическое лечение и на психотерапию, но и на любое проявление внимания к себе и заботу о себе со стороны педагогов и психологов, они готовы быстро поменять установку, если чувствуют выгоду для себя. Это дети с эмоциональной депривацией, пережившие распад кровной семьи или ее деградацию, испытывающие проблемы с адаптацией в приемной семье, отвергаемые матерью. Такие дети приходят на консультацию к психологу из-за обид и протестных реакций (отказ от еды, депрессия), вызванных несправедливым распределением благ в семье, классе, школе.

Случаи, когда в истории одного ребенка содержатся данные о многочисленных госпитализациях в психиатрическую больницу (М., С., Э., Т.), толкуются педагогами почти однозначно как доказательство тяжести состояния самого ребенка, а не как фактор, ставящий под сомнение эффективность психиатрического лечения, или как прямое указание на сохраняющиеся внутрисемейные конфликты или иные хронические причины срывов ребенка, остающиеся вне зоны воздействия психиатрического лечения. Такие дети просят взять их на консультацию в случае предчувствия циклического обострения состояния.

Интересно, что некоторые дети считают частые госпитализации необходимым «отдыхом» от семьи и школы (Э., С.) или «отдыхом для родителей» (С., М.) и даже – особой формой заботы родителей о них (С.). Здесь важна помощь психолога в осознании подростком психологических причин своего «психоза» и «цены» экстренных госпитализаций. Например, С. к 15 годам имел опыт 20 экстренных госпитализаций в психиатрическую больницу (из дома), по его словам, их было так много, что он «сбился со счета». Подросток, привыкший к таким госпитализациям, не всегда осознает, что госпитализации влекут за собой пропуски в учебе и пробелы в знаниях, изоляцию от своего класса, которая может негативно сказаться на самооценке и статусе пациента

в школе, в семье. Психиатрическая больница со знакомым медицинским персоналом становится для часто госпитализируемого подростка своеобразным лечебным детским домом. Клинический психолог в школе помогает такому ученику сформулировать простые цели, выделить полезные для него эмоциональные связи в школе (с конкретными детьми и учителями), ради сохранения которых подросток стремится контролировать свое эмоциональное состояние не только в школе, но и дома. Для таких детей важно простроить социальную сеть из своего рода «приемных взрослых» среди педагогов в школе, которая по своей устойчивости и безопасности могла бы превосходить аналогичную сеть в психиатрической больнице. Клинический психолог может посоветовать сменить педагога, если тот повторяет родительский паттерн взаимодействия с ребенком, реагируя на определенное защитное или провокативное поведение ребенка агрессией и тем самым обостряя конфликт.

В случае Саввы К., который поначалу приводил в ярость учительницу на индивидуальных уроках, изображая движения и звуки паровоза (АПК психофизиологического выживания, искажение в сторону повреждения, АПК образно-ролевой, искажение в сторону распада), удалось добиться повышения его социального статуса, позволив ему заниматься в классе с другими детьми. Савва выстроил хорошие отношения с учительницей труда, а также с классной руководительницей, что позволило ему в течение года избежать весенней и осенней госпитализаций. Савва увлекся вязаньем и шитьем, починкой швейных машин. При этом векторы развития исследовательского поведения, игры, привязанности, агрессии сменились с «искажения в сторону повреждения» на «искажение в сторону задержки» (так как изделия часто оставались незавершенными, отношения с взрослыми Савва считал более безопасными, чем со сверстниками, некоторых из них – с открыто асоциальным поведением – он боялся и прятался от них), в то время как агрессивное поведение Саввы в домашних условиях оставалось проблемой.

В качестве примера приводим экспресс-диагностику с использованием анализа видеозаписей поведения детей и подростков с диагнозами «шизофрения», «шизоаффективное расстройство», «аутизм» (М., 14-16 лет; С., 11-15 лет; А., 11-13 лет) во время психотерапевтической консультации в СКОШИ №73 г. Москвы. Поза подростка и ее динамика оценивается как интегральный показатель психического состояния. Смена позы отражает переключение ребенка на другой АПК и проявление более здорового вектора развития в ответ на определенные терапевтические воздействия. Динамика невербальной коммуникации с оператором-мужчиной имеет особое диагностическое значение.

Динамика контакта М., 16,5 лет, с оператором: 1) отказ смотреть на оператора во время предъявления своих требований психологу – отворачивание, взгляд в пол (при обсуждении тяжелого периода жизни с 12 до 14 лет – «ухода в бункер» в ответ на смерть близких, воспоминание об этом периоде вызывает у М. «отвращение»), мгновенное изображение позы черепахи, когда психолог просит объяснить, кто это на рисунке, сделанном в 13,5 лет – АПК психофизиологического выживания (искажение в сторону повреждения); 2) взгляд искоса, боковым зрением, заигрывание с оператором в ответ на объяснение психолога, как видеозапись может ему помочь при обсуждении возможностей его дальнейшего обучения – АПК игровой-диалогический и привязанности (искажение в сторону задержки); 3) широкий оценивающий взгляд на оператора сверху вниз (когда получает от психолога ответ на свой вопрос, не последнее ли это занятие, и подтверждение, что в другой раз оператор будет «тот же»), АПК экспансии, искажение в сторону нормы; 4) изображение прилипания руки к парте, демонстрация нежелания уходить (на предупреждение о завершении занятия, АПК симбиотический, искажение в сторону задержки). Так как оператор сохраняет нейтралитет и не общается с подростком во время занятия, то подросток сам проявляет инициативу, меняя формы контакта с оператором, перебирая возможные роли «на камеру».

Преимущества анализа аффективно-поведенческого развития с видеозаписью состоят в следующем:

А) проясняется основной мотив развития, когда ребенок «представляется», разыгрывает роль, усиливает (иногда до карикатуры) какую-то линию поведения; однако «на камеру» делает это в шутливой, более рефлексивной форме, чем без видеозаписи;

Б) яснее обнаруживается ведущий конфликт (по незавершенным и повторяющимся эмоционально-выразительным движениям, высказываниям, вопросам и др.);

В) видны сильно незавершенные, прерванные нормальные виды поведения или подавленные, латентные паттерны из наиболее нарушенного аффективно-поведенческого комплекса;

Г) легче и шире обнаруживаются зоны ближайшего и отдаленного развития.

Векторы аффективно-поведенческого развития обследованных детей и подростков находятся в зоне между повреждением и задержкой: в начале наблюдения и психологической работы эти векторы в основных видах поведения направлены от искажения в сторону повреждения и распада, в дальнейшем направление развития становится более благоприятным – от повреждения и искажения в сторону задержки.

Подбор психотерапевтических воздействий осуществляется в зависимости от доминирующего АПК (в котором ребенок проводит больше

времени) и ведущего АПК (проявляется в ответ на терапевтические воздействия), возраста и пола ученика и других факторов.

Отмечаются случаи благоприятной динамики. *М., 16,5 лет, после нескольких лет, проведенных «в бункере», уверенно «выруливает» на уровень задержки, гордится своей успеваемостью по русскому языку и начинает задумываться о продолжении учебы в школе после 9 класса; С., 15 лет, после длительного периода индивидуального обучения из-за агрессии к другим детям проводит теперь целый день в школе и имеет друзей; А., 12 лет 10 мес., страдавший психической анорексией, проявляет вкус к жизни в разных областях.* Эти случаи, запечатленные на видеозаписях, в том числе в показательной динамике в небольших эпизодах, научно обосновывают необходимость психотерапевтической работы с учениками с выраженными нарушениями аффективно-поведенческого развития и могут служить методическим материалом для подготовки студентов-психологов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бардышевская М.К. Аффективно-поведенческие комплексы: наблюдение, оценка, развитие. М: Изд-во Моск. ун-та, 2-е изд. доп. и испр., 2022.

2. Бардышевская М.К. Видеосъемка развития и анализ видеозаписей в детской клинической психологии. Работа с видео по методу АПК в клинической психологии. М: Изд-во Московского университета, 2023.

3. Лебединская К.С., Грибанова Г.В., Райская М.М. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. М: Педагогика, 1988.

4. Сухарева Г.Е. Группировка психопатий. Хрестоматия «Психология аномального развития ребенка», в 2-х тт. Под ред. В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. т. 2. М: ЧеРо, Высшая школа, Изд-во Моск. ун-та, с. 254-271.

КОРРЕКЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИГРЫ «ЮНЫЕ ЗНАТОКИ» В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Бевзенко Виктория Владимировна,

Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 27», Лысьва, Пермский край

Воробьева Любовь Геннадьевна,

Муниципальное автономное образовательное учреждение Лицей «ВЕКТОРиЯ», Лысьва, Пермский край

Аннотация.

Статья посвящена роли познавательной игры «Юные знатоки» в коррекционной работе с детьми, имеющими задержку психического развития. Исследуется влияние игровой деятельности на повышение познавательной активности, улучшение коммуникативных навыков, укрепление самооценки и социальное развитие воспитанников. Практические рекомендации по проведению конкурса и последующему мониторингу результатов подчеркивают значимость интеграции современных технологий и традиционных методов в учебно-воспитательном процессе.

Ключевые слова: *задержка психического развития, коррекционная работа, элементы игровой технологии, междисциплинарное взаимодействие, социализация, познавательное развитие.*

CORRECTIONAL POSSIBILITIES OF THE GAME "YOUNG EXPERTS" IN WORK WITH DEVELOPMENTALLY DELAYED CHILDREN

Viktoria V. Bevzenko,

Municipal Autonomous Preschool Educational Institution Kindergarten № 27, Lysva, Perm Region

Lyubov G. Vorobyeva,

Municipal Autonomous Educational Institution "Vektoriya» Lyceum ("Vector and Me"), Lysva, Perm Region

Abstract.

This article examines the role of the educational game «Young Experts» in corrective work with children with mental retardation. The study examines the impact of gameplay on enhancing cognitive activity, improving communication skills, strengthening self-esteem, and promoting social development. Practical recommendations for conducting the competition and subsequent monitoring of results highlight the importance of integrating modern technologies and traditional methods in the educational process.

Key words: *developmental delay, correctional work, elements of gaming technology, interdisciplinary interaction, socialization, cognitive development.*

Современная педагогика уделяет большое внимание созданию оптимальных условий для всестороннего развития детей с особенностями психофизического развития. Особое значение приобретает организация комплексной поддержки детей с задержкой психического развития (ЗПР), которая предполагает тесное сотрудничество психо-

логов, педагогов, дефектологов, логопедов и родителей. Сегодня проблема задержки психического развития остаётся крайне актуальной, встречаясь намного чаще по сравнению с другими нозологиями. Нарушения, приводящие к трудностям обучения в дошкольном периоде и начальной школе, затрагивают большой процент детей. Современные дети с ЗПР имеют проявления дефицита знаний, навыков, эмоций и активности.

Вся психокоррекционная работа направлена на устранение этих проявлений нарушения развития. Несмотря на общую картину, причины таких отставаний различны и обусловлены разными клиническими нарушениями в работе нервной системы ребёнка. Именно поэтому специалисты различного профиля – дефектологи, логопеды, психологи – активно изучают способы коррекции ЗПР, учитывая растущую потребность современной системы образования в эффективном подходе к решению проблем в обучении. Одной из наиболее продуктивных форм коррекционной работы является проведение игровых мероприятий, нацеленных на стимулирование познавательных процессов, расширение кругозора и социальную адаптацию ребёнка.

Одним из успешных проектов, реализованных в нашем городе, стала муниципальная игра «Юные знатоки», предназначенная специально для детей с ЗПР и направленная на следующую целевую аудиторию: дети с ЗПР подготовительных групп ДОУ, обучающиеся по АОП ДО, и первоклассники с ЗПР, обучающиеся по АООП НОО (2 вариант). Данная статья посвящена подробному рассмотрению структуры и содержания игры, её влияния на детей и возможных направлений развития междисциплинарного сотрудничества. Участие в подобных играх способствует развитию творческого потенциала детей, инициативы, выявлению талантов, позволяет им проявить свои интеллектуальные и творческие способности; развивает умение интегрировать знания из различных областей и применять их на практике.

Концептуальная основа игры. Игровая деятельность давно признана эффективным инструментом коррекции и реабилитации детей с отклонениями в развитии. Психолого-педагогический анализ показывает, что именно в игре ребёнок способен преодолеть многие ограничения, раскрыть свои скрытые таланты и установить гармоничные отношения с окружающим миром. Игровые методики позволяют комплексно воздействовать на все сферы психики: когнитивную, эмоциональную, двигательную и социальную. Особенности детей старшего дошкольного возраста и младших школьников с ЗПР заключаются в замедленном темпе и ритме психического созревания, слабости произвольного внимания, недостаточной сформированности логико-гностических операций и сниженной интеллектуальной работоспособности. Эти факторы суще-

ственно ограничивают возможности эффективного овладения учебной деятельностью традиционным способом. И именно в игре создаются уникальные предпосылки для преодоления указанных трудностей.

Конечно, чем разнообразнее деятельность, жизнь детей, чем больше эмоций, обогащения опыта и кругозора, тем больше умений и навыков смогут перенести дети в новые условия, тем выше станет уровень когнитивных способностей. Участие в игре придает ребенку силы и уверенности в жизни, у него появляется стремление быть лучше.

Приобретая опыт публичного выступления, дети легче смогут адаптироваться в школе, общаться с людьми, им легче будет найти друзей. Ребята с удовольствием принимают участие в конкурсах и соревнованиях и даже становятся победителями и призерами.

Социализация детей в новых условиях – это важнейший процесс, в ходе которого ребенок получает опыт взаимодействия в детском коллективе, где усваивает правила, принятые в обществе; формируются необходимые навыки, значимые для дальнейшей жизни ребенка.

Для нас как для педагогов не менее важно раскрыть потенциал детей, увидеть ту изюминку, которая есть в каждом. В рамках Городского Методического Формирования учителей-дефектологов мы осуществили задуманную идею: разработали сценарий I муниципальной познавательной игры "Юные знатоки» для детей с ОВЗ, далее организовали и провели игру в очном формате для детей с ЗПР.

Целью игры «Юные знатоки» является создание условий для максимального удовлетворения особых образовательных потребностей обучающихся с ОВЗ, обеспечивающих усвоение ими социального и культурного опыта. А также создание условий на базе детского сада, благоприятствующих раскрытию индивидуальных возможностей детей с ЗПР через их погружение в увлекательную познавательно-игровую деятельность. Особенностью проекта стало сочетание различных элементов педагогических техник и технологических решений, включая здоровьесберегающую методологию, информационно-коммуникационные технологии и развивающие игровые практики.

Задачи игры:

- *создать условия для социализации детей с ОВЗ и для успешного применения ими усвоенных знаний в нестандартных условиях соревновательного характера;*
- *развивать познавательный интерес детей к жизни животных;*
- *развивать когнитивные способности;*
- *способствовать формированию у детей навыка работы в команде сверстников;*
- *воспитывать в детях любовь к природе родного края.*

Структура и содержание игры. Познание родного края воспитывает в детях позитивное, патриотическое отношение к стране в целом и помогает развивать чувство ответственности за сохранение природы.

Приоритетная тема игры – краеведение. Тема – «Животные Пермского края», т.к. она в первую очередь близка детям: животные вызывают интерес, положительные эмоции, заставляют улыбаться и восхищаться; одновременно расширяется кругозор детей, формируется познавательная активность.

Символом игры стал медведь (он есть на гербе Пермского края), медведь стал и переходящим призом познавательной игры «Юные знатоки» для команды-победительницы, он находится в образовательной организации до следующей игры.

Игра состояла из трех ключевых этапов, каждый из которых преследовал конкретные цели и задачи.

Первый этап: Организация и подготовка

Предварительная работа с педагогами включала в себя:

- *онлайн-встречу с педагогами, сопровождающими команды;*
- *онлайн-встречу с членами жюри по ознакомлению с критериями оценивания заданий игры;*
- *репетицию мероприятия с ведущими игры по сценарию;*
- *подготовку оборудования, наглядного материала, мультимедиа.*

Организационный этап предусматривал подготовку участников к активной игровой деятельности. В организационный момент мы включили фильм о животных Пермского края, создающий должный эмоциональный настрой. Фильм заряжает позитивной энергией, актуализирует знания, снимает тревожность, располагает детей к игре. Такая предварительная стимуляция позволила повысить мотивацию и подготовить учащихся к восприятию нового материала.

Второй этап: Основная игровая программа

Основная часть игры включала пять конкурсов, разработанных таким образом, чтобы охватить разные направления коррекционной работы.

1. Узнать животное по описанию. Это задание направлено на развитие слухового восприятия, внимания и памяти. Ребёнок должен сопоставлять словесное описание животного с визуальным образом, развивая способность устанавливать ассоциативные связи.

2. Игра Memory («Память»). Классическое упражнение на развитие кратковременной памяти, которое дополнительно повышает внимательность и концентрацию. Необходимо было запомнить 6 животных, далее вспомнить животных и обвести их в кружочек.

3. Блиц-турнир. Ответы на устные вопросы о животных формируют основы научного познания, обогащают лексикон и активизируют процессы осмысления. Ребятам дошкольного возраста предлагались такие, на-

пример, вопросы: «Зачем животному хвост? Зачем животным рога? Зачем животным шерсть? Зачем животным лапы?» и т.д. А первоклассники объясняли смысл пословиц о животных.

Ограниченность словарного запаса у детей, обучающихся по 2 варианту АОП НОО, сказывалась и на трудностях их мыслительной деятельности, на логичности построения ими высказываний. Детям сложно выстраивать речевые конструкции, анализировать, устанавливать причинно-следственные связи, проявлять творчество. Но это не значит, что мы не должны предлагать такие задания! Наоборот, мы стимулируем детей к размышлению, формируем познавательный интерес.

4. Использование схемы (игра «Малыш потерялся»). Ориентация по карте развивает пространственное мышление и моторику рук, одновременно укрепляя представления о структуре пространства.

5. Лесные животные в мире сказок. Задача этого задания направлена на развитие зрительно-пространственного восприятия, произвольного внимания, мелкой моторики рук, концентрации внимания, умения выделять объекты среди визуального шума.

Каждое задание проводилось с учётом возрастных особенностей и специфики детей с ЗПР, обеспечивая дифференцированный подход к обучению.

Между заданиями проводились динамические ритмические паузы, игры на внимание. Дети с удовольствием танцевали, отдыхали.

Третий этап: Завершение и рефлексия.

Завершающая часть игры подразумевала подведение итогов, объявление победителей и поощрение всех участников. Дети получили положительные эмоции, продвинулись в широком круге навыков и знаний, пережили ситуацию успеха. Важным аспектом стало предоставление обратной связи родителям и специалистам, участвующим в сопровождении детей, что позволило зафиксировать достижения и определить дальнейшие шаги коррекционной работы.

Коррекционное воздействие игры. Опыт проведения игры «Юные знатоки» подтверждает её высокую эффективность в отношении решения ряда коррекционных задач:

- *развитие познавательной активности и мотивации к учёбе;*
- *улучшение социальных навыков, связанных с коммуникацией и взаимопониманием;*
- *повышение самооценки и уверенности в себе;*
- *расширение общего кругозора и углубление представлений о природном мире;*
- *формирование готовности к взаимодействию в группе сверстников.*

Кроме того, игра способствовала совершенствованию междисциплинарного взаимодействия педагогов, дефектологов, логопедов, психологов и родителей, объединяя усилия специалистов разного профиля в достижении общих целей коррекционной работы.

Практические рекомендации и перспективы. Представленный проект демонстрирует необходимость продолжения исследований в области разработки инновационных коррекционных практик, применимых к детям с ЗПР. Опыт игры «Юные знатоки» подчеркивает значимость комплексного подхода, интегрирующего методы традиционной психологии, дидактики и современные образовательные технологии.

Основные выводы исследования.

- *Использование игровых форматов значительно улучшает результаты коррекционной работы с детьми с ЗПР.*
- *Важно учитывать индивидуальные потребности каждого ребёнка, выбирая подходящие задания и упражнения.*
- *Совместная работа специалистов и родителей создаёт оптимальные условия для эффективной социализации и обучения.*

Наши дальнейшие планы включают разработку аналогичных игр по другим направлениям: растения Пермского края, времена года, профессии региона и т.д. Такие проекты будут служить опорой для постоянного мониторинга состояния детей и оценки эффективности используемых методик.

Игра «Юные знатоки» представляет собой эффективный инструмент коррекционной работы с детьми с ЗПР. Благодаря грамотно выстроенной структуре и продуманному содержанию она способствует повышению качества жизни детей, обеспечивает их полноценное включение в учебный процесс и формирует важные социальные компетенции. Данный проект наглядно иллюстрирует ценность междисциплинарного взаимодействия и открывает широкие перспективы для профессионального роста специалистов коррекционного профиля.

Таким образом, применение игр в работе с детьми с ЗПР обеспечивает оптимальное развитие важнейших компонентов когнитивной сферы и создает основу для успешной подготовки детей к школьному обучению с высокой академической успеваемостью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабкина Н.В. Интеллектуальное развитие младших школьников с задержкой психического развития. Пособие для школьного психолога /Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. Библиотека журнала, вып. 31 – М.: Школьная Пресса, 2006. – 80 с.

2. Вильшанская А.Д. Коррекционно-педагогическая работа с младшими школьниками с задержкой психического развития церебрально-органического генеза в общеобразовательной школе: дис. …

канд. психол. наук. – М., 2005. https://www.dissercat.com/content/korrektsionno-pedagogicheskaya-rabota-s-mladshimi-shkolnikami-s-zaderzhkoi-psikhicheskogo-ra?ysclid=mixh66yrw222232758/read/read/read/read/read/read

3. Гайнуллова Ф. С., Сергеева И.С. Игровые технологии в образовании дошкольников и младших школьников. – М.: КноРус, 2016. – 112 с.

4. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей: Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов. – 2-е изд., перераб. – М: Просвещение: Владос, 1995. – 112 с.

5. Ильина Г. М. Психолого-педагогические технологии работы с детьми, имеющими задержку психического развития: учеб.-метод. пособие. – СПб: ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2011. – 176 с.

6. Локтева Е.В. Формирование социально-коммуникативных навыков у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР: автореф. дисс. … канд. пед. наук. – Екатеринбург, 2007. https://www.dissercat.com/content/formirovanie-sotsialno-kommunikativnykh-navykov-u-detei-starshego-doshkolnogo-vozrasta-s-zad

7. Мамайчук И. И., Ильина М.Н., Миланич Ю.М. Помощь психолога детям с задержкой психического развития: учеб. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Эко-Вектор, 2017. – 512 с.

8. Соболева А.Е. Коррекция высших психических функций младших школьников с задержкой психического развития средствами игровой деятельности: дисс. канд. психол. наук. – Саратов, 2009. https://www.dissercat.com/content/korrektsiya-vysshikh-psikhicheskikh-funktsii-mladshikh-shkolnikov-s-zaderzhkoi-psikhicheskog?ysclid=mixgbstftf553201090/read/read/pdf

ФОРМИРОВАНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Белопольская Наталия Львовна,

доктор психологических наук, профессор, почетный профессор, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», Москва

Аннотация.

В статье рассмотрены проблемы формирования базовых идентификаций у детей и подростков. Приведены данные экспериментальных исследований и лонгитюдных наблюдений, которые указывают на различия в формировании идентификаций при нормативном и отклоняющемся психическом развитии. Сделан вывод о важности психологической коррекции неадекватных форм формирования идентификаций у детей и подростков.

Ключевые слова: *идентификация, дети, подростки, нарушения психического развития.*

IDENTIFICATION DEVELOPMENT IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN NORMAL AND PATHOLOGICAL CONDITIONS

Nataliya L. Belopolskaya,

Doctor of Psychology, Professor, Honorary Professor, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow

Abstract.

This article examines the development of basic identifications in children and adolescents. Data from experimental studies and longitudinal observations are presented, highlighting differences in identification formation in individuals with normal and abnormal mental development. It concludes that psychological correction of inappropriate forms of identification development in children and adolescents is essential.

Keywords: *identification, children, adolescents, mental development disorders*

Важной характеристикой самосознания является идентичность. При нормативном развитии индивидуума идентичность – это достаточно осознаваемый и эмоционально принимаемый образ себя, обеспечивающий личности возможность адекватного решения жизненных задач, которые возникают перед ней на определенных возрастных этапах.

Проведенные нами ранее исследования формирования базовых идентификаций у детей и подростков с нарушениями психического развития позволили выявить целый ряд особенностей, характерных как для интеллектуальных, так и для эмоционально-личностных проблем развития [1].

Нормативное формирование базовых идентификаций. В норме половая и возрастная идентификация формируются достаточно рано. Уже в полтора – два года дети правильно идентифицируют себя с соответствующим полом и возрастом как на картинке, так и в речи. Оценка возраста производится ими по критерию: большой – маленький. Дети

до года знают свое имя и откликаются на него. В полтора – два года они узнают себя в зеркале, называют по имени свое изображение.

Уже в старшем дошкольном возрасте у детей в норме имеется представление о жизненном пути человека и смене возрастных ролей. В школьном возрасте дети имеют представления о внутриутробном развитии плода, как начале развития индивида и о конечной стадии человеческой жизни – о смерти. Исследования этих процессов с помощью методики «Половозрастная идентификация» подтверждают вышесказанное. Дошкольники, особенно посещающие детские учреждения, знают свои полные имена и фамилии.

Формирование идентификаций у детей с нарушениями психического развития. Дети с нарушениями интеллектуального развития позже начинают идентифицировать себя с соответствующим полом и возрастом. Сроки формирования всех базовых идентификаций зависят от степени интеллектуального недоразвития. У детей с различными нарушениями психического развития и заболеваниями процесс формирования базовых идентификаций запаздывает или протекает атипично. В диагностическом отношении исследование базовых идентификаций у детей имеет важное значение, так как напрямую не зависит от обучения.

Идентификации в подростковом возрасте. Дети с любыми нарушениями развития вступают в подростковый период с набором дополнительных факторов, осложняющих процесс их взросления. В этом контексте характер формирования самосознания у подростков с нарушениями интеллекта или поведения приобретает принципиальное значение для решения задач их адаптации в современном обществе и касается таких важных аспектов этой проблемы, как обучение, воспитание и будущее трудоустройство.

Развитие идентичности проходит через «кризисы идентичности». Ребенок должен как бы «пересмотреть» свои детские идентификации и «примерить», принять взрослые идентификации [5].

Идентичность складывается из различных идентификаций. Предполагается, что в подростковом возрасте идентификации должны выйти на достаточно осознанный уровень. Особые психологические проблемы содержатся в формировании идентичности у подростков с ограниченными возможностями. Становление идентичности и отдельных идентификаций у подростков с ограниченными возможностями зачастую определяет их поведение, общение в семье и школе, переживания и вторичные нарушения нервной системы, социальную, учебную и трудовую адаптацию. Нарушения формирования идентификаций могут спровоцировать негативные изменения в эмоциональном состоянии и поведении подростков. Подросток осознанно или неосознанно переживает трудности своего детства, связанные с проблемами обучения

или поведения. Его общая самооценка подвергается серьезным испытаниям.

Исследование формирования именной, телесной и половозрастной идентификаций у подростков с проблемами психического развития показало, что особую тревогу вызывают случаи системного нарушения идентификаций, то есть случаи, когда нарушается процесс формирования двух и более идентификаций [2, 3].

В подростковом возрасте обостряются противоречия между поведением подростка и внешним миром, прежде всего, требованиями социального окружения. Но помимо этого, обостряются противоречия и во внутреннем мире подростка, в его представлениях о себе и понимании себя [4].

Особенности формирования телесной и именной идентификаций у подростков с нормативным и нарушенным психическим развитием. В процессе формирования отдельных идентификаций у нормативных подростков можно увидеть большие индивидуальные различия. На этот процесс влияет множество факторов. У подростков с проблемами психического развития чаще, чем у подростков с нормативным развитием, встречаются нарушения формирования отдельных идентификаций. Однако выявление системного нарушения идентификаций всегда свидетельствует о неблагополучном формировании самосознания.

Для нормативного подростка наиболее типичной является проблема принятия своего внешнего облика, что порой приводит к нарушению телесной идентификации.

Для подростков с нарушением поведения принятие своего внешнего облика является еще более сложной задачей. Подросткам свойственно неосознанное острое чувство неудовлетворения, раздражение, переходящее в агрессию. У них возникает спонтанное желание измениться, формируется потребность изменить свою внешность. Способы выражения недовольства своей внешностью и способы самоутверждения у нормативных и девиантных подростков оказались различными. Для нормативных подростков более характерными оказались переживания и обсуждения, а для девиантных – спонтанные высказывания и действия.

Подростки с *легкой интеллектуальной недостаточностью* обнаружили две основные тенденции. Первая из них выражалась в инфантильном отношении подростка к своей внешности, принятии и поддержании своего «детского» облика. Вторая – к повышенному интересу к собственной внешности, который сочетался с ранним половым созреванием и неадекватным поведением. При обсуждении этой темы было обнаружено больше неадекватных представлений о внешности современного подростка, чем переживаний, характерных для нормативного подросткового возраста.

Как показали наши исследования, нарушения именной идентификации, как правило, свидетельствуют о переживаниях подростков и связанных с ними неблагоприятных коммуникациях [3]. У подростков с нарушением поведения и подростков с сниженным интеллектом чаще, чем в норме, возникает недовольство своим именем, фамилией и прозвищем. Как правило, каждое нарушение именной идентификации свидетельствует хотя бы об одной нарушенной коммуникации. При этом нарушение именной идентификации не настолько связано с благозвучием имени, фамилии или прозвища, как у нормативных подростков. У девиантных подростков недовольство своим именем чаще связано с проблемами в семье, а недовольство фамилией – с проблемами общения со сверстниками. Подростки с интеллектуальной недостаточностью имеют большое количество негативных прозвищ.

Определение подростком своей возрастной категории. С помощью специально разработанной методики мы изучили особенности решения подростком задачи на определение своей возрастной категории. Основной особенностью методики является то, что задача, которая ставилась перед подростком, являлась *задачей с недостаточными условиями*. Перед подростком на чистом листе бумаги чертился горизонтальный отрезок (шкала), на котором дугами обозначались три возрастных категории: 1 – детство, 2 – взрослость, 3 – старость. При этом между дугами оставались заметные промежутки. Подростку предлагалось найти на шкале место, определяющее его возрастную принадлежность.

100% подростков контрольной группы (нормативное развитие) восприняли задачу на определение своей возрастной категории как задачу на поиск оптимального решения. Так как подростки не могли отнести себя ни к одной из предложенных возрастных категорий, то они располагали самооценку своей возрастной категории в промежутке между «детьми» и «взрослыми», таким образом, обеспечивая адекватное решение задачи. Комментарии подростков свидетельствовали о том, что они не считают правильным отнести себя ни к одной из обозначенных на шкале возрастных категорий. Большинство подростков сразу давали адекватное решение, делая на шкале отметки между категориями «детство» и «взрослость».

Подростки с легким интеллектуальным дефектом (с умственной отсталостью органического происхождения) показали неоднородные результаты в решении задачи на определение своей возрастной категории. В 71 % случаев они оказались способными правильно определить свою возрастную позицию между детством и взрослостью, не отличаясь от нормативной группы. Самооценка 29 % подростков с диагностированным легким интеллектуальным дефектом оказалась неадекватной, что имеет, на наш взгляд, дифференциально-диагностическое значение.

Подростки с выраженным интелектуальным дефектом не смогли адекватно определить свою возрастную категорию и относили себя либо к детям, либо к взрослым. Эти подростки произвольно относили себя к категории детей или взрослых, не видя других вариантов решения задачи. На уточняющие вопросы психолога: «Ты – ребенок?» или «Ты – взрослый?», отвечали либо «да», либо «нет».

Подростки с нарушением поведения в 75 % случаев обнаружили неадекватное решение задачи на определение своей возрастной категории. Эта часть подростков оценила себя как «взрослых». Таким образом, раннее появление чувства взрослости у подростков с нарушениями поведения мешает адекватному решению задачи на определение возрастной категории. Также важным наблюдением является то, что подростки с нарушением поведения оказались недовольными своей настоящей возрастной позицией.

Результаты лонгитюдного исследования. Нами было проведено лонгитюдное наблюдение за развитием детей с нарушениями интеллектуального развития и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, диагностированными в 6-8 лет. Для анализа были выбраны случаи, когда родители наблюдавшихся у нас детей обратились с новыми проблемами, возникшими или усилившимися в подростковом возрасте. Возраст подростков составлял 13 – 16 лет. Всего было проанализировано развитие 17 детей до подросткового периода.

К подростковому возрасту медицинские диагнозы большинства подростков оказались «утерянными». Все подростки обучались в обычных массовых школах и постоянно являлись слабоуспевающими учениками. Основной проблемой их подросткового периода стало неадекватное, плохо управляемое поведение как в школе, так и дома. Подростки прогуливали уроки, воровали деньги у своих родителей, отказывались от дополнительных занятий по школьным предметам, грубили, врали, убегали на улицу, мальчики дрались со сверстниками. Беседы с подростками и исследование их идентификаций обнаружили слабые представления подростков о своем будущем, нарушения возрастной самоидентификации и неадекватные выборы предпочтительных возрастных образов. Беседы с родителями показали, что основные усилия в семье все годы были направлены на интеллектуальное развитие ребенка, на дополнительные занятия по основным школьным предметам, часто с репетиторами. Подростки с невысоким интеллектом и с диагнозом СДВГ в анамнезе часто выбирали в качестве негативного образа образ своего настоящего, а в качестве предпочтительного – образ взрослого. Для подавляющего большинства оказалось характерным не задумываться о своем даже ближайшем будущем, подростки планировали только отдых и развлечения. Чувство несостоятельности в школе формировало

потребность в получении положительных эмоций другим способом. Отсутствие реальных представлений о собственном будущем вступало в противоречие с естественным желанием роста и развития, со стремлением стать взрослым. «Взрослость» понималась подростками как освобождение от необходимости учиться в школе, как возможность делать то, что хочется.

Рассуждения о будущем у этих подростков были неадекватны. Мальчики фантазировали о том, как станут «крутыми», купят «крутую тачку», организуют свой бизнес. Девочки сообщали о желании стать моделями, актрисами, бизнес-леди.

Заключение. Изучение процесса формирования базовых идентификаций у детей и подростков с нарушениями психического развития имеет важное значение и для понимания особенностей становления их личности, и для создания адекватных коррекционных программ, и для работы с их семьями.

Подростки с легкой степенью интеллектуального дефекта, которые способны адекватно оценить свою возрастную категорию, представляются перспективными для адекватного вхождения в общество. Подросток с проблемным развитием, но способный к адекватной самоидентификации, имеющий представление о смене своих возрастных ролей на протяжении жизненного пути и имеющий адекватный предпочтительный образ, направленный в будущее, представляет собой перспективную личность, способную найти свое место в жизни.

Безусловно, особую проблему представляют подростки с нарушением поведения, излишне рано начинающие относить себя к категории взрослых людей. Для их социальной адаптации представляется целесообразным также проводить коррекционную работу по формированию адекватной возрастной идентификации и адекватному отношению к людям разных возрастных категорий.

Проведенное лонгитюдное исследование показало, что дети с интеллектуальной недостаточностью и синдромом дефицита внимания трудно входят в подростковый период. Изменение системы оценивания подростка в семье и позитивное планирование его будущего могут дать положительные изменения в его поведении. Психологическая коррекция поведения должна опираться на формирование адекватных базовых идентификаций подростка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белопольская Н.Л., Иванова С.Р., Свистунова Е.В., Шафирова Е.М. Самосознание проблемных подростков. М.: Изд-во ИП РАН, 2007.

2. Белопольская Н.Л. Когнитивные и аффективные детерминанты решения задач на возрастную идентификацию // Познание и общение. М: Изд-во ИП РАН, 2009. – С.159-169.

3. Белопольская Н.Л., Бочарова Е.Е. Экспериментальное исследование возрастной идентификации у подростков в ситуации жизненного кризиса // Специальная психология. 2010 –№3.

4. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М: Мир, 1994.

5. Erikson E.N. Identity and the Life Circle. N.Y.: IUP, 1959.

ЦЕЛОСТНАЯ МОДЕЛЬ СОПРОВОЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЛЮДЕЙ С ОВЗ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ РЕАЛИЗАЦИИ

Битова Анна Львовна,

Председатель правления, Региональная благотворительная общественная организация «Центр лечебной педагогики», Москва

Сиснева Мария Евгеньевна,

Клинический психолог, Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования «Экспертно-методический центр в сфере поддержки лиц с нарушениями развития и их семей «Особое детство», Москва

Аннотация.

Статья посвящена разработке и описанию целостной модели сопровождения людей с ограниченными возможностями здоровья на всех этапах жизненного цикла. Обосновывается переход от тиражирования «лучших практик» к трансляции смыслообразующих подходов, базирующихся на культурно-исторической теории Л. С. Выготского и принципе нормализации жизни К. Грюневальда. Рассматриваются принципы бесшовности, мультидисциплинарности и инклюзии как фундаментальные условия обеспечения качества жизни и развития субъектности людей с инвалидностью.

Ключевые слова: *сопровождение, зона ближайшего развития, нормализация, инклюзия, культурно-историческая психология, мультидисциплинарный подход*

A HOLISTIC MODEL OF SUPPORTING DEVELOPMENT OF INDIVIDUALS WITH LIMITED HEALTH CAPACITIES: CONCEPTUAL FOUNDATION AND IMPLEMENTATION PRINCIPLES

Anna L. Bitova,
chairwoman of the board, Regional non-profit social organization "Center for Curative Pedagogics", Moscow
Maria E. Sisneva,
clinical psychologist, Autonomous non-profit organization for supplementary professional education "Expert-methodical center in the field of support for persons with special needs and their families "Osoboe detstvo» ("Special childhood"), Moscow

Abstract.
The article presents a holistic model of support for individuals with limited health capacities (LHC) throughout all stages of the life cycle. It substantiates the transition from the replication of service sets to the transmission of meaning-making practices based on Lev Vygotsky's cultural-historical theory and Karl Grunewald's principle of normalization. The principles of seamlessness, multidisciplinary approach, and inclusion are examined as fundamental conditions for ensuring the quality of life and the development of agency in people with disabilities.
Keywords: *support, proximal development area, normalization, inclusion, cultural-historical psychology, multidisciplinary approach*

Проблема интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в социум и общественные процессы является одним из приоритетных вызовов в современной России. По официальным данным, в стране проживает около 11 млн человек с инвалидностью (7,5 % населения) [10]. В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» закреплено понятие обучающегося с ОВЗ: это «физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий» [13]. По мнению экспертов, более широкое понятие «человек с ОВЗ» соответствует определению, введенному международной Конвенцией о правах инвалидов: «лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [7]. Экспертные оценки позволяют предположить, что фактическая потребность в поддержке людей с ОВЗ в 2–2,5 раза превышает показатели официальной статистики инвалидности [6; 10; 11].

В последние десятилетия отечественная система помощи совершила парадигмальный переход от медицинской модели инвалидности к биопсихосоциальной. В этом контексте вопросы социализации и самореализации граждан с ОВЗ становятся столь же значимыми, как и медицинская реабилитация. Несмотря на появление ряда успешных региональных практик [8; 12], сохраняется проблема методологической неопределенности и фрагментарности оказываемой помощи. Тиражирование «лучших практик» (best practices) часто оказывается малоэффективным из-за огромного спектра запросов, определяемых спецификой нарушений развития и здоровья, социальной ситуацией, возрастом и другими характеристиками получателей помощи, а также из-за различий в социокультурной среде и ресурсах регионов. РБОО «Центр лечебной педагогики» предлагает альтернативу «механическому» тиражированию практик: целостную смыслообразующую модель сопровождения развития людей с ОВЗ, основанную на смыслообразующих принципах трансляции методологии и развития субъектности.

Теоретический фундамент модели составляют две ключевые концепции, определяющие взгляд на развитие человека с ОВЗ:

1. Культурно-историческая теория Л. С. Выготского. Согласно его идеям, развитие человека, имеющего физические или психические нарушения, подчиняется тем же закономерностям, что и нормальное развитие [5], однако использует «обходные пути» развития, опирающиеся на сохранные функции организма для компенсации дефицитов. Ключевым механизмом сопровождения здесь выступает зона ближайшего развития (ЗБР) – область задач, которые человек еще не может решить самостоятельно, но уже способен реализовать в сотрудничестве с другим [3; 4].

2. Принцип нормализации К. Грюневальда. Данная концепция утверждает право человека с ОВЗ на жизнь в условиях, максимально приближенных к общепринятым стандартам сообщества [9]. Инвалидность рассматривается как «затрудненное условие» развития, которое должно преодолеваться путем снятия барьеров: физических, информационных и ассистивных [15].

Центральными категориями модели выступают «развитие» и «сопровождение». Развитие рассматривается как непрерывный процесс качественных изменений личности на любом этапе жизненного цикла. Сопровождение определяется как процесс оказания помощи, при котором сохраняется субъектность ее получателя: человек действует самостоятельно, а помощник сопровождает его деятельность, не подменяя её своей. Правовые рамки процесса социального сопровождения регулируются ФЗ №442 «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [14].

Целостная модель представляет собой не вариативные наборы услуг, а динамическую систему разработки и реализации практик. В ее структуру включены следующие элементы:

1. Проблема, которую ставит перед собой организация или регион в области сопровождения развития людей с ОВЗ.
2. Ее текущий статус, анализ и описание данных (масштаб проблемы, внесенные предложения и предпринятые шаги для ее решения, главные препятствия, связанные риски и др.).
3. Ресурсы региона, включая уже развитые региональные практики.
4. ЗБР практик в регионе.
5. Помощь, необходимая региону для решения проблемы: разработки, апробации и продвижения новой практики.
6. Разработка задач и планирование шагов по развитию новой практики.
7. Их реализация с опорой на ресурсы региона и методологическое сопровождение в ЗБР, включающее обучение сотрудников и апробацию новых подходов. Такое сопровождение осуществляется, например, специалистами проекта «Научно-методический центр» на базе РБОО «Центр лечебной педагогики».
8. Экспертное принятие практики.
9. Определение потенциала: ЗБР новых практик в регионе.

Та же модель, но в меньшем масштабе, может быть использована в деятельности конкретной организации или сотрудника. Важной составляющей является роль специалистов методического сопровождения как фасилитаторов, которые не тиражируют готовые алгоритмы, а создают условия для раскрытия потенциала команды региона или организации. Сотрудники, присоединившиеся к работе в рамках модели, сопровождают процесс развития людей с ОВЗ. Значимую роль в этом процессе играет обучение людей с ОВЗ необходимым навыкам и компетенциям. Обучение ведет за собой развитие [2], что способствует нормализации жизни человека с ОВЗ, компенсации имеющихся нарушений.

Для обеспечения целостности сопровождения модель базируется на четырех фундаментальных принципах:

1. Бесшовность, которая предполагает отсутствие «разрывов» при переходе человека с ОВЗ между возрастными этапами и сопровождающими его организациями: например, переход из системы ранней помощи в систему образования (дошкольное, школьное, профессиональное) и продуктивную деятельность. Весь жизненный путь должен быть спроектирован как единый маршрут.

2. Мультидисциплинарность, требующая участия медицинских работников, педагогов, психологов, специалистов по социальной реабилитации, юристов. В зависимости от фазы развития на первый план выходят

задачи, решаемые разными специалистами, и при этом сохраняется координация и целостный взгляд на личность.

3. Инклюзия: отказ от сегрегации и включение человека с ОВЗ в обычную среду жизнедеятельности. Инклюзия понимается как двусторонний процесс, преобразующий как жизнь человека, так и само общество.

4. Подтверждение эффективности: практики должны иметь доказательную базу и проходить регулярную оценку.

Модель охватывает весь жизненный цикл человека с ОВЗ, в том числе с инвалидностью. Для структурирования задач используется возрастная периодизация Л.С. Выготского для лиц до 18 лет [1] и периодизация ВОЗ для взрослых [17]. Целевые группы, на которые ориентирована деятельность в рамках модели – это дети и взрослые с ОВЗ и вытекающими из них ограничениями в основных сферах жизнедеятельности, в том числе связанные с нарушениями нейропсихического развития, другими психическими и поведенческими расстройствами, двигательными нарушениями, сенсорными дефицитами, тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), проблемами соматического здоровья и др.

Сопровождение может быть реализовано в 8 ключевых сферах жизни человека:

1. медицинское обслуживание (включая соматическое и психическое здоровье);
2. образование и обучение;
3. трудовая и полезная занятость (трудоустройство, сопровождаемая трудовая деятельность, социальная занятость);
4. жизнеустройство (в том числе сопровождаемое проживание);
5. семейные и другие межличностные отношения;
6. досуг и интеграция в сообщество;
7. правовая защита и просвещение;
8. поддержка семей граждан с ОВЗ.

Целостная модель противостоит попыткам чрезмерной алгоритмизации помогающих практик. С опорой на идеи модели «Кеневин» [16] авторы классифицируют практики сопровождения как «развивающиеся» (emerging) и «хорошие» (good), что исключает возможность их автоматического копирования. Целостная модель предполагает не тиражирование, а трансляцию: передачу методологических смыслов через обучение и поддержку авторской позиции специалистов в организациях и регионах. Такой подход позволяет создавать гибкие системы сопровождения, учитывающие индивидуальные особенности получателей помощи, этап жизненного цикла и социокультурный контекст, что в конечном итоге обеспечивает реализацию права человека с ОВЗ на полноценное развитие и включенность в жизнь общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Выготский Л. С. Проблема возраста. Собр. соч. в 6-ти т. Т.4. – М: Педагогика, 1984. – 432 с.

2. Выготский Л.С. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте // Теории учения. Хрестоматия. Часть 1. Отечественные теории учения. / Под ред. Н.Ф. Талызиной, И. А. Володарской. – М: Редакционно-издательский центр «Помощь», 1996.

3. Выготский Л. С. Вопросы детской (возрастной) психологии. Собр. соч. в 6 т. / Под ред. М. Г. Ярошевского. Том 4. М, 1982–1984.

4. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М: АСТ, 2021.

5. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – М: Издательство Юрайт, 2023.

6. Дети с особыми образовательными потребностями // Минпросвещения России. URL: https://edu.gov.ru/activity/main_activities/limited_health/

7. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/206 Генеральной Ассамблеи ООН 13.01.2006). URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

8. Львова-Белова объявила о начале программы «Сопровождение через всю жизнь» // Российская газета, 09.01.2023. URL: https://rg.ru/2023/01/09/lvova-belova-obiavila-onachale-programmy-soprovozhdenie-cherez-vsiu-zhizn.html

9. Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями. Теоретические основы и практический опыт / под ред. К. Грюневальда. – СПб: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2003. – 144 с.

10. Официальная статистика / Население/ Положение инвалидов (данные Федеральной службы государственной статистики (Росстата). URL: https://rosstat.gov.ru/folder/13964

11. Приказ Росстата от 22.11.2019 N 695 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации Министерством просвещения Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по основным программам профессионального обучения». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_339117/

12. Региональный социальный стандарт / Агентство стратегических инициатив. URL: https://asi.ru/social/social_standart/

13. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (последняя редакция). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/

14. Федеральный закон от 28.12.2014 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (последняя редакция). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/

15. Ясницкий А. «Когда б вы знали, из какого сора…»: к определению состава и хронологии создания основных работ Выготского // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна», 2012, № 4, с. 1-52.

16. Kurtz C.F., Snowden D.J. The new dynamics of strategy: Sense-making in a complex and complicated world // IBM Systems Journal, 2003, 42 (3), pp. 462–483.

17. World Health Organization. World Report on Aging and Health. 29.09.2015. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042

ПРОБЛЕМА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ И ЕГО НАРУШЕНИЯМ В КОНТЕКСТЕ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ

Богачева Оксана Ивановна,

кандидат психологических наук, научный сотрудник, Институт детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Платонова Наталия Владимировна,

кандидат медицинских наук, научный сотрудник, Институт детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Иванов Михаил Владимирович,

кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, Институт детской психиатрии, Федераль-

ное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Аннотация.

Комплексная клинико-психолого-педагогическая помощь детям с нарушениями развития представляет собой многогранный процесс, затрагивающий семью ребенка в целом. Родительско-детские отношения оказывают значительное влияние на психическое развитие ребенка, его социализацию, личностное становление, а также они могут выступать фактором формирования у ребенка как саногенного (оздоравливающего), так и патогенного мышления. Отсутствие достоверных знаний у родителей и других членов семьи о заболевании ребенка и о возможностях помощи может отдалять время своевременной диагностики заболевания, назначения адресной помощи и, как следствие, снижает эффективность последующих лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *родительское отношение, нарушения развития, отношение к болезни.*

THE PROBLEM OF PARENTAL ATTITUDE TOWARDS A CHILD AND HIS DISORDERS IN CONTEXT OF COMPREHENSIVE CARE

Oksana I. Bogacheva,

PhD, researcher, Institute of child psychiatry, Federal state budgetary scientific institution "Mental Health Research Centre", Moscow

Natalia V. Platonova,

Candidate of medical sciences, researcher, Institute of child psychiatry, Federal state budgetary scientific institution "Mental Health Research Centre", Moscow

Mikhail V. Ivanov,

PhD, Associate professor, Leading researcher, Institute of child psychiatry, Federal state budgetary scientific institution "Mental Health Research Centre", Moscow

Abstract.

Comprehensive medical, psychological, and pedagogical care for children with developmental disabilities is a multifaceted process that affects the child's entire family. Parent-child relationships significantly influence a child's mental development, socialization, and personal growth, and can also contribute to the development of both sanogenic (health-promoting) and pathogenic thinking. A lack of reliable knowledge among parents and other family members about the child's illness and the available support can delay timely diagnosis and targeted intervention, thereby reducing the effectiveness of subsequent treatment and rehabilitation measures.

Key words: *parental attitude, developmental disorders, attitude towards illness*

Отношение к ребенку и его болезни у родителей и других родственников является актуальной проблемой при оказании комплексной клинико-психолого-педагогической помощи.

В современных исследованиях понятийная категория «отношение к болезни» рассматривает с позиций концепции В.Н. Мясищева, которым выделялась трехкомпонентная структура отношения, состоящая из: 1) когнитивного компонента, включающего знание об особенностях ребенка, его болезни; также сюда входят размышления родителей о причинах заболевания, возможных последствиях; 2) эмоционального компонента, включающего переживание родителями сложившейся ситуации, спектр чувств по отношению к ребенку и его болезни; 3) поведенческого компонента (стиль воспитания, характер взаимодействия с ребенком). Стоит отметить, что источник особенностей переживания и отношения лежит в самом человеке, определяется субъективно [4, 12, 15].

В нашей стране проблемой родительского отношения к болезни ребенка занимались В.Е. Каган и И.П. Журавлева, которые эмпирически выделили шесть типов отношения родителей к болезни ребенка, среди которых: экстернальный и интернальный, нозогнозический и анозогнозический, тревожный, а также ограничивающий активность ребенка [8]. Т.И. Гокина отмечает, что отношение к болезни как новое отношение, выстраивающееся в личности больного, провоцирует внутриличностные изменения, в связи с этим обсуждаемый феномен нельзя недооценивать. Особенно важно изучать отношение к заболеванию у ребенка, т.к. ситуация болезни может нанести непоправимый вред развивающейся личности [5].

В своей работе И.С. Быкова, И.В. Краснощекова, И.С. Якиманская описывают типы отношения родителей к болезни у ребенка с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья) на основе классификации А.Е. Личко и Н.Я. Иванова:

1. гармоничный (реалистичный, взвешенный). Он предполагает принятие сложности состояния без склонности как ее преувеличивать, так и недооценивать тяжесть заболевания. Родители с таким типом отношения стремятся во всем активно содействовать успеху лечения;

2. эргопатический (стенический). В данном случае родители стараются не замечать болезни ребенка, пытаются реализовать свои интересы, в том числе добиться успехов в карьере или другой социальной деятельности, помимо создания развивающей социальной среды для особенного ребенка;

3. анозогнозический (эйфорический). При таком типе родители отрицают саму возможность нарушений у ребенка, не думают о возможных изменениях собственного привычного стиля жизни;

4. тревожный (тревожно-депрессивный). Такие родители находятся в состоянии тревоги по поводу ребенка с ОВЗ, боятся осложнений, опасаются, что врачи что-то не учтут, упустят;

5. ипохондрический. Родителям с таким типом свойственна сильная сосредоточенность на том, что переживает, чувствует, ощущает ребенок, все эти эмоции они переживают весьма болезненно и реагируют разрушающими собственную психику состояниями;

6. неврастенический. В данном случае родители демонстрируют поведение по типу «раздражительной слабости», когда особенности, свойственные ребенку с ОВЗ, вызывают злость и раздражение, мешающие построить адекватную модель воспитания в семье;

7. меланхолический (витально-тоскливый). Родители демонстрируют и переживают «сверхудрученность» тем, что их ребенок болен, мало надеются, что ребенок выздоровеет, что, вероятно, ребенок адаптируется к особенным условиям;

8. апатический. Родители испытывают полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни ребенка, к результатам лечения;

9. сенситивный. Родители переживают сильную травматизацию, переживают о том, что скажут окружающие, что будут думать близкие и социум в связи с болезнью ребенка;

10. эгоцентрический (истероидный). Родители демонстрируют мнимое «принятие» болезни и ищут вторичные выгоды в связи с болезнью ребенка;

11. паранойяльный. Родители уверены в том, что болезнь ребенка связана с внешним влиянием, возможно, кто-то специально нанес вред, «сглазил». Такие родители часто ищут злой умысел у окружающих, что зачастую осложняет оказание ребенку необходимой лечебной и коррекционной помощи и поддержки самим родителям;

12. дисфорический (агрессивный). У родителей ребенка с ОВЗ преобладает озлобленное настроение, постоянный тревожный и раздраженный вид, что создает сложные условия для обучения, воспитания, развития ребенка с ОВЗ [3].

А.Н. Голик, в свою очередь, выделил три вида неадекватного отношения родителей к психическому заболеванию у ребенка: диссимуляция,

аггравация психических нарушений у ребенка и недооценка тяжести его расстройства [6].

Отечественная система ранней помощи детям с нарушениями нервно-психического развития в области как образования, так и здравоохранения, претерпевает значительные изменения. Обсуждается ограниченность дето-центрированного подхода, на смену которому приходит семейно-центрированный подход, способствующий оказанию более эффективной помощи детям и их родителям [16].

Семейно-ориентированный подход при организации комплексной психиатрической и клинико-психологической помощи несовершеннолетним пациентам в настоящее время является основным, и именно родителям ребенка отводится одна из ведущих ролей в стабилизации течения психического заболевания, гармонизации психического развития, при построении психопрофилактической работы в том числе.

Профессором В.В. Ковалевым было отмечено, что «возрастная незрелость психики и симбиотический характер отношений ребенка с его родителями (прежде всего с матерью) требуют от врача установления доверительного контакта с ними для того, чтобы, во-первых, определить личностные особенности родителей, их отношение к ребенку, воспитательные установки, во-вторых, использовать помощь родителей, и в-третьих, привлечь родителей к установлению контакта между врачом и ребенком для оказания через посредство родителей психотерапевтического и психокоррекционного воздействия на больного ребенка» [9, с. 3].

В процессе общения с родителями зачастую обнаруживается их недостаточная осведомленность об особенностях заболевания ребенка, в связи с этим они могут не осознавать болезненный характер изменений в поведении ребенка, имеют неправильные представления о природе возникновения нарушений в поведении, проблем в коммуникативной и других сферах. При этом родители пытаются найти рациональное объяснение и не осознают необходимость обращения к специалистам, что в свою очередь отдаляет сроки своевременной диагностики заболевания, назначения адресной помощи и, как следствие, снижает эффективность последующих лечебно-реабилитационных мероприятий [7, 13].

Семья является важнейшим ресурсом лечебно-реабилитационного процесса для детей с нарушениями развития, качество которого может быть повышено за счет гармонизации семейного функционирования [10, 14, 18, 19]. Родительско-детские отношения оказывают значительное влияние на психическое развитие ребенка, его социализацию, личностное становление [17], а также могут выступать фактором формирования у ребенка как саногенного (оздоравливающего), так и патогенного мышления [1].

И.Ю. Левченко и В.В. Ткачева говорят о том, что фактором, который имеет наибольшее значение и в большей степени влияет на родительское отношение к детям с нарушениями развития, является эмоциональное принятие либо отвержение ребенка родителями. В том случае, если родители принимают ребенка, его дефект заставляет их как приспосабливаться к особенностям ребенка, так и адаптировать его к окружающей жизни и к своим требованиям. Отсюда преобладание гиперопеки как формы ухода за неприспособленным к жизни ребенком. В тех случаях, когда у родителей возникает желание помочь, чаще формируется гиперопека, а там, где возникает страх или неприятие болезни ребенка, возникает отчуждение (гипоопека) [11].

Таким образом, семья, воспитывающая ребенка с нарушением развития, все чаще становится объектом современных исследований. Рождение ребенка с нарушениями развития, вне зависимости от диагноза, вызывает стресс у родителей, влияет на их личностные особенности и нарушает функционирование семьи в целом. Для семей, воспитывающих детей с нарушениями психического развития, присущ противоречивый стиль воспитания и отношения к ребенку. В качестве преобладающего стиля воспитания исследователи часто отмечают гиперопеку. С другой стороны, если ребенок не оправдывает ожиданий родителей, то у родителей выявляется склонность к отрицательной оценке ребенка, отвергающему отношению к нему в семье. В то же время отвержение ребенка не является преобладающим типом, о чем свидетельствуют данные многих исследований. Изучение особенностей отношения к болезни и родительского отношения к ребенку с нарушением развития может позволить на практике обеспечить комплексный подход к лечебно-реабилитационному процессу и сопровождению семей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Башанаева Г.Г. Изучение семьи как фактора формирования у детей основ саногенного мышления в работах зарубежных психологов // Психология и психотехника. – 2013. – Т. 58, № 7. – С. 685-690.

2. Богачева О.И. Родительское отношение к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра в процессе прохождения психообразовательной программы: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2024. 153 с.

3. Быкова И.С., Краснощекова И.В., Якиманская И.С. Отношение к болезни у родителей детей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья): постановка проблемы // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019. – №1. Режим доступа https://mir-nauki.com/PDF/50PSMN119.pdf.

4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. – СПб: НИПНИ им. Бехтерева, 2005. – 33 с

5. Гокина Т.И. Взаимосвязь отношения матери к болезни ребенка и его отношения к собственному заболеванию // Символ науки. – 2018. – №12. – С. 97-101.

6. Грошева Е.В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи): автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2009. – 24 с.

7. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. и др. Клинико-психологические подходы к профилактике психических расстройств раннего детского возраста // Психиатрия. – 2015. – № 3 (67). – С. 22-27.

8. Каган В.Е., Журавлева И.П. Методика диагностики отношения к болезни ребенка // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие. Под ред. Д.Н. Исаев, В.Е. Каган – СПб, 1991. – С.30-34

9. Ковалев В.В. Вопросы деонтологии детского и подросткового возраста. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1988. – № 88 (8) – С. 3-7.

10. Красильникова Е.Д. Психологическое образование в структуре психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с нарушениями психического развития // Ананьевские чтения-2011. Современная психология: методология, парадигмы, теории. Материалы научно-практической конференции. – СПб: Издательство СПбГУ, 2011.

11. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие. – М: Просвещение, 2008. – 239 с.

12. Личко А.Е. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии – Л., 1977. – № 12. – С. 1833-1838.

13. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом – СПб: Речь, 2007. – 288 с.

14. Мишина Г.А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с

нарушениями психофизического развития // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 34-39.

15. Мясищев В.Н. Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева. – М: Институт практической психологии, 1995.

16. Разенкова Ю.А. Об идеологических противоречиях в отечественной практике ранней помощи // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2017. – № 4. – С. 3-8.

17. Римашевская Н.В., Кремнева Л.Ф. Проспективное исследование материнского поведения и его влияния на психическое развитие детей раннего возраста // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 3. – С. 7-14.

18. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Метод. пособие / Э.Г. Эйдемиллер / Под ред. Л.И. Вассермана. – М.: Фолиум; СПб.: С.-Петерб. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1996. – 63с.

19. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи – СПб: Питер, 1999. – 656 с.

СПЕЦИФИКА ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ В ШКОЛУ

Велиева Светлана Витальевна,

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры дошкольной педагогики и психологии образования, Чувашский государственный педагогический университет имени И.Я. Яковлева, Чебоксары

Аннотация:

В статье представлены результаты эмпирического исследования специфики психических состояний у младших школьников с задержкой психического развития (ЗПР) в период школьной адаптации. В рамках клинико-психологического подхода К.С. Лебединской выявлены атипичные паттерны: диссоциация между объективными и субъективными компонентами состояния, лабильность и истощаемость. Установлена обратная зависимость интенсивности негативного аффекта от уровня его осознания. Результаты обосновывают необходимость учета типологии ЗПР и индивидуального профиля состояний при проектировании программ психолого-педагогического сопровождения.

Ключевые слова: *задержка психического развития, психические состояния, младший школьный возраст.*

SPECIFICITY OF MENTAL STATES IN PRIMARY SCHOOL AGE CHILDREN WITH MENTAL DEVELOPMENT DELAY AT THE MOMENT OF SCHOOLADMISSION

Svetlana V. Valieva,

PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Preschool Pedagogy and Educational Psychology, Chuvash State Pedagogical University named after I.Ya. Yakovlev, Cheboksary

Abstract:

The article presents the results of an empirical study on the specificity of mental states in primary school children with mental development delay (MDD) during the period of school adaptation. Within the framework of the clinical and psychological approach of K.S. Lebedinskaya, atypical patterns were identified: dissociation between the objective and subjective components of the state, lability and exhaustibility. An inverse relationship between the intensity of negative affect and the level of its awareness was established. The results substantiate the need to consider MDD typology and individual state profiles when designing psychological and pedagogical support programs.

Keywords: *mental development delay, mental states, primary school age.*

Переход от дошкольного детства к систематическому школьному обучению представляет собой критический период онтогенеза, предъявляющий высокие требования ко всем компонентам психической организации ребенка. Для детей с ЗПР этот этап сопряжен с особыми рисками дезадаптации, поскольку их личностная и познавательная готовность к школе, как отмечает О.А. Альшаева [1], часто оказывается несформированной вследствие недостаточного развития высших психических функций и эмоционально-волевой сферы. В контексте современной социальной модели понимания нарушений развития, акцентирующей возможность успешной интеграции при адекватной поддержке, исследование факторов, определяющих успешность адаптации, приобретает первостепенное значение. Одним из таких интегративных факторов выступают актуальные психические состояния, которые, являясь фоновой характеристикой деятельности, опосредуют эффективность познавательных процессов, поведенческие реакции и общее психологическое благополучие субъ-

екта. Так, Е. С. Прохоренко и др. [3] рассматривают психический тонус в качестве базового фактора, формирующего поведенческие паттерны у детей с нарушениями развития. Однако, несмотря на значительный объем исследований познавательной сферы детей с ЗПР, проблема их психических состояний, особенно в переломный момент начала школьного обучения, остается недостаточно изученной.

Принципиальную методологическую основу для углубленного анализа данной проблемы заложила выдающийся детский психиатр и дефектолог К. С. Лебединская [2]. Разработанный ею этиопатогенетический подход остается фундаментальным для понимания полиморфной структуры ЗПР и разграничения ее типов. Современные исследования, такие как работа A. N. Alekhin и M. A. Protoporova [5], продолжают развивать идеи клинико-психологической типологии нарушений развития, подтверждая гетерогенность этой категории. К. С. Лебединская развивала идеи о необходимости системного изучения нарушений психического онтогенеза [2], доказав, что ЗПР не является однородным статическим образованием, а представляет собой полиморфную группу состояний, обусловленных различным взаимодействием конституциональных, соматогенных, психогенных и церебрально-органических факторов. Выделенные ею типы ЗПР (конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического генеза) принципиально различаются по своей клинико-психологической структуре, что предполагает и различный характер динамики психических состояний у детей, относящихся к разным типологическим группам. Особое внимание в работах К. С. Лебединской уделялось эмоционально-волевой сфере, нарушения которой она рассматривала как стержневое звено в структуре многих форм дизонтогенеза, включая ЗПР и ранний детский аутизм. Именно эмоциональная незрелость, проявляющаяся в инфантилизме, лабильности, слабости произвольной регуляции, часто выступает на первый план, определяя специфику поведения и адаптационные возможности ребенка. Данное положение находит подтверждение в исследованиях Л. Ф. Фатиховой, К. Я. Мардановой [5], указывающих, что недостаточность эмоционально-волевой сферы является ключевым фактором учебной неуспеваемости младших школьников с ЗПР, а Л. Ф. Тихомирова и Т. В. Макеева [4] выявляют высокий уровень тревожности у данной категории детей в условиях инклюзивного обучения. Таким образом, обращение к научному наследию К. С. Лебединской [2] в совокупности с данными актуальных исследований [1, 4, 5, 6] позволяет перейти от констатации общих трудностей детей с ЗПР к дифференцированному анализу внутренней картины их переживаний в ситуации социально-психологического кризиса, каковым является поступление в школу.

Целью настоящего исследования являлось выявление специфических особенностей психических состояний детей с ЗПР на момент начала си-

стематического школьного обучения. Эмпирическая база была сформирована на основе специальных (коррекционных) и общеобразовательных школ г. Чебоксары. Общая выборка составила 92 младших школьника, из которых 60 детей имели клинически установленный диагноз ЗПР (экспериментальная группа), а 32 нормотипичных ребенка не демонстрировали академических трудностей (контрольная группа). Основным диагностическим инструментом, позволившим осуществить невербальную оценку широкого спектра параметров, выступила проективная методика «Паровозик» (С.В. Велиева), которая обеспечила оценку модальности и степени выраженности психического состояния (позитивное / негативное), коэффициента вегетативного тонуса (КВТ) и напряженности (КН), характера проявления вегетативной нервной системы (трофотропное / эрготропное реагирование), а также степени выраженности эмоциональной и волевой составляющих в структуре актуального состояния (по К. Шипош).

Анализ полученных данных подтвердил гипотезу о качественном своеобразии психических состояний у детей с ЗПР по сравнению с нормотипичными сверстниками, проявляющемся в диссоциации между объективными вегетативными коррелятами состояний и их субъективным восприятием, а также в специфической динамике и структурных соотношениях эмоционального и волевого компонентов. В контексте классификации К.С. Лебединской выявленные особенности в наибольшей степени коррелируют с чертами, присущими ЗПР церебрально-органического и конституционального (гармонический инфантилизм) генеза, для которых характерны, соответственно, инертность психических процессов, эмоциональная лабильность, истощаемость или эмоционально-волевая незрелость и наивность. Установлено, что для большинства детей с ЗПР, в отличие от нормотипичных сверстников, свойственны позитивные и негативные психические состояния низкой степени выраженности. Этот феномен может интерпретироваться как проявление сниженной дифференцированности и недостаточной рефлексивности эмоциональной сферы, что соответствует выполненному К.С. Лебединской описанию эмоциональной незрелости как ключевого компонента структуры дефекта при многих типах ЗПР. Одним из наиболее значимых результатов стало обнаружение диссоциации между объективными и субъективными компонентами состояния. Почти у половины (47,6 %) детей с ЗПР, у которых в целом регистрировалось преобладание позитивных состояний, были зафиксированы состояния аффективного торможения (28,6 %) или возбуждения (23,8 %). Эти состояния, являющиеся с клинико-психологической точки зрения проявлением дезадаптации и дисфункции, субъективно воспринимались детьми как оптимальные и комфортные. Данный факт свидетельствует о серьезных нарушениях в системе осознавания и оценки собственных переживаний, что резко снижает способность ребенка к адекватной само-

регуляции в стрессогенной ситуации школьного старта. Этот феномен созвучен идеям Лебединской о нарушении внутренней картины болезни (а в широком смысле – внутренней картины собственного состояния) при аномалиях развития, что требует специальной психокоррекционной работы, направленной не только на внешнее поведение, но и на смысловую переработку опыта.

Вегетативный профиль реагирования у детей с ЗПР также оказался специфическим. Установлено преобладание трофотропного типа реагирования (парасимпатического доминирования), которое проявлялось в быстрой утомляемости, истощаемости и пассивных поведенческих реакциях как в обычных, так и в трудных ситуациях. Хотя общий коэффициент вегетативного тонуса у многих детей (70 % в подгруппе с позитивными состояниями) был оценен как оптимальный, это, вероятно, связано со щадящим школьным режимом. Однако сама склонность к трофотропии указывает на низкий энергетический потенциал и слабость активирующих систем, что напрямую коррелирует с данными Лебединской о снижении энергетического тонуса и работоспособности у детей с церебрально-органической недостаточностью. Эта особенность непосредственно обуславливает снижение эффективности познавательной деятельности и формирует серьезные препятствия для выработки активных копинг-стратегий, необходимых для преодоления школьных трудностей.

Динамика состояний отличалась выраженной лабильностью и противоречивостью. Кратковременные всплески активности, оптимизма и бодрости (наблюдавшиеся у 52,4 % детей с преобладанием позитивных состояний) стремительно сменялись апатией, истощением и торможением. Такая «пилообразная» динамика создает крайне нестабильный фон для учебной деятельности, делает ребенка непредсказуемым для педагога и затрудняет формирование устойчивых учебных навыков. К.С. Лебединская, анализируя нарушения поведения у подростков с последствиями органического поражения ЦНС, также отмечала подобную неустойчивость и немотивированные колебания настроения и активности.

Структурный анализ выявил важную закономерность: чем более выраженным было негативное психическое состояние, тем менее представленной в его структуре оказывалась осознаваемая эмоциональная составляющая и тем выше был уровень напряженности. Например, в подгруппе детей с негативным состоянием средней степени эмоциональная составляющая была низкой у 100% испытуемых, при этом у 75 % регистрировался высокий уровень напряженности. Это указывает на своеобразный защитный механизм «эмоционального отщепления», когда интенсивное негативное переживание блокируется от осознания, но проявляется на психофизиологическом уровне в форме высокого напряжения и преобладания вегетативных коррелятов дистресса. В противоположность этому,

волевая составляющая была выражена у детей с ЗПР существенно сильнее, чем эмоциональная, и часто находилась на оптимальном уровне (у 96,7 % в подгруппе с позитивными состояниями). Данный парадокс – слабость спонтанных эмоций при относительной сохранности волевого усилия – может быть объяснен компенсаторным механизмом. В условиях повышенных требований школы и внешне организованной, субъектно ориентированной регуляции со стороны взрослых, ребенок мобилизует волевые ресурсы для формального соблюдения правил, однако это происходит при дефиците внутренней, эмоционально насыщенной мотивации к учению.

Проведенное исследование позволило выявить комплекс специфических характеристик психических состояний, актуализирующихся у детей с ЗПР в ответ на вызовы, связанные с поступлением в школу. Установлено, что при сходстве общей структуры с нормой, состояния детей с ЗПР отличаются качественным своеобразием, которое можно рассматривать как результат системного дизонтогенеза, затрагивающего все уровни психической организации – от психофизиологического до личностно-смыслового.

Теоретическая значимость исследования состоит в углублении понимания феномена ЗПР через призму концепции К.С. Лебединской. Полученные эмпирические данные о диссоциациях, лабильности и специфических структурных соотношениях в психических состояниях находят свое объяснение в рамках предложенной ею этиопатогенетической типологии. Выявленные особенности (недифференцированность переживаний, их неконгруэнтность вегетативным реакциям, истощаемость) выступают не просто как набор симптомов, а как системные проявления того или иного типа нарушенного развития – конституционального инфантилизма, последствий раннего органического поражения ЦНС или хронической психогенной травматизации.

Практическая значимость работы определяется ее непосредственной направленностью на оптимизацию психолого-педагогического сопровождения первоклассников с ЗПР. Результаты свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода с учетом не только диагноза ЗПР, но и его предполагаемого клинико-психологического типа, что требует тесного взаимодействия педагогов, психологов и детских психиатров; разработки целенаправленных коррекционных программ, фокус которых должен быть смещен с тренировки когнитивных навыков на развитие эмоционального интеллекта, рефлексии собственных состояний, формирование адекватных внутренних моделей переживаний и обучение стратегиям саморегуляции. Особое внимание должно уделяться созданию в образовательной среде условий, предотвращающих сверхбыстрое истощение и предоставляющих возможности для психофизиологической разрядки.

Таким образом, поступление в школу для ребенка с ЗПР является не только педагогической, но и глубокой психологической проблемой, связанной с трудностями осознания, интеграции и регуляции собственных интенсивных и противоречивых психических состояний. Учет этой специфики, теоретически обоснованной в трудах К.С. Лебединской, является залогом построения эффективной, гуманной и развивающей системы поддержки, способной обеспечить не формальную, а содержательную и эмоционально-личностную адаптацию ребенка к новой, значимой для его дальнейшей жизни социальной ситуации развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альшаева О. А. Особенности развития младших школьников с задержкой психического развития // Управление развитием образования. – 2024. – № 3. – С. 108–113.

2. Лебединская К. С. (ред.). Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития у детей: сборник научных трудов – М: Педагогика, 1982. – 128 с.

3. Прохоренко Е. С. Психический тонус как фактор формирования нарушений поведения у детей с умственной отсталостью / Е. С. Прохоренко, И. В. Макаров, Р. Ф. Гасанов, Д. А. Емелина // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2025. – Т. 25, № 2. – С. 4–13.

4. Тихомирова Л. Ф., Макеева Т.В. Особенности тревожности у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития в условиях инклюзивного и интегрированного обучения // Журнал педагогических исследований. – 2024. – Т. 9, № 2. – С. 77–90.

5. Фатихова Л. Ф.,Марданова К.Я. Недостаточность познавательной и эмоционально-волевой сферы младших школьников с задержкой психического развития как фактор учебной неуспеваемости // Мир педагогики и психологии. – 2024. – № 10(99). – С. 204–209.

6. Alekhin, A. N., Protopopova, M. A. Clinical and psychological typology of mental retardation in preschoolers // Clinical Psychology and Special Education. – 2025. – Vol. 14, № 3. – Pp. 18–30.

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДОШКОЛЬНИКАМИ С ЗПР С ОСЛОЖНЕННОЙ СТРУКТУРОЙ ДЕФЕКТА В СОВРЕМЕННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Верещагина Наталья Валентиновна,
кандидат психологических наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный гуманитарно - педагогический университет», Пермь

Аннотация.
В статье рассматриваются особенности современных детей с ЗПР и их социального окружения в виде родительской общественности. Описаны особенности разработанного планирования коррекционно-развивающей работы с детьми с ЗПР в группах детского сада с учетом их осложненной структурой дефекта. Предусмотрено сочетание учета возраста ребенка с ЗПР и года обучения в группе для выбора варианта планирования коррекционно-развивающей работы в смешанных группах.

Ключевые слова: *задержка психического развития, планирование, коррекционно-развивающая работа, осложненная структура дефекта.*

FEATURES OF PLANNING CORRECTIONAL AND DEVELOPMENTAL WORK WITH DEVELOPMENTALLY DELAYED PRESCHOOL CHILDREN WITH A COMPLEX STRUCTURE OF DEFECT IN THE MODERN EDUCATIONAL IRONMENT

Natalya V. Vereshchagina,
PhD, docent, Federal state budgetary educational institution of higher education «Perm State Humanitarian and Pedagogical University», Perm

Abstract.
The article discusses the characteristics of modern children with mental retardation and their social environment in the form of the parental community. It describes the features of the developed planning of correctional and developmental work with children with mental retardation in kindergarten groups, taking into account their complicated structure of the defect.

The article provides a combination of taking into account the age of a child with mental retardation and the year of study in the group to choose the option of planning correctional and developmental work in mixed groups.

Keywords: *mental development delay, planning, correction and development work, complicated structure of the defect.*

В современной психолого-педагогической литературе задержка психического развития (далее – ЗПР) должна была подвергнуться пересмотру в связи с введением Международной классификации болезней 11 пересмотра (далее МКБ-11). Однако из-за приостановки внедрения МКБ-11 на территории РФ на данный момент ЗПР рассматривается не как «интеллектуальное недоразвитие, временное», а как сложное полиморфное нарушение, при котором у разных детей страдают разные компоненты их психической, психологической и физической деятельности (Стребелева Е.А. [6], Лебединская К.С. [5])

Авторы считают [5, 6], что для психической сферы ребенка с ЗПР типичным является сочетание дефицитарных функций с сохранными. Парциальная (частичная) недостаточность высших психических функций может сопровождаться инфантильными чертами личности и поведения ребенка в сочетании со снижением работоспособности, мотивации учения и произвольной регуляции деятельности в целом.

К современным чертам дошкольников с ЗПР прибавились, по результатам собственных наблюдений в детском саду и школе [3]: гаджетозависимость, снижение речевого общения с родителями, сужение круга общения с реальными сверстниками, упрощение игровой деятельности с переносом в виртуальную реальность, с нарастанием стереотипизации действий, уплощение эмоций в связи с сужением социальных контактов.

С другой стороны, иногда приходится сталкиваться и с тревожащими чертами поведения современных родителей, негативно влияющими на развитие ребенка с поврежденной \ незрелой нервной системой (по результатам собственных наблюдений [3]):

- отсутствие или снижение интереса к непосредственному общению с ребенком;
- уверенность в том, что нахождение в детском саду \ коллективе сверстников компенсирует все недостатки развития;
- отсутствие \ снижение интереса к воспитанию социально приемлемых форм поведения у ребенка, в частности, при непослушании – применение наказаний в виде резкого, но кратковременного лишения гаджетов без объяснения причин наказания ребенку;
- отсутствие культуры чтения дома;
- замена реальных игрушек и игр виртуальными аналогами;

- отсутствие интереса к жизни ребенка, кроме обслуживания и удовлетворения первичных потребностей ребенка (пища, сон);
- снижение телесных контактов с ребенком;
- раннее развитие второго, третьего языка в ущерб формированию родного;
- игнорирование информации от педагогов о трудностях развития ребенка вплоть до 6-6,5 лет, т.е. за год и менее до поступления в школу;
- тенденция искать виноватых в задержке развития ребенка на стороне, игнорируя медицинские, воспитательные и развивающие аспекты в жизни дошкольника, за которые несут ответственность родители.

Чаще всего дети с ЗПР по педагогической диагностике уже с 3-4 лет относятся к категории «дети, испытывающие трудности усвоения программного материала» (в формулировках ФГОС ДО), о чем своевременно их родителей информируют педагоги группы детского сада. Однако родители порой выбирают стратегию отрицания («Этого не может быть, он у меня умный, только не хочет»), смещения («Наш папа тоже заговорил после 5 лет») или избегания («До школы успеем, сейчас некогда, он еще маленький»), вследствие чего не предпринимают никаких попыток помочь своему ребенку [3].

Следует отметить тенденцию современного образования описывать словосочетанием «задержка психического развития» другие состояния детей, часто осложненные минимальными нарушениями зрения и слуха. По факту в группы детей с ЗПР по заключению ПМПК попадают дети, испытывающие трудности усвоения программного материала по ФАОП ДО в разделах, посвященных обучению и воспитанию дошкольников с ЗПР. Получается, что дети с истинной задержкой психического развития (всех групп по Лебединской К.С. [5]) находятся в ситуации совместного обучения с детьми с более грубыми нарушениями в развитии, уподобляя свое поведение более примитивным вариантам социального реагирования и не осваивая нужный объем сведений об окружающем мире [3,4].

Для решения этой актуальной проблемы современного дошкольного специального образования в 2020 году были определены цель и задачи собственного исследования автора как учителя-дефектолога и учителя-логопеда.

Цель исследования: определить оптимальные условия организации педагогического процесса в компенсирующих \ комбинированных группах детского сада, максимально учитывающие осложненную структуру дефекта у детей с ЗПР от 3 до 7 лет.

Задачи:

- определить оптимальный вариант последовательности лексических тем в работе с дошкольниками с ЗПР с учетом их осложненной структуры дефекта в современном детском саду;

- предложить вариант комплексной педагогической диагностики индивидуального развития дошкольника с ЗПР по возрастам в контексте ФАОП ДО по 5 образовательным областям;

- предложить вариант реализации программы воспитания по ФАОП ДО в компенсирующей \ комбинированной группе для детей с ЗПР с учетом их реальных познавательных и речевых возможностей.

Результатом проведения собственного исследования стало описание организации педагогического процесса с указанием лексических тем по периодам для эффективной организации образовательной деятельности с воспитанниками с ЗПР от 3 до 7 лет [3], а также комплексная педагогическая диагностика индивидуального развития детей с ЗПР по возрастам, реализующаяся в командном подходе в компенсирующей \ комбинированной группе детского сада [1,2].

Особенности разработанного Верещагиной Н.В. [3] подхода к комплексному планированию коррекционно-развивающей работы в группах детей с ЗПР с осложненной структурой дефекта:

1. Темы комплексные (не узкие), что позволяет ребенку со сниженным познавательным интересом и недостаточным объемом представлений об окружающем мире несколько систематизировать и структурировать знания и представления по заявленной теме за год до начала школьного обучения. С другой стороны, такие темы позволяют коррекционным педагогам определить содержание коррекционно-развивающей работы в рамках широкой темы на основе педагогической диагностики именно для этой группы детей, т.к. ЗПР многообразно по проявлениям, и угадать ежегодные особенности детей и их запас сведений об окружающем мире невозможно.

2. На изучение одной лексической темы отведен увеличенный интервал времени (минимум 2 недели), чтобы дети с ЗПР, имея сниженный объем разных видов памяти и недостаточное произвольное внимание, могли запоминать и повторять полученную информацию в различных обучающих ситуациях, режимных моментах и у разных педагогов, работающих с этой категорией детей (учитель-дефектолог, учитель-логопед, воспитатель, физрук, музыкальный руководитель, педагог-психолог).

3. Темы содержат в себе возможность с разной интенсивностью (необходимой и достаточной для данной группы детей) включать направления воспитательной работы, а также варианты формирования самосознания ребенка (в том числе представления о своем здоровье и здоровом образе жизни), представления о безопасном поведении, чувств гражданственности и патриотизма через личный опыт детей с ЗПР, что на настоящий момент регламентировано ФАОП ДО.

4. Темы распределены в течение года с учетом сезонных особенностей, а также необходимости повторения пройденного материала

при изучении следующей темы (например, осенью – сначала уборка урожая, а затем изучаем домашних животных и птиц, которых угощаем собранным урожаем).

5. Распределение тем в течение года учитывает особенности познавательно-мыслительной деятельности детей с ЗПР после длительных выходных (новогодние, майские), когда дети с трудом входят в ритм группы и в аспекте соблюдения режима дня, и в аспекте познавательной активности на основе припоминания имеющихся представлений об окружающем мире.

6. Планирование лексических тем также учитывает традиционные мероприятия для детей в детском саду (музыкальные праздники и досуги по сезонам: Осенины, Новогодний утренник, Праздник пап, Праздник мам, Выпускной), что позволяет в рамках реализации лексико-тематического планирования реализовывать подготовку к праздникам и досугам, а не выискивать время на разучивание стихов, сценок, танцев, не связанных с лексической темой, реализуемой на тот момент в группе.

7. Планирование рассчитано на полный календарный год в связи с тем, что в некоторых регионах детские сады не прерывают свою работу на коллективный отпуск, а выпускники с ЗПР посещают детский сад до конца августа.

8. Предусмотрено сочетание учета возраста ребенка с ЗПР и года обучения в группе для выбора варианта планирования. Это, с одной стороны, облегчает вхождение ребенка в интенсивный образовательный процесс, снижая интеллектуальный и эмоциональный стресс. С другой стороны, позволяет в ситуации смешанного по возрасту контингента воспитанников опираться на единый алгоритм планирования.

Комплексно-тематическое планирование осуществляется поэтапно с усложнением, с учетом года обучения ребенка с ЗПР с осложненной структурой дефекта, а не его возраста [3].

Разработан план реализации программы воспитания для детей с ЗПР с учетом их познавательных возможностей и с участием всех педагогов, работающих с этой категорией детей, без внесения чрезмерной дополнительной нагрузки на педагогический коллектив [3].

Таким образом, представленный вариант комплексного лексико-тематического планирования для детей с ЗПР учитывает максимальное количество особенностей педагогического процесса в группах современного детского сада, а также позволяет оптимальным образом организовать коррекционно-развивающую работу с дошкольниками с ЗПР с осложненной структурой дефекта для повышения качества их образования, что составляет новизну исследования.

Цель и задачи исследования достигнуты.

КИНОСТУДИЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С РАС

Ветохина Анастасия Андреевна,
педагог, Ассоциация «Мир Общения», Москва

Аннотация.
Статья посвящена анализу возможностей киностудии как инновационного формата работы с подростками с расстройствами аутистического спектра (РАС). Рассматривается переход от традиционной коррекционной модели к творческой, где коммуникативное развитие интегрировано в полноценный процесс создания видеоконтента. Основное внимание уделено структуре съёмочной группы как естественной основе для формирования коммуникативных и социальных навыков, развития саморегуляции, эмоционального интеллекта и навыков сотрудничества. Представлены методы работы, виды видеороликов, механизмы включения подростков в творческую деятельность и результаты наблюдений педагогов. Показано, что киностудия может выступать эффективным ресурсом социализации и личностного развития подростков с РАС, опираясь на их визуальное мышление, интересы и потребность в структурированной, предсказуемой среде.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра (РАС), киностудия, социализация, коммуникативные навыки, визуальная поддержка, творческая деятельность, инклюзия, подростки.*

FILM STUDIO FOR ADOLESCENTS WITH ASD

Anastasia A. Vetokhina,
Teacher, Association "World of Communication", Moscow

Abstract:
The article analyzes the possibilities of the film studio as an innovative form of working with adolescents with autism spectrum disorders (ASD). The paper considers the transition from the traditional correctional model to the creative one, where communicative development is integrated into the full-fledged process of creating video content. The main focus is made on the structure of the film crew, as a natural basis for the formation of communication and social skills, the development of self-regulation, emotional intelligence and cooperation skills. The article presents methods of work, types of videos, mechanisms of involving teenagers in creative activities, and the results of teachers' observations. It is shown that a film studio can be an effective resource for socialization and personal development of teenagers with ASD, based on their visual thinking, interests, and need for a structured and predictable environment.

Keywords: *autism spectrum disorders (ASD), film studio, socialization, communication skills, visual support, creative activities, inclusion, teenagers.*

Современная инклюзивная практика делает значительный акцент на академической успеваемости, развитии учебных навыков и формальном участии детей с особыми образовательными потребностями в школьной среде. Однако именно гибкие навыки — коммуникация, умение договариваться, регулировать эмоции и действовать в группе — оказываются определяющими для дальнейшего социального развития. У подростков с расстройствами аутистического спектра (РАС) эти навыки формируются с заметными трудностями, а традиционные коррекционные форматы нередко воспринимаются ими как скучные, навязанные и лишённые внутреннего смысла.

В то же время многие подростки с РАС обладают ярко выраженными специальными интересами, высокой визуальной грамотностью, вниманием к деталям, склонностью к структуре и логике. Эти особенности могут стать не помехой, а ресурсом для развития, если создать подходящую среду. Одним из таких форматов является киностудия — пространство, где подростки не обучаются коммуникации «в теории», а где происходит естественная инициация речевой активности, где необходимо планировать, договариваться и взаимодействовать ради общего творческого результата.

Гипотеза исследования. Создание киностудии для подростков с РАС, основанной на визуальной поддержке, структурированности и работе с опорой на интересы участников, является эффективным средством развития их коммуникативного потенциала, социальных навыков и саморегуляции.

Киностудия выступает не как коррекционный кабинет, а как творческая среда, где личные особенности подростков становятся значимыми и востребованными. Рассмотрим специфику этой формы работы с особыми подростками.

1. Смена модели: от коррекции к творчеству

Одна из главных проблем традиционной коррекционной работы – отсутствие внутренней мотивации подростков. Занятия, направленные на «исправление дефицитов», часто вызывают сопротивление, тревожность и

снижение активности. Киностудия принципиально меняет подход: участники включаются в проект, где главное — создание собственного продукта, художественного или информационного видеоролика. Такой формат снимает ощущение «терапии», превращает подростков в субъектов творчества – режиссёров, операторов, актёров, сценаристов; позволяет им проявлять сильные стороны, помогает раскрыть их лидерские качества и творческий потенциал.

В результате мотивация к участию растёт не извне, а изнутри: подростки хотят работать, потому что им интересно.

2. Съемочная группа как коммуникативная группа: структура как опора

Процесс работы над фильмом сам по себе является структурой, а структура — важнейший ресурс для подростков с РАС. Каждый этап – от идеи до монтажа – предполагает чёткие роли и последовательность действий:

- сценарист – формулирует историю;
- режиссёр – руководит группой;
- оператор – отвечает за съёмку;
- актёры – взаимодействуют в кадре;
- звукорежиссёр – записывает речь и звуки;
- монтажёр – объединяет материал.

В такой модели коммуникация становится не целью, а инструментом: чтобы снять видео, нужно договариваться, слушать, объяснять, спрашивать, уточнять. Это создаёт естественный, а не искусственный контекст общения — и именно в таких условиях речь формируется наиболее эффективно.

3. Киностудия как комплексный инструмент развития ключевых навыков

Киностудия одновременно развивает широкий спектр компетенций, рассмотрим их.

- Коммуникативные навыки: развитие диалогической речи (интервью, обсуждение сцен); монологической речи (озвучка, презентация идеи); расширение словарного запаса; улучшение умения слушать и слышать собеседника, развитие четкой и грамотной речи.
- Социальные навыки: работа в команде; распределение ролей; способность принимать иную точку зрения; соблюдение правил на группе; развитие навыков самопрезентации, умения строить партнерские отношения, сотрудничать.
- Саморегуляция: ожидание своей очереди; соблюдение инструкций.
- Внимание: концентрация внимания на съёмке.
- Когнитивное развитие: пространственное и визуальное мышление; расширение кругозора и уход от стереотипных тем; развитие творческих способностей, воображения и импровизации.

Готовый видеоролик – это результат, которым можно гордиться. Он повышает самооценку, укрепляет чувство компетентности и принадлежности к группе.

4. Формы и методы работы в киностудии

Форматы видеороликов подбираются таким образом, чтобы развивать конкретные навыки.

Интервью развивает умение задавать вопросы, вести диалог, активно слушать.

Рекомендации формируют связную монологическую речь, структурное мышление, навык аргументации и расширение кругозора.

Скетчи и игровые сценки помогают соблюдать последовательность действий, взаимодействовать в команде, развивают умение приходить к компромиссу, тренировать интонацию и эмоциональную выразительность.

Создание видеоконтента в нашей студии особенно комфортно для подростков с РАС, так как позволяет работать по сценарию, но при этом допускает спонтанность и импровизацию.

5. Результаты: Наблюдаемая динамика

По наблюдениям педагогов, участвующих в работе киностудии, отмечаются следующие позитивные изменения:

- Увеличение речевой активности. Подростки стали чаще озвучивать идеи, предлагать решения, вступать в диалог.
- Улучшение качества речи. Выравнивание дикции, удлинение фраз, повышение связности.
- Развитие саморегуляции. Улучшилось умение контролировать поведение, соблюдать инструкцию, работать в группе.
- Повышение эмоциональной вовлечённости. Появился интерес к результату, чувство ответственности и личного вклада.
- Формирование навыков сотрудничества. Подростки стали лучше распределять роли, принимать чужое мнение и договариваться.

Киностудия для подростков с расстройствами аутистического спектра — это не просто развлекательный кружок, но и не коррекционный кабинет. Это современная социально-педагогическая технология, которая объединяет творчество, структуру и реальные коммуникативные задачи.

Создание видеоконтента становится мощным инструментом развития гибких навыков, где особенности подростков с РАС — визуальное мышление, внимание к деталям, интерес к технике и структуре — превращаются в ресурс, а не в препятствие. Работа в киностудии поддерживает естественное, а не натренированное общение, способствует социализации, повышает уверенность в себе и формирует навыки, необходимые для дальнейшей интеграции в общество.

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ИГР С ПЕРСОНАЖАМИ, СОЗДАННЫМИ ИСКУССТВЕННЫМ ИНТЕЛЛЕКТОМ, В КОРРЕКЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗПР

Воробьева Елена Викторовна,
профессор, кафедра Коррекционной педагогики, Академия психологии и педагогики, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Южный федеральный университет», Ростов-на-Дону
Миносян Кристина Сергеевна,
магистрант, кафедра Коррекционной педагогики, Академия психологии и педагогики, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Южный федеральный университет», Ростов-на-Дону

Аннотация:
В статье представлен опыт разработки и применения интерактивных игр с использованием нейросетевых технологий для развития лексико-грамматической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Подробно описан процесс создания ИИ-персонажей, визуального контента и игровых механик с помощью искусственного интеллекта. Представлена структура интерактивных занятий, включающая тематические блоки и геймифицированные элементы для комплексного развития речевых навыков. Результаты апробации демонстрируют высокую эффективность использования нейросетевых технологий для повышения речевой мотивации, расширения словарного запаса и развития грамматических категорий у детей с ментальными нарушениями.

Ключевые слова: *задержка психического развития, лексико-грамматическая сторона речи, искусственный интеллект, ИИ-персонажи, интерактивные игры, цифровые инструменты коррекции.*

DEVELOPMENT AND APPLICATION OF INTERACTIVE GAMES WITH AI CHARACTERS IN THE CORRECTIONAL WORK WITH DEVELOPMENTALLY DELAYED PRESCHOOL CHILDREN

Elena V. Vorobyeva,
Professor, Department of Correctional Pedagogy, Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University, Rostov-on-Don
Kristina S. Minosian,
Master's degree student, Department of Correctional Pedagogy, Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University, Rostov-on-Don

Abstract:
The article presents the experience of developing and using interactive games using neural network technologies for the development of the lexical and grammatical aspect of speech in older preschool children with mental development delay. The process of creating AI characters, visual content and game mechanics using artificial intelligence is described in details. The structure of interactive classes is presented, including thematic blocks and gamified elements for comprehensive development of speech skills. The results demonstrate the high effectiveness of using neural network technologies to increase speech motivation, expand vocabulary and develop grammatical categories in children with mental disorders.

Keywords: *mental development delay, lexical and grammatical aspect of speech, artificial intelligence, AI characters, interactive games, digital correction tools.*

Введение. В условиях активной цифровизации образования актуальной становится задача интеграции современных технологий в коррекционно-педагогическую практику. Нейросетевые технологии и искусственный интеллект (ИИ, англ. AI) открывают уникальные возможности для создания персонализированного образовательного контента, адаптированного под особенности детей с ЗПР. Использование ИИ-генерированных персонажей, интерактивных элементов и геймификации позволяет создать эмоционально привлекательную среду обучения, способствующую преодолению коммуникативных барьеров и повышению учебной мотивации.

Характерными особенностями детей с ЗПР являются ограниченный словарный запас, нарушения грамматического строя речи, трудности понимания обращённой речи, снижение речевой активности и мотива-

ции к общению [4; 5; 6]. Традиционные методы логопедической работы не всегда обеспечивают достаточную вовлечённость и интерес детей с задержкой психического развития [1]. Применение интерактивных игр с ИИ-персонажами создаёт условия для естественной речевой практики в эмоционально комфортной среде.

Цель исследования. Разработать и апробировать интерактивные игры с использованием нейросетевых технологий для развития лексико-грамматической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Задачи исследования. Комплексный анализ особенностей речевого развития детей с задержкой психического развития; разработка и апробация интерактивных игр-презентаций с использованием AI-персонажей. Особое внимание уделяется оценке эффективности применения цифровых технологий в коррекционно-педагогическом процессе.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе дошкольного образовательного учреждения МБДОУ «Детский сад №107» г. Ростова-на-Дону в 2024–2025 уч. году. В эксперименте приняли участие 10 детей старшего дошкольного возраста (5 - 6 лет) с задержкой психического развития. Все дети имели речевые нарушения различной степени тяжести. Диагностика лексико-грамматической стороны речи проводилась до и после формирующего эксперимента [2; 3].

Процесс разработки интерактивного контента включал несколько этапов с активным использованием нейросетевых инструментов. На первом этапе с помощью текстовых генераторов на основе искусственного интеллекта были созданы сюжетные линии и речевые паттерны для персонажей, адаптированные под возрастные и когнитивные особенности целевой аудитории. Для генерации изображений главных героев (персонажей) использовался искусственный интеллект. Персонажи озвучивались с использованием технологий синтеза речи, создавая эффект живого общения.

Был разработан комплексный интерактивный контент в формате игр с приключенческим сюжетом, направленный на развитие лексико-грамматической стороны речи. Контент включает 8 тематических блоков: овощи и фрукты, времена года, семья и дом, одежда, животные, транспорт, профессии, предметы быта. Каждый блок сопровождается специализированными ИИ-персонажами: ведущим занятия, помощником по грамматике, специалистом по предлогам, стимулятором связной речи и персонажами для обучения словообразованию. В рамках каждого блока реализованы игровые станции для отработки конкретных грамматических категорий: множественное число существительных, уменьшительно-ласкательные формы, относительные и притяжательные прилагательные, употребление предлогов, согласование слов в предложении.

Технически игры реализованы в формате мультимедийных презентаций с использованием триггеров для интерактивных элементов, гиперссылок для навигации, анимаций для визуализации правильных ответов и аудиофайлов для озвучки персонажей. Каждая игра включает систему поощрений (звёздочки, виртуальные медали), визуальную обратную связь. Структура занятия предусматривает организационный момент с приветствием персонажа, повторение изученного материала, введение новой лексико-грамматической темы, физкультминутку, интерактивные упражнения, творческое речевое задание и рефлексию. Занятия проводились индивидуально и в малых подгруппах (2 - 4 ребёнка) 2 - 3 раза в неделю продолжительностью 15 - 30 минут в зависимости от индивидуальных возможностей детей.

Результаты. Применение интерактивных игр с ИИ-персонажами способствовало заметному росту речевых навыков у детей с ЗПР. Активный словарь увеличился в среднем на 35 - 40 %, дети уверенно использовали лексику тематических блоков в спонтанной речи. Навыки словоизменения улучшились у большинства участников: они освоили образование множественного числа, согласование прилагательных и употребление падежных форм. Отмечен прогресс в словообразовании (уменьшительно-ласкательные, относительные и притяжательные прилагательные).

У детей улучшились понимание пространственных отношений и правильное использование предлогов, построение предложений; снизилось количество аграмматизмов. Существенным результатом стало повышение мотивации и эмоциональной вовлечённости: атмосфера живого общения с персонажами снижала тревожность и поддерживала интерес. Игровой сюжет, система наград, обратная связь, интерактивные элементы, визуализация и озвучка прохождения помогли избежать неустойчивости внимания и низкой мотивации к занятию.

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует, что использование интерактивных игр-презентаций с ИИ-персонажами является эффективным средством развития лексико-грамматической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР. Использование искусственного интеллекта для генерации персонажей, визуального сопровождения и озвучки обеспечивает появление эмоционально привлекательных и адаптированных материалов. Включение игровых сюжетов, системы поощрений и интерактивных элементов способствует повышению интереса и мотивации детей, обеспечивает усвоение речевого материала. Процесс разработки с помощью ИИ-инструментов значительно ускоряет создание качественного контента и обеспечивает возможность быстрой адаптации материалов под индивидуальные потребности и интересы ребёнка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борякова Н. Ю., Касицына М.А. Коррекционно-педагогическая работа в детском саду для детей с ЗПР: метод. пособие. – М: ТЦ Сфера, 2008. – 79 с.
2. Коненкова И.Д. Обследование речи дошкольников с задержкой психического развития. – М: ГНОМ и Д, 2005. – 128 с.
3. Кузьмина А.Д., Воробьева Е.В. Диагностика навыков пересказа как инструмент оценки развития речи у школьников подросткового возраста с задержкой психического развития // Современное профессиональное образование. 2025. № 6. С. 165–172.
4. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В., Зорина С.В. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития. – М., 2003.
5. Лебединская К.С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Психологическое обследование детей дошкольного — младшего школьного возраста: Тексты и методические материалы / Ред.-сост. Г. В. Бурменская. – М.: УМК «Психология», 2003. – С. 326-333. URL: https://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=179445
6. Морозова В.В. Недоразвитие лексико-грамматической системы дошкольников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза // Гуманитарные науки. 2020. №1 (49). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/nedorazvitie-leksiko-grammaticheskoy-sistemy-doshkolnikov-s-zaderzhkoy-psihicheskogo-razvitiya-tserebralno-organicheskogo-geneza

РАЗВИТИЕ УМЕНИЯ РАЗЛИЧАТЬ ГОЛОСА ГОВОРЯЩИХ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА НА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЯХ

Гагарина Вера Сергеевна,
Государственное общеобразовательное учреждение Тульской области «Тульский областной центр образования», Тула
Мельникова Светлана Петровна,
Государственное общеобразовательное учреждение Тульской области «Тульский областной центр образования», Тула

Аннотация.
В статье рассматриваются особенности формирования собственного голосового интонирования и восприятия голосов у детей с нарушениями слуха. Описана работа по развитию восприятия голоса и интонации, приведены примеры заданий.

Ключевые слова: *нарушения слуха, устная речь, мужской и женский голоса, аудиозапись.*

DEVELOPMENT OF THE ABILITY TO DISTINGUISH SPEAKERS' VOICES IN CHILDREN WITH HEARING IMPAIRMENTS THROUGH INDIVIDUAL LESSONS

Vera S. Gagarina,
State Educational Institution of the Tula Region "Tula Regional Center of Education", Tula
Svetlana P. Melnikova,
State Educational Institution of the Tula Region "Tula Regional Center of Education", Tula

Abstract.
The article discusses the features of voice development in children with hearing impairments, describes the work, and provides examples of tasks for perceiving voice and intonation.

Keywords: *hearing impairment, oral speech, male and female voices, audio recording.*

В соответствии с проектом Федеральной рабочей программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ (варианты 2.2.1 и 2.2.2), в основные задачи коррекционного курса «Формирование речевого слуха и произносительной стороны устной речи» входят формирование речевого слуха, создание и развитие на этой базе принципиально новой слухозрительной основы восприятия устной речи.

По окончании обучения на уровне начального общего образования (НОО) обучающиеся должны воспринимать на слух и определять неречевые звучания окружающего мира: наиболее важные бытовые шумы; шумы городской среды, голоса животных и птиц; шумы, связанные с явлениями природы. Дети уже должны быть способны отличить разговор от пения, детский, мужской и женский голоса.

На индивидуальных занятиях по развитию речевого слуха, для наибольшей продуктивности, важно использовать разные способы предъявления ребенку речевого материала. Словарь может предлагаться голосом разговорной громкости, шепотом, голосом сверстника, мужским, женским, детским голосом. Рекомендуется использовать как живой голос, так и голос в аудиозаписи.

Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская отмечали, что работу по различению мужского и женского голоса следует проводить еще в дошкольном возрасте [5]. В свою очередь, младшие школьники выполняют эту работу на музыкально-ритмических занятиях, на фронтальных занятиях по развитию слухового восприятия и техники речи и на индивидуальных занятиях по развитию речевого слуха. Восприятие слухового материала различными голосами и способами развивает остаточный слух ребенка, а также положительно сказывается на голосе самого ребенка. Он слушает и учится управлять своим голосом, понимает разницу голосов.

Д. Вильсон в своих работах указывает, что при небольшой потере слуха у учащегося чаще всего отмечается незначительное изменение тембра и резонанса; тогда как у школьника со значительной потерей слуха могут быть нарушения тембра, силы, высоты, резонанса, монотонность интонаций, нарушения темпа и ритма речи [2]. В связи с этим у детей с хорошими остатками слуха более естественный, по сравнению с хуже слышащими сверстниками, голос. Глухим значительно сложнее, чем слабослышащим, менять свой голос по силе, высоте, длительности, а ведь это благоприятно влияет на общее звучание речи. Голос обучающегося с легкой степенью тугоухости звучит лучше по сравнению с голосом глухого по ряду причин:

- голос развивается в речевом общении, дети стараются подражать речи окружающих их взрослых;
- слабослышащие используют свой голос гораздо чаще, устная речь ими используется как средство общения;
- голос контролируется и модулируется ребенком при помощи слуха.

Насколько сильно отмечаются изменения голоса у каждого отдельного ребенка, зависит не только от состояния слуха ученика, но и от того, насколько качественно организована специалистами работа над голосом и устной речью обучающегося [3].

Чтобы организовать правильную, полноценную работу, нужно максимально использовать возможности слуха ребенка. У многих учащихся имеются остатки слуха, поэтому нужно дать детям возможность услышать свой голос, голос педагога и окружающих людей. Младшие школьники должны учиться различать на слух нормальный и нарушенный тембр, изменения силы и высоты голоса. Выполнение этих заданий поможет ребенку научиться изменять собственный голос, он сможет выделять ударение в словах, передавать различные интонации. Слуховое восприятие, дополненное тактильно-вибрационными и кинестетическими ощущениями, поможет обучающимся выработать навыки самоконтроля над голосом.

Систематические занятия способствуют тренировке этих навыков, без постоянной работы навыки могут исчезать. Смена различных видов деятельности на занятии способствует мотивированию ребенка. Важно использовать красочные материалы, игровые приемы (фонетическая ритмика, использование различного наглядного материала). Учет всех этих факторов улучшит качество занятий, будет способствовать повышению результативности коррекционной работы.

Вначале дети учатся определять, кому принадлежит голос: мужчине или женщине, мальчику или девочке. В процессе тренировок ребенок сможет различать интонацию говорящего, узнавать среди незнакомых голосов знакомый и т.д.

Приведем примеры некоторых заданий со включением элементов опознавания мужского и женского голоса, восприятия вопросительной и восклицательной интонации на индивидуальных занятиях по развитию речевого слуха. Эти задания предъявляются ребёнку при помощи информационно-коммуникационных технологий (ИКТ).

Пример 1. Тема «Одежда», 1 класс, ребенок с тугоухостью 2-3 степени (вариант обучения 2.2.2)

Перед ребёнком лежит комплект одежды, фигурки мальчика и девочки. Ему предъявляется на слух с электронного носителя поручение, записанное женским или мужским голосом. Ученик должен прослушать фрагмент, определить, чей голос (мальчика или девочки) услышал, выполнить поручение (а именно: определить, какой предмет одежды назвал герой, и надеть его).

Звучит женский голос: Надень мне шапку.

Ребенок выполняет поручение, выбирает фигурку девочки и надевает ей шапку.

Учитель: Что ты сделал?

Ребенок: Я надел девочке шапку.

Звучит мужской голос: Надень мне шарф.

Ребенок выполняет поручение, выбрав фигурку мальчика.

Учитель: Что ты сделал?

Ребенок: Я надел мальчику шарф.

Аналогичную работу можно проводить, постепенно усложняя задания, включая как отработанный материал, так и незнакомые ребенку слова.

Подобную работу проводят на индивидуальных занятиях с детьми с кохлеарными имплантами (КИ), для которых голоса звучат по-другому, и без специального обучения ребенок не сможет различать их. Методика работы над развитием умений различать высоту голоса говорящего, изменять высоту своего голоса подробно описана И. В. Королёвой [4]. Детям предлагаются упражнения, цель которых – научить ребёнка раз-

личать, высоким или низким голосом говорит человек, узнать, что именно сказано. Для развития навыка различения голосов автор рекомендует использовать аудиозаписи с разными голосами и специальные компьютерные программы.

Пример 2. Тема «Виртуальная экскурсия в музей-усадьбу «Ясная поляна», 3 класс, ребенок с КИ (вариант обучения 2.2.1).

На занятии используется презентация с аудиозаписями.

На экране компьютера иллюстрация музея «Ясная поляна» и фигурки двух туристов (девочки и мальчика), которые «просят рассказать о достопримечательностях Тулы и Тульской области». Ученица, определив, чей голос звучит, кто задаёт вопрос, отвечает, называя их имена. Каждый слайд презентации содержит фотографию популярного места музея-усадьбы, эмоционально окрашенное звуковое сопровождение (вопрос «туриста»); ребёнок, отвечая на вопросы, участвует в диалоге с незнакомыми людьми, развивая тем самым готовность общаться вне дома и школы, учится прислушиваться к разным голосам и различным интонациям.

Например:

Голос «туриста» Насти: Диана, это дом Льва Николаевича?

Ответ ребёнка: Да, Настя, тут жил великий писатель.

Голос «туриста» Коли: Какая большая семья!

Ответ ребёнка: Ты прав, Коля, семья у Льва Николаевича была большая.

Такие приёмы работы помогают детям с нарушением слуха адаптироваться в окружающем мире. Подобные задания предлагаются систематически. Постепенно материал, воспринимаемый на слух, усложняется. Так, например, ученику 9 класса с КИ на индивидуальном занятии предлагается прослушать аудиозапись из романа «Мертвые души». После прослушивания ребенок должен ответить на вопросы: О ком из героев говорится? Что о нём сказано? Каким тоном говорил рассказчик? и т.п.

Такие задания очень нравятся ребятам, но для их выполнения необходима огромная предварительная работа по тренировке слуха, которая должна проводиться не только на индивидуальных занятиях, но и на общеобразовательных уроках, внеурочных мероприятиях с воспитателем и дома с родителями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазова Е.С. К вопросу о нарушении голоса // Очерки по патологии речи и голоса. Под ред. Ляпидевского С. С. [Электронный ресурс] Режим доступа: https://studopedia.su/15_53034_es-almazova.html

2. Вильсон Д. Нарушения голоса у детей – М.: Медицина, 1990. – 187 с.

3. Головчиц Л. А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: учебное пособие. – М: ВЛАДОС, 2001. – 304 с.

4. Королева И. В. Учусь слушать и говорить играя [Электронный ресурс]: сборник игр для развития слухового восприятия и устной речи у детей с нарушением слуха и речи. СПб: КАРО, 2017. – 88 с. – Режим доступа: http://www. iprbookshop.ru/61044. html. ЭБС «IPRbooks»

5. Пелымская Т. В., Шматко Н.Д. Формирование устной речи дошкольников с нарушенным слухом: пособие для учителя-дефектолога – М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003 – 224 с.

6. Рау Ф.Ф. Устная речь глухих – М: Гудос, 2013. – 124 с.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННОГО И СИНДРОМАЛЬНЫХ ФОРМ АУТИЗМА В РАННЕМС ВОЗРАСТЕ

Горюнова Анна Викторовна,

доктор медицинских наук, профессор, профессор, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования МЗ РФ, Москва, Россия

Аннотация.

Дифференциальная диагностика общих нарушений развития (МКБ-10), или расстройств аутистического спектра (МКБ-11), в которые включен аутизм, в раннем возрасте сложна. Трудности диагностики нарушений развития и психических расстройств связаны с незрелостью детской психики, отсутствием речи и самосознания, мозаичностью клинической картины, кратковременностью отдельных клинических проявлений, а также спаянностью психической симптоматики с неврологическими нарушениями и переплетением их с дизонтогенезом. Своевременная индивидуализированная фармакотерапия нервно-психических расстройств и ранняя психолого-педагогическая коррекция способствуют развитию нарушенной познавательной деятельности и коммуникации. В статье описаны особенности клинических проявлений и психического раз-

вития при различных вариантах аутизма для их дифференциации в раннем возрасте.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, варианты аутизма, дифференциальный диагноз.*

ON THE ISSUE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ENDOGENOUS AND SYNDROMIC FORMS OF AUTISM IN EARLY CHILDHOOD

Anna V. Goryunova,
Doctor of medicine, Professor, Professor, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of Ministry of Healthcare, Moscow

Abstract.
Differential diagnosis of pervasive developmental disorders (ICD-10) or autism spectrum disorders (ICD-11, which includes autism) in early childhood is a challenge. Difficulties in diagnosing developmental and mental disorders are associated with the immaturity of the child's psyche, the absence of speech and self-awareness, the mosaic nature of the clinical picture, the short duration of individual clinical manifestations, as well as the fusion of mental symptoms with neurological disorders and their interweaving with dysontogenesis. Timely individualized pharmacotherapy of neuropsychiatric disorders and early psychological and pedagogical correction contribute to the development of impaired cognitive activity and communication. This article describes the features of clinical manifestations and mental development in various types of autism for their differentiation in early childhood.

Key words: autism spectrum disorders, autism variants, differential diagnosis.

Не будет преувеличением сказать, что проблема аутистических расстройств является одной из наиболее обсуждаемых и изучаемых не только в детской психиатрии, но и в педиатрии, неврологии, а также в психологии, дефектологии, педагогике. Это связано со многими причинами, основной из которых является скачок распространенности аутистических расстройств в несколько раз за последние 10-15 лет [1, 2, 3, 6, 8, 12, 17]. В первичном звене здравоохранения на прием к неврологу обращается много родителей с детьми раннего возраста, у которых диагностируется задержка психо-речевого развития, а в современной терминологии – Общие нарушения развития (ОНР) по Международной классификации болезней 10-го пересмотра 1994 г. (МКБ-10). Гораздо шире используется термин "Расстройства аутистического спектра» (РАС) из еще не принятой в России МКБ-11. Термин «РАС» уже сейчас широко распространен среди педиатров, неврологов, педагогов и особенно среди родителей, хотя по сути он не раскрывает ни нозологического, ни клинического содержания. РАС, так же как и ОНР, – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающая различные нозологические категории (синдромы Каннера, Аспергера, инфантильный психоз, атипичный детский аутизм и др., а также хромосомные и генетические синдромы), для которых характерна триада нарушений: качественные нарушения социального взаимодействия и способов общения во всех сферах коммуникации; ограниченный, повторяющийся набор интересов и занятий, стереотипное поведение; эти качественные аномалии являются общими чертами функционирования индивида во всех ситуациях и могут значительно различаться по степени выраженности.

Отдельная нозологическая единица «детский аутизм» в МКБ-11 отсутствует, с точки зрения детских психиатров, необоснованно. Аутизм растворился в аутистических расстройствах [2, 5, 7, 13, 15], а следовательно, результаты многих исследовательских работ можно считать некорректными из-за гетерогенности группы. Введение понятия «аутистический спектр расстройств» без учета нозологической принадлежности привело к еще большей терминологической путанице, существенному разбросу данных о его распространенности в зависимости от возраста, диагностических критериев, страны, региона [2, 5, 12, 15]. Параллельно с накоплением знаний в этой области, особенно молекулярно-генетических данных, возрастает количество нерешенных вопросов и белых пятен, касающихся этой сборной группы.

Термин «Аутизм» как симптом шизофрении ввел Eugen Bleuler в 1911 г. для обозначения «ухода больного, влекомого аффективными переживаниями, в мир собственных фантазий и отрыва от реальности». Leo Kanner (1943 г.) использовал этот термин в детской психиатрии, обозначив им особый поведенческий стереотип отрешенного состояния у детей. В последующие десятилетия в каждой стране была своя классификация аутизма. Заслуживает внимания отечественная классификация, предложенная в НЦПЗ РАМН в 1995 г. [1]. В этой классификации были выделены: эндогенный аутизм (конституциональный и процессуальный); аутистикоподобные синдромы при органическом поражении ЦНС, при наследственных синдромах, аутистикоподобные синдромы экзогенного генеза; синдром Ретта; психогенный аутизм. Акцент на этиологический и нозологический принцип систематики определяет направленность лечения и психолого-педагогической реабилитации, а также дифференцирует статистические данные.

Аутизм как нозологическая единица впервые выделен в МКБ-10 в 1994 г. в разделе «Нарушения психологического развития» в рубрике «Общие нарушения развития» F-84.0-9 и представлен различными вариантами в виде самостоятельного клинического синдрома эндогенного генеза или сопутствующего в структуре других заболеваний или расстройств. Основными его причинами могут быть: последствия пре-, пери- и постнатального поражения ЦНС (внутриутробное поражение плода, внутриутробные инфекции, церебральная ишемия, внутричерепная родовая травма и др.); наследственные заболевания обмена с поражением ЦНС; генетические и хромосомные болезни; эндогенные психические заболевания; эндокринная патология; нарушения детско-материнской привязанности. Таким образом, аутизм может быть симптомом, синдромом, болезнью, аномалией развития.

В клинической картине ОНР в раннем возрасте (от 1 мес. до 4 лет), в том числе и аутизма, ведущим симптомом будет задержка психического развития, в том числе и речевого, – психический дизонтогенез [1, 4, 7, 13, 17, 18]. В зависимости от вызвавшей его причины он может быть: задержанным, тотальным или парциальным, дисгармоничным или искаженным. Следует признать, что действительно в большинстве случаев нарушения психического развития любой этиологии сопровождаются нарушением общения, социального контактирования. Однако далеко не каждый случай нарушения способности или потребности в социальных контактах является аутизмом, и не каждый случай нарушения развития сопровождается нарушением контактов [2, 4, 7]. Клиническая картина ОНР неспецифична, так как задержка психического развития протекает на фоне сопутствующей психической и неврологической симптоматики [1, 3, 5, 7]. И в этой неспецифической картине необходимо найти специфические для ведущей патологии симптомы, которые будут определять психофармакологию и реабилитацию.

Трудности диагностики психических нарушений у детей раннего возраста связаны с незрелостью психики, отсутствием речи и самосознания, мозаичностью клинической картины, кратковременностью отдельных клинических проявлений, а также спаянностью психической симптоматики с неврологическими нарушениями вследствие перинатальной патологии, которая выявляется у 80-85% детей с аутизмом. Как показали наши исследования по итогам работы кабинета раннего возраста НПЦПЗ ДП им. Г.Е Сухаревой, у 60-70% детей в возрасте 4-х лет этиология ОНР остается неуточненной [4].

Из вышеизложенного следует, что дифференциальный диагноз ОНР (РАС), в том числе аутизма и задержки психического развития, как ведущего синдрома, необходимо проводить как внутри группы эндогенного аутизма (процессуальный – конституциональный – формирование

особенностей личности), так и в группе вследствие других причин: органических, наследственных, с дебютом ранней детской шизофрении, формирующейся умственной отсталостью, специфическими расстройствами речи, дефектами слуха, зрения. Раннее уточнение нозологической принадлежности этих расстройств необходимо для выбора фармакотерапии и психолого-педагогической коррекции, что предполагает консультацию психиатра в раннем возрасте, которая не всегда бывает востребована. В силу частой неспецифичности задержки психического развития в этом возрасте при дифференциальной диагностике важно опираться на ряд особенностей в клинической картине расстройства, общем развитии ребенка, в семейном окружении, а также в дополнительных методах обследования, которые помогут установить этиологию. Очень важна оценка психического развития по отдельным психическим сферам [9, 11, 17, 18, 19].

Основным диагностическим критерием детского процессуального аутизма и синдрома Каннера в первые годы жизни будет появление эпизодов расстройств поведения, синдромов вегетативной дисфункции (нарушения сна, аппетита и др.), малозаметные изменения игры, контактов после периода нормального психического развития, нередко после ОРВИ, психического стресса и др. Затем постепенно наступает регресс в развитии после приступов полиморфной, аффективной, кататонической структуры со стертыми позитивными симптомами разной степени тяжести и продолжительности. Структура формирующегося аутистического расстройства и степень интеллектуального дефекта зависят от тяжести регистра психопатологических расстройств в приступе (1, 10, 11, 16].

При дифференциальной диагностике детского аутизма и формирующейся умственной отсталости следует обращать внимание на характер познавательного развития, эволюцию игровой деятельности в раннем возрасте. Выявляется общее снижение познавательного интереса в окружающей обстановке, мире, общее непонимание обращенной речи, в отличие от избирательного интереса при детском аутизме (ДА). Нарушение интеллектуального развития при ДА имеет качественную специфику. Для детей с ДА показатели по отдельным тестам могут сильно отличаться друг от друга, но показатели результатов в невербальных заданиях всегда выше, чем в вербальных. При количественно равной оценке IQ ребенок с ДА по сравнению с ребенком с УО проявляет гораздо большую сообразительность в отдельных областях и значительно худшую адаптацию в обстановке, к жизни в целом. Характерные двигательные стереотипии, аутостимуляция у детей с глубокой УО связаны с сенсорной депривацией, тогда как при аутизме это навязчивости, ритуалы. Проявления стереотипности в поведении ребенка с

ДА сочетаются с невозможностью установления с ним эмоционального контакта на самом простом и, казалось бы, доступном ему уровне и, возможно, связаны с высокой тревогой. При формирующейся УО, как правило, проблем с контактами не бывает [2, 6, 8, 18].

Самое главное отличие детей с ДА от ребенка со специфическими нарушениями речи – глобальное нарушение всех невербальных коммуникаций: вокализаций, слов, взгляда, мимики, жестов, которые, как правило, у детей с чисто речевыми трудностями не изменены. Ребенок-аутист с мутизмом иногда может непроизвольно произносить не только слова, но даже и сложные фразы, что недоступно ребенку с моторной алалией. Речь для ребенка-аутиста не является организующим инструментом его поведения и коммуникаций. Разнообразные речевые патологические феномены при аутизме – один из основных дифференциально-диагностических критериев, начиная с момента ее развития. Они выявлены у 80% детей с РДА. На первом году жизни отмечается задержка или искажение этапов пред-речи: бедные гуление, лепет, слабая реакция на обращенную речь, далее «игнорирование» просьб, «свой язык», речевые штампы, отсутствие речи. [10, 14].

В структуре вторичного аутизма при большинстве наследственных синдромов, наследственных болезней обмена симптомы, свойственные классическому аутизму, представлены неярко; исключением, с моей точки зрения, является синдром Мартина–Белла, при котором аутизм очевиден с первого года, как и при синдроме Каннера. Более выражены при этом симптомы интеллектуальной недостаточности, которые в последующем и являются ведущим синдромом. Для каждого из них специфичен определенный фенотип, характерный для наследственной патологии, признаки дисморфогенеза. Не выражена асинхрония в развитии когнитивных и поведенческих функций. Умственная задержка обычно равномерна. При сглаженности эмоциональных реакций у больных более теплые контакты с матерью, родными. Возможны дисфорические вспышки. При многих наследственных синдромах аутистические проявления выражены нерезко. Сохраняется глазной контакт, хотя общение может быть ограниченным. Не выражены поведенческие стереотипы, феномен тождества, протодиакризис [6, 17, 18].

При дифференциальной диагностике необходимо также учитывать более общие характеристики поведения. При попытках коммуникации аутичный ребенок будет проявлять отвержение их, реакции негативизма, протест, отказ от взгляда другого человека, повышенную чувствительность к тону разговора. Он будет уходить от общения и стремиться уйти из кабинета.

Проведение дифференциальной диагностики у детей с ЗПР, аутистическими расстройствами в раннем детстве необходимо для выбора

индивидуального медикаментозного лечения, психолого–педагогической коррекции, определения образовательного маршрута, профессиональной ориентации (по возможности).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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

2.Воронков Б.В., Рубина Л.П. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики аутизма. СПб, 2014 г.

3. Волкмар Ф.Р., Вайзнер Л.А. Аутизм. Книга 1. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. – 224 с.

4. Горюнова А.В, Данилова Л.Ю., Шевченко Ю.С, Воронкова Н.А. Клиника аутистических расстройств в раннем возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023, т. 123, №9, вып. 2, с. 14–19.

5. Горюнова А.В, Горюнов А.В. Классификационные метаморфозы аутизма в детской психиатрии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021, т. 121, № 11, вып. 2, с. 5-11.

6. Горюнова А.В. Аутизм и расстройства аутистического спектра у детей. Детская и подростковая психиатрия. 2-е изд. Под ред. проф. Шевченко Ю.С. М, 2017.

7. Гречаный С.В. Психопатологическая диагностика в раннем детском возрасте. СПб, 2017.

8. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. СПб: Изд.-Торг. Дом «Скифия», 2022.

9. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». М.: МГИУ; 2012.

10. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение; 1991.

11. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Педагогика; 1986.

12. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2019;(2):80-85.

13. Микиртумов Б.Е., Завитаев П.Ю. Аутизм: история вопроса и современный взгляд. СПб: Изд-во Н-Л; 2012.

14. Никольская О.С., Баенская Е.П., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М: Теревинф; 2017.

15. Пашковский В.Э., Макаров И.В. Расстройства аутистического спектра. М: МЕДпресс-информ, 2023.
16. Психические нарушения в детском возрасте. Коллективная монография. Под ред. проф. Г.В. Козловской. Тверь, Изд-во «Триада», 2020.
17. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. Под ред. Симашковой Н.В. М: Авторская академия; 2013.
18. Скворцов И.А., Башина В.М. Нарушения развития коммуникативных функций у детей при заболеваниях аутистического спектра. Тула: Имидж Принт, 2013.
19. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. М: МГПУ, 2003.

СФОРМИРОВАННОСТЬ ГРАФИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У ДОШКОЛЬНИКОВ. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Егорова Людмила Владимировна,
нейропсихолог, Региональная благотворительная общественная организация "Центр лечебной педагогики", Москва
Зельдин Леонид Михайлович,
инструктор ЛФК, Региональная благотворительная общественная организация "Центр лечебной педагогики", Москва
Константинова Ирина Сергеевна,
канд. психол. наук, нейропсихолог, Региональная благотворительная общественная организация "Центр лечебной педагогики", Москва

Аннотация.
Представлены результаты пилотного исследования сформированности графических навыков у дошкольников с разными формами ОВЗ, а также не имеющих нарушений развития. В качестве инструмента оценки предлагается авторская разработка "Чек-лист оценки сформированности графических навыков". В исследовании приняли участие 45 детей в возрасте от 3 до 7 лет. Выделены и ранжированы по доступности для дошкольников графические навыки, которые могут быть использованы как опора для построения коррекционных и развивающих программ.

Ключевые слова: *дошкольники, рисование, готовность к письму, психодиагностика*

DEVELOPMENT OF GRAPHIC SKILLS IN PRESCHOOLERS: PILOT STUDY

Lyudmila V. Egorova,
neuropsychologist, Regional charitable public organization "Center of curative pedagogics", Moscow
Leonid M. Zeldin,
curative physical training instructor, Regional charitable public organization "Center of curative pedagogics", Moscow
Irina S. Konstantinova,
PhD, neuropsychologist, Regional charitable public organization "Center of curative pedagogics", Moscow

Abstract.
The results of a pilot study on the development of graphic skills in preschoolers with various forms of special educational needs, as well as those without developmental disorders, are presented. The author's original development, "Checklist for assessing the development of graphic skills,» is proposed as an assessment tool. Forty-five children aged 3 to 7 participated in the study. Graphic activity skills that can be used as a basis for building corrective and developmental programs were identified and ranked according to their accessibility to preschoolers.

Keywords: *preschoolers, drawing, writing readiness, psychodiagnostics*

В последнее время приходится видеть нарастающее множество школьников, испытывающих различные трудности освоения письма. Как бы в ответ на эту проблему заметна большая популярность развивающих курсов, а также приспособлений, призванных помочь детям с коррекцией почерка. При этом освоение начальных графических навыков в современных культурно-исторических реалиях смещается на дошкольный этап. Предполагается, что ребенок к моменту начала школьного обучения уже достаточно компетентен в графической деятельности и готов осваивать курсивное безотрывное письмо в сжатые сроки. В сочетании со снижением возраста начала школьного обучения это вызывает ожидаемо высокую распространенность трудностей с освоением письма даже у нормативно развивающихся детей, уже не говоря о детях с ОВЗ.

При этом в научно-педагогическом сообществе нет единого мнения о том, как, собственно, должна выглядеть подготовка дошкольника к письму. Многие указывают на возможность раннего обучения письму, как печатному, так и курсивному, что отчасти подтверждается научными данными о связи раннего освоения письма с дальнейшей академической успешностью ребенка [12]. Другие авторы указывают на важность развития дошкольного рисунка, отмечая большее соответствие рисования возрастным потребностям и возможностям ребёнка [8] и даже предостерегают от раннего обучения письму, указывая на непосильность такой нагрузки для дошкольника [1]. Большинство же методик подготовки к школе [3, 5, 7] предлагает ребенку обводить, копировать, реже - дорисовывать изображения, зачастую очень мелкие, что приближает процесс рисования к предстоящей работе в прописях, однако не соответствует моторным возможностям дошкольника. Вопрос о том, какой из этих путей более предпочтителен, на данный момент не получил однозначного ответа. Осложняет ситуацию недостаточная изученность закономерностей развития графической деятельности дошкольников и отсутствие нормативов в этой области для разных возрастов.

На сегодня существуют и применяются множество методик для оценки визуально-моторной координации, мелкой моторики, навыков дошкольного письма печатными буквами [4, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 14]. Анализ западных методик, проделанный голландскими исследователями [16], указывает на их зачастую низкие психометрические качества, отсутствие качественного анализа готовности к письму, недостаточную экологическую валидность, труднодоступность. Отечественные методики [1, 2, 3, 6, 7], напротив, легко доступны, однако имеют те же особенности.

Нам кажутся существенными следующие недостатки современных тестов.

1. Большинство из них не подходят для обследования детей младшего дошкольного возраста, поскольку предполагают не игровую ситуацию тестирования и довольно большой объём заданий.

2. По тем же причинам эти тесты не подходят детям с нарушениями развития, если они имеют мотивационную незрелость или испытывают трудности в произвольной организации поведения.

3. Даже если малыши или особые дети соглашаются участвовать в тестировании и выполняют доступные им задания, полученные результаты обычно малоинформативны из-за того, что располагаются на краю шкалы, где чувствительность и точность теста резко падает. То есть ребёнок с очень низким уровнем развития графических навыков будет стабильно получать минимальный балл даже при наличии позитивных изменений на фоне занятий.

4. Основная форма работы в этих тестах – копирование готового печатного образца, реже – обведение пунктирных линий, соединение точек. При этом обучение письму опирается на подражание графическим действиям взрослого. Соответственно, экологическая валидность этих тестов вызывает вопросы.

5. Главной же проблемой на сегодня мы видим отсутствие тестов, дающих качественный анализ развития графической деятельности, который выявлял бы сформированность конкретных её компонентов. В существующих же тестах результат обычно представлен одной числовой оценкой, которая описывает наличие или отсутствие задержки в формировании графических навыков.

Учитывая эти проблемы, мы пришли к осознанию необходимости разработки нового диагностического инструмента. В первую очередь, мы видим задачу в том, чтобы выделить разные навыки внутри графической деятельности и проследить, в какой последовательности и в каком возрасте они формируются в нормальном онтогенезе. Это позволило бы выстроить коррекционное вмешательство в соответствии с естественным порядком развития графической деятельности дошкольника. У ребёнка с особенностями развития такой инструмент позволил бы выявить специфику в развитии его графической деятельности и направить коррекционное вмешательство именно на те навыки, с которыми он испытывает трудности.

Кроме того, мы стремились сделать тест компактным и игровым, чтобы облегчить его выполнение малышами и особыми детьми, а также включить в него задания, требующие минимальных навыков, для всесторонней оценки графической деятельности даже у детей, которые сами не рисуют и испытывают серьёзные трудности с рисованием. Копированию и соединению точек мы предпочли задания на подражание действиям взрослого. Основой для заданий было выбрано рисование как более подходящая, чем письмо, деятельность для дошкольника. Также мы исходили из того, что в рамках рисования проще варьировать сложность заданий, поскольку оно появляется раньше в онтогенезе и, в отличие от письма, может реализовываться даже при минимальном наборе доступных навыков.

Отчасти при разработке теста мы опирались на голландскую методику для оценки готовности письма WRITIC [15, 17]. Она выгодно отличалась от других своей компактностью, экологичностью, доступностью и наличием внимания к позе и хвату при работе с пишущим инструментом, однако не была пригодна для оценки детей с очень низким уровнем развития графических навыков.

Цель: разработка диагностического инструмента для дифференцированной оценки сформированности графических навыков у дошкольников, в том числе с особенностями развития.

Задача: проведение апробации этого инструмента для оценки его применимости для дошкольников, в том числе имеющих особенности развития.

Описание методики: Процедура тестирования предполагает совместное рисование ребёнка и взрослого на готовых бланках. Экспериментатор демонстрирует ребёнку образец того, что должно получиться, затем пошагово показывает, как нарисовать нужное изображение, давая инструкцию "делай точно так же, как я» и поясняя простыми словами сюжетное содержание бланка. Мы предполагаем, что такая инструкция будет понятна даже детям с ограниченным пониманием устной речи.

Методика включает 6 бланков, причем каждый следующий содержит всё более сложные задания (порядок предъявления бланков определялся группой экспертов). По итогам процедуры экспериментатор заполняет опросник, где оценивает наличие у ребёнка ряда навыков по двухбалльной шкале (0 - недоступно, 1 - доступно).

Рисование выполняется масляной пастелью и мягким простым карандашом. Этот выбор опирается на представление о том, что детская рука намного слабее взрослой [13], и дошкольникам для рисования нужны мягкие инструменты, не требующие сильного давления, но дающие яркий привлекательный след. Поскольку опросник включал вопросы относительно силы нажима на инструмент, мы выбрали инструменты, хорошо отзывающиеся на изменение нажима.

В ходе пилотного исследования тестирование особых детей проводилось индивидуально. Тестирование нормативно развивающихся дошкольников проводилось также в группах и мини-группах. Опытным путём было установлено, что для старших дошкольников размер группы не должен превышать 4-5 человек, чтобы ведущий мог гарантировать соблюдение детьми инструкции.

Опросник включал несколько разделов, касающихся собственно графических задач, позы, навыков обращения с пишущим инструментом и критичности.

В настоящей статье мы представляем результаты оценки по разделу А (оценка собственно графических навыков), в дальнейшем планируется расширение выборки и обращение к полной версии опросника.

Описание выборки. В пилотном исследовании приняли участие две группы детей.

Группа 1. Нормативно развивающиеся дошкольники, не имеющие диагнозов, связанных с нарушениями психического и моторного развития, посещающие интегративные группы дошкольного образовательного учреждения Детский сад № 1709 "Наш дом» (компенсирующего вида, для детей с задержкой психического развития), г. Москва. В группу вошли 16 детей в возрасте от 6 лет 0 месяцев до 6 лет 11 месяцев, из них 10 девочек и 6 мальчиков. Средний возраст составил 6 лет 5 месяцев.

Группа 2. Дошкольники с нарушениями развития, посещающие коррекционные занятия в РБОО "Центр лечебной педагогики", г. Москва.

Дети имели различные диагнозы, влияющие на их психическое и моторное развитие: расстройства аутистического спектра, синдром Дауна, нарушения развития речи и языка, органическое поражение ЦНС, общие расстройства психического развития, специфические расстройства развития моторной функции, атаксический церебральный паралич. Родители и педагоги всех детей отмечали у них трудности в формировании графических навыков. В группу вошли 29 детей в возрасте от 3 лет 8 месяцев до 7 лет 7 месяцев, 10 девочек и 19 мальчиков. Средний возраст составил 6 лет 0 месяцев.

Критерии исключения. В исследование не попали дети с тяжёлыми двигательными нарушениями, которые не позволяли бы ребёнку поддерживать необходимую для рисования позу и использовать обычные пишущие инструменты. Также были исключены дети с выраженными нескомпенсированными нарушениями зрения и слуха, поскольку бланки и инструкции не были адаптированы под их потребности. Наличие поведенческих трудностей и проблем не было поводом для исключения ребёнка, однако мы не обследовали детей, которые не имели минимальных навыков подражания и хотя бы небольшого опыта успешных занятий со взрослым за столом. Т.о., все дети могли продуктивно заниматься графической деятельностью хотя бы 2-3 минуты, успешно сотрудничая со взрослым.

Интеллектуальное развитие детей из группы 2 в силу возраста и особенностей было затруднительно оценить объективно, но педагоги, работающие с этими детьми, оценивали их интеллект в пределах от нормы до глубокой задержки.

Результаты и обсуждение. В целом апробация выявила удобство и компактность теста для обследования дошкольников в обеих группах. Дети охотно участвовали в обследовании и успешно выполняли доступные им задания за 1-2 встречи. Выполнение всех заданий теста занимало 30-35 минут в группе и около 20 минут при индивидуальном обследовании. У детей со слабо развитыми графическими навыками обследование получалось существенно короче, поскольку такие дети успешно заполняли только первые 1-3 бланка.

Средний балл в группе 1 оказался равен 29 баллам при максимуме 38 баллов. Отмечался разброс результатов от 23 до 35 баллов. Эти достаточно высокие результаты и небольшой разброс (относительно второй группы), вероятно, связаны с тем, что эта группа была достаточно однородной и включала детей одного возраста без особенностей развития. В дальнейшем мы планируем расширить выборку и ожидаем получить более разнообразные результаты на группах разных возрастов.

Средний балл в группе 2 составил 13 при разбросе от 4 до 25 баллов (при максимуме 38). Такие результаты ожидаемы, поскольку у детей в

этой группе отмечались трудности в освоении графических навыков. Больший разброс мы объясняем разнообразием диагнозов и возрастов в этой группе.

Для каждого навыка получен процент детей, которые успешно продемонстрировали его при тестировании. Разброс этого показателя составил от 12,5 % до 100 % в группе 1 и от 0 % до 100 % в группе 2. Из 38 пунктов оценки только один не показал разброса (навык оказался сформирован у всех обследуемых детей), по остальным процент успешных детей варьировал и отражал различия в возможностях детей. Т.о., почти все пункты теста оказались информативны, что подтверждает его пригодность для обследования детей выбранной группы.

Тот факт, что никто из детей не набрал крайних значений по тесту, также говорит о том, что его сложность адекватна для обследуемой группы. То есть все дети справились хотя бы с несколькими задачами при тестировании, но никто из них не справился со всеми задачами.

Ранжирование по этому показателю навыков не показало существенных отличий между группами. Эти данные говорят в пользу того, что существует некоторая относительно универсальная последовательность формирования графических навыков как в норме, так и при особенностях развития, которая может быть взята за основу при составлении коррекционных и развивающих программ. Эта гипотеза должна быть проверена путём исследования разных возрастных групп детей без особенностей развития.

Выводы. 1. Разработанный чек-лист применим для оценки сформированности графических навыков у дошкольников – как нормативно развивающихся, так и имеющих нарушения психического развития.

1. Выделены и ранжированы по доступности для дошкольников навыки внутри графической деятельности, которые могут быть использованы как опора для построения коррекционных и развивающих программ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безруких М.М. Обучение письму. Екатеринбург: Рама - паблишинг, 2009.

2. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в детском возрасте. – СПб: Питер, 2008 – 80 с.

3. Жукова М.А. Подготовка руки к письму. Рабочая тетрадь для детского сада. Средняя группа. М: Умка, 2021. - 32 с.

4. Лови О.В., Белопольский В.И. Зрительно-моторный Бендер гештальт-тест. Руководство. – М: «Когито Центр», 2008. – 42 с.

5. Модестова Т.В. Скоро в школу: экспресс-программа подготовки и развития для детей 5-6 лет. С-Пб: Литера, 2005. – 160 с.

6. Павлова Н.Н., Руденко Л.Г. Экспресс-диагностика в детском саду: Комплект материалов для педагогов-психологов детских дошкольных образовательных учреждений. М.: Генезис, 2026. – 124 с.

7. Узорова О.В., Нефёдова Е.А. Быстрая подготовка к школе – Москва: Издательство АСТ, 2025. – 48 с.

8. Федеральная образовательная программа дошкольного образования (утверждена приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 25 ноября 2022 г., №1028). URL: https://sudact.ru/law/prikaz-minprosveshcheniia-rossii-ot-25112022-n-1028/federalnaia-obrazovatelnaia-programma-doshkolnogo-obrazovaniia/?ysclid=miww2xt1ur197991896

9. Beery K.E., Beery N.A. Beery VMI Administration, Scoring, and Teaching Manual. 6th ed. San Antonio, TX: NCS Pearson Inc., 2010

10. Brannigan, G.G., & Decker, S.L. The Bender-Gestalt II. American Journal of Orthopsychiatry. 2006. 76. Pp. 10-12.

11. Deitz JC, Kartin D, Kopp K. Review of the Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2). Phys. Occup. Ther. Pediatr. 2007; 27(4). Pp. 87-102. PMID: 18032151.

12. Dinehart LH. Handwriting in early childhood education: current research and future implications. J. Early Child Literacy. 2015. 15. Pp. 97–118.

13. Hager-Ross C., Rosblad B. Norms for grip strength in children aged 4–16 years. Acta Paediatrica 2002; 91. Pp. 617–625. PMID:12162590

14. Marr D, Cermak S. Predicting handwriting performance of early elementary students with the developmental test of visual-motor integration. Percept. Mot. Skills, 2002. 95. Pp. 661–669

15. van Hartingsveldt, M.J., L. de Vries, E.H.C. Cup, I.J.M. de Groot, and M.W.G. Nijhuis-van der Sanden. Development of the Writing Readiness Inventory Tool in Context (WRITIC). Physical & occupational therapy in pediatrics, 2014. 34 (4). Pp. 443-456.

16. van Hartingsveldt M.J., De Groot I.J., Aarts P.B., et al. Standardized tests of handwriting readiness: A systematic review of the literature. Developmental Medicine & Child Neurology, 2011. 53(6). Pp. 506–515.

17. van Hartingsveldt, M.J., Cup E.H.C., de Groot I.J.M. and Nijhuis van der Sanden M.W.G. «Writing Readiness Inventory Tool in Context (WRITIC): Reliability and convergent validity.» Australian occupational therapy journal, 2014. 61 (2). Pp. 102-109.

ТЕХНОЛОГИИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Закиева Эльвина Фархадовна,
студентка Института психологии и образования, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань
Минуллина Аида Фаридовна,
кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии и педагогики специального образования, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань

Аннотация.
Статья посвящена комплексной взаимосвязи современных технологий нейропсихологического сопровождения с познавательным и речевым развитием детей дошкольного возраста. Приведенные данные могут быть ценными и интересными для специалистов (логопедов, дефектологов, воспитателей), осуществляющих образовательный процесс в условиях дошкольных образовательных учреждений.
Ключевые слова: *нейропсихология, речевые нарушения, нейропсихологическое сопровождение, дети дошкольного возраста.*

TECHNOLOGIES OF NEUROPSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR PRESCHOOL-AGED CHILDREN WITH SPEECH DISORDERS IN A PRESCHOOL EDUCATION INSTITUTION

Elvina F. Zakieva,
student of the Institute of Psychology and Education, Kazan (Volga region) Federal University, Kazan
Aida F. Minullina,
PhD, Associate Professor, Department of Psychology and Pedagogy of Special Education, Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan

Abstract.
The article presents a complex relationship between modern neuropsychological support technologies and the cognitive and speech development of preschool children. These data are of value and interest to specialists (speech therapists, speech pathologists, educators) who carry out the educational process in pre-school educational institutions.
Keywords: *neuropsychology, speech disorders, neuropsychological support, preschool children.*

Актуальность темы исследования связана, прежде всего, с ежегодным увеличением количества детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями в дошкольных образовательных учреждениях. Безусловно, говоря об образовательном процессе в отношении детей данной категории, стоит отметить важность сопровождения со стороны всех участников педагогического процесса, необходимого для создания благоприятных условий развития, воспитания и обучения учащихся. Педагоги, имеющие многолетний опыт работы с детьми дошкольного возраста с речевыми нарушениями, в настоящее время все чаще прибегают к поиску современных научно-педагогических подходов и технологий, позволяющих эффективно осуществлять работу в сфере коррекционно-развивающего процесса. В свою очередь, технологии нейропсихологического сопровождения являются одними из наиболее результативных методов коррекции различных речевых нарушений, способствующих гармоничному психофизиологическому развитию ребенка. Ключевыми факторами в данном случае являются именно «технологии нейропсихологического сопровождения», подразумевающие наличие знаний и умений в сфере дошкольной нейропсихологии.

В середине XX века выдающийся отечественный учёный Александр Романович Лурия внёс большой вклад в динамично развивающуюся научную дисциплину — нейропсихологию [2]. Также изучением данной дисциплины занимались такие исследователи, как: Л.С. Выготский, Н.А. Бернштейн, Н.П. Бехтерев, Т.В. Ахутина [1], Е.Д. Хомская [11], Т.Г. Визель [2], А.Н. Леонтьев, Л.С. Цветкова [12], Ж. М. Глозман [3], А.В. Семенович [9], Н.И. Жинкин и др.

Нейропсихология – это междисциплинарное научное направление, изучающее мозговую организацию высших психических процессов человека [9]. Впервые нейропсихологические исследования были проведены известным советским психологом Львом Семеновичем Выготским в 20-ые годы прошлого века, однако основная заслуга в формировании нейропсихологии, как независимой научной дисциплины, принадлежит А.Р. Лурия.

В процессе изучения разнообразных форм психической деятельности, Льву Семеновичу Выготскому удалось выделить ключевые тезисы в области нейропсихологии, касающиеся:

а) Эволюции развития высших психических функций;

б) Системно-смысловой организации сознания [11].

Основной задачей нейропсихологии, по мнению Александра Романовича, является исследование мозговых механизмов психической деятельности человека с использованием современных психологических методик для точной локализации очаговых поражений головного мозга [7].

В контексте нейропсихологии дошкольного возраста, ключевой основополагающей аксиомой является представление о взаимосвязи психических, мозговых и соматических процессов. Существуют две основные стратегии нейропсихологического сопровождения в коррекционно- развивающей работе с детьми дошкольного возраста, которые предполагают:

1. Эмпирическое выявление, экспериментальную апробацию и практическое внедрение действенных технологий и методов работы с данной категорией детей;

2. Разработку фундаментальной теоретической и практической модели сопровождения, которая впоследствии воплощается в упорядоченную систему методов и технологий [9].

В настоящее время родители детей дошкольного возраста уделяют особое внимание именно познавательному и речевому развитию. При обнаружении у ребенка признаков речевых нарушений необходимо проведение консультативной и коррекционно-развивающей помощи в условиях дошкольного образовательного учреждения, с использованием современных нейропсихологических технологий [5].

В иерархии высших психический функций речь, занимая ведущее положение, связывает организацию и функционирование других психических процессов.

В логопедической практике наиболее часто встречаются дети с общим недоразвитием речи и фонетико-фонематическим недоразвитием речи, которые нуждаются в коррекционной помощи [8]. Так, к примеру, системный характер общего недоразвития речи у дошкольников обуславливает высокую сложность коррекционно-развивающей работы: нарушение охватывает не только речевую сферу, но и взаимосвязанные психические процессы (память, мышление, восприятие, эмоционально-волевую сферу, воображение и др.) [6]. В свою очередь, использование нейропсихологических технологий в коррекционно-образовательной работе с детьми дошкольного возраста позволит достичь эффективного результата специалистам, осуществляющим комплексную работу с детьми с речевыми нарушениями [5].

Нейропсихологические технологии представляют собой систему приемов и методов, направленных на восстановление полноценной работы мозговых структур, обеспечивающих совокупное функционирование высших психических функций человека.

Рассмотрим основные нейропсихологические технологии, применяемые специалистами в педагогической практике:

1. В рамках кинезиологической гимнастики применяется система упражнений, которая обеспечивает активизацию межполушарных связей и когнитивных процессов. К ключевым элементам в данном случае относятся дыхательные практики, растяжки, глазодвигательные, телесные упражнения и др.;

2. Нейропсихологический инструментарий: игры, дидактические задания, упражнения, нацеленные на развитие высших психических функций;

3. Специализированные аппаратные комплексы, функционирующие на основе методов биологической обратной связи (БОС), а также микрополяризации головного мозга, необходимые для терапевтического воздействия [8].

В работе специалиста дошкольного образовательного учреждения допустимо применение заданий, которые отчетливо отражают последовательность формирования фонематических процессов на протяжении индивидуального развития ребенка:

1. Развитие моторных функций артикуляционного аппарата, улучшение слухового, ритмического восприятия.

2. Совершенствование фонематического слуха и восприятия, устойчивых представлений о звуковом составе слова.

3. Развитие операций фонематического анализа и синтеза, слухоречевого запоминания [5].

Стоит отметить, что современные нейропсихологические исследования демонстрируют выраженное позитивное воздействие нейрокоррекционных мероприятий на психоэмоциональную, сенсомоторную и коммуникативную сферу ребенка. Эффект наблюдается не только у детей раннего возраста, но и у дошкольников, испытывающих трудности в освоении образовательной программы. Так, нейрокоррекционные программы служат основой для профилактики различных речевых нарушений у детей дошкольного возраста [8].

В настоящее время в дошкольных образовательных учреждениях для коррекции речевых нарушений у детей применяют не только классические логопедические приемы работы, но и внедряют современные нейропсихологические технологии, которые направлены на стимуляцию межполушарного взаимодействия, развитие функций трех блоков мозга и совершенствование работы базовых когнитивных процессов высших психических функций, лежащих в основе речевой деятельности:

а) Нейропсихологическая (кинезиологическая) технология Аллы Леонидовны Сиротюк. Данная технология направлена на оптимизацию функционирования и развития мозолистого тела, а также межполушарных связей. В структуру методики входят комплексы дыхательных, глазодвигательных упражнений и антистрессовые техники [10].

б) Комплексное нейропсихологическое сопровождение ребенка, фундаментом которого является метод замещающего онтогенеза, разработанный в 90-ые годы Анной Владимировной Семенович. Данная технология базируется на прохождении пропущенных ребенком этапов онтогенеза. Целевые задачи – развитие когнитивных функций и стимулирование двигательной активности [9].

в) Программа нейропсихологического сопровождения детей 5-12 лет Валентины Станиславовны Колгановой и Елены Викторовны Пивоваровой. Данная программа разработана в рамках методологии метода замещающего онтогенеза и ориентирована на коррекцию ряда психофизиологических и когнитивных показателей: коррекцию проявлений моторной неловкости, нервной истощаемости, улучшение работы памяти и концентрации внимания, работоспособности, оптимизацию пространственно-временных представлений и др. [4, 5].

Таким образом, на основании анализа психолого-педагогической литературы можно сделать вывод, что последовательная комплексная коррекционно-развивающая работа с детьми дошкольного возраста с применением технологий нейропсихологического сопровождения в условиях дошкольного образовательного учреждения обеспечивает необходимые предпосылки для эффективного освоения грамоты, а также хорошей успеваемости в будущем, в школьном звене образования [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахутина Т.В. «Л.С. Выготский и А.Р. Лурия: становление нейропсихологии» // Вопросы психологии, 1996 - № 5.

2. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов. – М.: АСТАстрель Транзиткнига, 2005. – 384 с.

3. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. 2-е изд. – Москва: Питер, 2008. – 75 с.

4. Нейропсихологические занятия с детьми: в 2 ч. Ч. 1 / Колганова В. С., Пивоварова В С., Пивоварова Е.В., Колганов С.Н. и др. – Москва: АЙРИС-пресс, 2020. – 416 с.

5. Колганова В. С. Нейропсихологические занятия с детьми: в 2 ч. Ч. 2 / Колганова В. С., Пивоварова В С., Пивоварова Е.В., Колганов С.Н. и др. – Москва: АЙРИС-пресс, 2020. – 144 с.

6. Логопедия. Теория и практика / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова, Т. В. Волосовец и др.; под общ. ред. Т. Б. Филичевой. 2-е издание, испр. и доп. – Москва: Эксмо, 2018. – 608 с.

7. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва: Академия, 2003 – 384 с.

8. Радькова Н.В., Сергеева А.И. Применение нейропсихологических технологий для коррекции общего недоразвития речи детей дошкольного возраста // Актуальные проблемы личностно-профессионального становления педагога: вызовы, тенденции и перспективы: Сборник научных статей II Международного форума, посвященного Году семьи, Воронеж, 16-18 мая 2024 года. - Воронеж: Воронежский государственный педагогический университет, 2024. – С. 468-471.

9. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие – Москва: Генезис, 2020. – 474 с.

10. Сиротюк А. Л. Обучение без стресса: психофизиологическая подготовка // Дошкольное воспитание. – 2005. – № 1. – С. 6-7.

11. Хомская Е. Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб: Питер, 2005. – 496 с.

12. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста / Л. С. Цветкова, А. В. Семенович, С.Н. Котягина и др. – Воронеж: МоДЭК, 2010. – 320 с.

НАСЛЕДИЕ КЛАРЫ САМОЙЛОВНЫ И ВИКТОРА ВАСИЛЬЕВИЧА ЛЕБЕДИНСКИХ ДЛЯ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Зверева Наталья Владимировна,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Горячева Татьяна Германовна,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», Москва

Аннотация.

В статье рассматривается научно-практический вклад Клары Самойловны и Виктора Васильевича Лебединских

в современную детскую клиническую психологию. Отмечены следующие важные области, в которых значение работ В.В. и К.С. Лебединских невозможно переоценить: проблема типологии психического дизонтогенеза, классификация задержек психического развития, классификация, диагностика и коррекция раннего детского аутизма, психологическая помощь детям и подросткам при отклонениях в развитии.

Ключевые слова: *дети и подростки, задержка психического развития, аутизм, психический дизонтогенез.*

THE LEGACY OF KLARA S. ANS VICTOR V. LEBEDINSKIES FOR CHILD CLINICAL PSYCHOLOGY

Natalya V. Zvereva,
Federal state budgetary educational institution of higher education «Moscow State University of Psychology and Education», Federal state budgetary scientific institution «Research Center for Mental Health», Moscow
Tatyana G. Goryacheva,
Federal state budgetary educational institution of higher education «Moscow State University of Psychology and Education», Federal state budgetary educational institution of higher education «N.I. Pirogov' Russian National Research Medical University» Moscow)

Abstract.
This article examines the scientific and practical contributions of Klara Samoilovna and Viktor Vasilyevich Lebedinskies to modern child clinical psychology. The following important areas are noted, in which the significance of K.S. Lebedinsky's work cannot be overestimated. These include the typology of mental dysontogenesis, the classification of developmental delay, the diagnosis and correction of early childhood autism, and the classification and psychological assistance of children and adolescents with developmental disabilities.

Keywords: *children and adolescents, mental retardation, autism, mental dysontogenesis.*

В настоящее время большинство исследователей молодого возраста достаточно редко связывают проблему раннего детского аутизма с именем Клары Самойловны Лебединской. Справедливости ради следует указать на тот исторический факт, что в Москве Клара Самойловна была среди первых специалистов, вслед за своим учителем Г.Е. Сухаревой, кто

обратился к диагностике, лечению и коррекционно-развивающей помощи детям с аутизмом. Принятый в настоящее время термин «расстройства аутистического спектра» появился ближе к началу 21-го века. Между тем, в Институте дефектологии (ныне Институт коррекционной педагогики) еще в конце 70-х годов 20-го века была создана небольшая группа, объединившая специалистов по оказанию помощи детям с аутизмом, которая занималась и практикой коррекции, и развитием теории, в рамках которой детский аутизм стал рассматриваться как вариант нарушенного развития, тип дизонтогенеза. До сих пор тема помощи детям и подросткам, а также взрослым людям с РАС осуществляется многими учениками Лебединских [6, 8, 9,13].

Ориентиры на периодизацию психического развития ребенка, разработанную в советской психологии, с выделением критических периодов 3, 7 лет и пубертата, последовательно применены в научно-практической работе Клары Самойловны. Первые два кризиса имеют прямое отношение к темпам развития и причинам задержек, а также к различию феноменологии психического развития при ЗПР различного генеза [6].

Третий кризисный период – пубертатный (в медико-биологическом подходе) или подростковый (в психологии) – также нашел отражение в богатом творческом наследии Клары Самойловны. Проблемы поведения, личностной и аффективной патологии, своеобразия развития при нарушении темпов полового созревания – все эти темы актуальны в настоящее время, несмотря на определенные изменения в социуме и социальной ситуации развития современных подростков, по сравнению с 70-90-ми гг. 20 века [10, 11]. В книге 1988 г. К.С. Лебединская и соавторы обсуждают тему трудных подростков, подробно анализируя риски появления психопатологии, а также описывают факторы-протекторы, улучшающие адаптацию детей и подростков на всех возрастных этапах. Для младших школьников протекторами выступают: «способность к выработке дисциплинарных форм поведения в детском коллективе, умение тормозить свои желания» и «наряду со свойственной возрасту эмоциональной незрелостью появление познавательных интересов, принятие учебной деятельности как необходимой» [10, с. 157-158]. Многие выводы этой книги актуальны до сих пор.

В далеком 1971 г. В.В. Лебединский фактически предсказал линию развития детской патопсихологии: «в детском возрасте патопсихологическая оценка психических нарушений не может быть полноценной, если она не учитывает также и отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок, т. е. особенностей дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом» [12 с. 841]. В статье выделены ключевые проблемы детской патопсихологии (средства диагностики, левшество, значение развития моторики, изучение игры особых детей, внимание к пограничным формам психической патологии и др.).

Проблема систематики психического дизонтогенеза занимала отечественных психиатров и психологов второй половины 20 века [4, 5, 7]. Опираясь на достижения современной Лебединским научной психиатрии и психологии, Виктор Васильевич предложил и в 1985 году опубликовал свою первоначальную версию типологии психического дизонтогенеза, выделив на основании психологических представлений о психическом развитии и его нарушениях основные типы и базовые механизмы психического дизонтогенеза. Также рассматривались основные параметры, определяющие степень и глубину нарушенного развития (время и обширность поражения, функциональная локализация поражения, уровень межфункциональных связей, фактор социальной депривации и возникновение вторичного дефекта). Современные специалисты, опираясь на типологию Лебединского, разрабатывают ее дальше, описывая разные варианты психического дизонтогенеза (когнитивного, эмоционального, социального и т.п.) [4, 5, 9, 15].

Резюме. Клара Самойловна и Виктор Васильевич Лебединские являются классиками отечественной психологии аномального развития, детской психиатрии, патопсихологии. Обращение к их наследию еще долго будет обогащать студентов будущих поколений. Это касается и мультидисциплинарной работы, и научно-практического характера исследовательской деятельности, и уважения к достижениям учителей, и стремления развивать избранное направление.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бардышевская М. К. Диагностика психического развития ребенка: учебник для вузов. 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2025. – 153 с. – (Высшее образование) / Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/563137

2. Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. 2-е изд., испр. – М: Издательство Когито-Центр, 2009. – 192 с.

3. Забрамная С. Д., Боровик О.В. От диагностики к развитию – М: Издательство АСТ, 2021. – 102 с.

4. Зверева Н. В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования – М: Издательство Академия, 2013. – 272 с.

5. Зверева Н. В., Горячева Т.Г. Детская клиническая психология: история и современное состояние // Психологическая газета, 2015. – Профессиональное интернет-издание Психологическая газета [сайт]. – URL: https://psy.su/feed/4660/

6. К 80-летию со Дня рождения К. С. Лебединской // Альманах Института Коррекционной Педагогики, 2005. - №9. – URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/

7. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М: Издательство RUGRAM, 2022. – 608 с.

8. Лебединская К. С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Дети с нарушениями общения. Ранний детский аутизм – М: Издательство Просвещение, 1989. – 92 с.

9. Лебединская К. С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. 7-е издание, испр. и доп. – М: Академический проект Трикста, 2011. – 303 с.

10. Лебединская К. С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере. – М: Издательство Педагогика, 1988. - 167 с.

11. Лебединская К. С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. – М: Издательство Медицина, 1969. — 156 с. – Текст: непосредственный.

12. Лебединский В. В. Некоторые актуальные проблемы детской патопсихологии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1971. – № 6. – С. 841-846.

13. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – Москва: Издательство Московского университета, 1990. – 197 с.

14. Печникова Л. С. Виктор Васильевич Лебединский. Мыслитель, ученый, художник (1927—2008) // Выдающиеся психологи Москвы. 2016. – С. 586-595. – URL: https://psyjournals.ru/nonserialpublications/moscow_psychologists/contents/lebedinskiy

15. Семаго Н. Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. – М: Издательство АРКТИ, 2000. – 208 с.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Иванченко Мария Вячеславовна,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина», Сыктывкар

Аннотация.
В статье рассмотрены теоретические основы организации инклюзивного образования младших школьников с задержкой психического развития в начальной школе. Определены особые образовательные потребности и условия организации обучения младших школьников с задержкой психического развития. Определены проблемы организации инклюзивного образования в начальной школе.
Ключевые слова: *инклюзивное образование, младший школьник, задержка психического развития.*

THEORETICAL FOUNDATIONS OF INCLUSIVE EDUCATION FOR PUPILS WITH DEVELOPMENTAL DELAY IN PRIMARY SCHOOL

Maria V. Ivanchenko,
Federal state budgetary education institution of higher education «Pitirim Sorokin Syktyvkar State University», Syktyvkar

Abstract.
This article concerns the theoretical foundations of inclusive primary school education of children with developmental delay. It identifies the special educational needs and conditions for organizing the education for primary school pupils with learning disabilities. The problems of organizing inclusive education for primary school are identified.
Keywords: *inclusive education, primary school student with learning disabilities.*

Проблема обучения детей с задержкой психического развития (ЗПР) является одной из актуальных на данный момент с точки зрения как коррекционной, так и общей педагогики [5, с. 175]. Среди обучающихся начальных классов с ограниченными возможностями здоровья значительное

количество составляют обучающиеся с ЗПР [2; 4, с. 5]. У детей данной категории отмечается несформированность высших психических функций, преобладают игровые интересы, остаётся несформированным интерес к учебной деятельности, который должен стать ведущим в младшем школьном возрасте. У обучающихся младших классов с ЗПР имеются проблемы с речевым развитием: страдают лексика, грамматика и фонетика, обнаруживаются трудности со связной речью. Наблюдаются проблемы в освоении универсальных учебных действий. У младших школьников с ЗПР жизненные компетенции формируются с трудом [3].

В Федеральном законе Российской Федерации «Об образовании» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ дано определение: «Инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей» [8]. Таким образом, обучающиеся с ЗПР могут обучаться в общеобразовательных школах совместно в одном классе с нормотипичными сверстниками. Это даёт возможность такому ребёнку социализироваться в среде нормально развивающихся сверстников, лучше сформировать жизненные компетенции.

При организации инклюзивного образования обучающихся с ЗПР в начальных классах необходимо обращать внимание на то, что обучающийся с ЗПР должен быть максимально приближен по своему развитию к уровню возрастной нормы [1].

Цель исследования: выявить теоретические основы организации инклюзивного образования младших школьников с задержкой психического развития в начальной школе.

В образовательной организации, в которой получают образование обучающиеся с ЗПР, необходимо создавать специальные условия, которые учитывают особые образовательные потребности младших школьников с ЗПР.

Ряд исследователей говорят о проблемах, которые встречаются при внедрении модели инклюзивного образования в образовательных организациях. Эти проблемы связаны с непринятием детей с ОВЗ учителями общеобразовательных учреждений [1]. Часть педагогов придерживаются позиции, что дети с ОВЗ должны обучаться в специализированных учреждениях, а не в массовой школе. Учителя не всегда знают особенности детей, их особые образовательные потребности, то, каким образом необходимо организовать процесс обучения таких детей [9]. Эти проблемы относятся к процессам и обучения, и воспитания младших школьников с ЗПР.

Для успешной реализации модели инклюзивного образования обучающихся младшего школьного возраста с ЗПР в школе необходимо проводить работу в области расширения знаний о детях с ОВЗ, их особенностях, повышать квалификацию педагогических кадров, проводить просветительскую работу среди педагогов и родителей.

На базе образовательного учреждения должен осуществлять деятельность психолого-педагогический консилиум, на заседаниях которого необходимо коллегиально принимать решения по организации обучения младшего школьника с ЗПР, составлять рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению, выявлять и обсуждать трудности в освоении образовательной программы, сложности адаптации и поведения, а также организовывать консультирование родителей и педагогов, работающих с этим ребенком [6].

Слаженная работа специалистов консилиума, администрации образовательного учреждения и родителей позволяет реализовывать инклюзивное образование качественно.

При организации инклюзивного образования обучающихся с ЗПР необходимо обращать внимание на особые образовательные потребности данной категории детей. В Федеральной адаптированной образовательной программе начального общего образования обучающихся с ЗПР [7] по 1 варианту программы к особым образовательным потребностям относят:

- «Получение специальной помощи средствами образования сразу после выявления первичного нарушения в развитии» [7] – это положение говорит о том, что с таким обучающимся важно как можно раньше организовать коррекционную работу по преодолению нарушений дефектологу, логопеду и психологу. Важно, чтобы родители принимали активное участие и выполняли рекомендации специалистов, придерживались единой стратегии в вопросах развития и воспитания своего ребенка.

- «Выделение пропедевтического периода в образовании, обеспечивающего преемственность между дошкольным и школьным этапами» [7] – важно научить детей учиться, сформировать познавательный интерес.

- «Получение начального общего образования в разных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным программам, при обязательном условии создания специальных условий получения образования, адекватных образовательным потребностям обучающихся с ЗПР» [7] – форму обучения рекомендует в своём заключении психолого-медико-педагогическая комиссия, проведя комплексное обследование ребенка с ЗПР, изучив особенности психо-физического, речевого развития ребёнка.

- «Обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого как через содержание предметных областей, так и в процессе индивидуальной работы» [7] – коррекционно-развивающий процесс реализуется не только на специальных занятиях дефектолога и логопеда, но и на уроках у учителя начальных классов, а также во внеурочной деятельности.

- «Психологическое сопровождение, оптимизирующее взаимодействие обучающегося с педагогическими работниками и другими обучающимися» [7] – необходимо сопровождение педагогом-психологом участников образовательных отношений, работа педагога-психолога должна быть направлена на профилактику дезадаптации младшего школьника с ЗПР; это психокоррекционная работа с младшими школьниками с ЗПР, а также работа с педагогическим коллективом, родителями.

- «Психологическое сопровождение, направленное на установление взаимодействия семьи и образовательной организации» [7] – педагог-психолог помогает выстроить стратегии помощи младшему школьнику с ЗПР, определить единые подходы к обучению и воспитанию в школе и в семье. Важно, чтобы к ребенку предъявлялись единые требования всеми педагогическими работниками и родителями.

- «Постепенное расширение образовательного пространства, выходящего за пределы образовательной организации» [7] – определяет формирование жизненных компетенций, которые необходимы при решении различных социальных задач, будь то в магазине, поликлинике или других общественных местах. Необходимо сотрудничать и взаимодействовать с различными организациями, разрабатывать совместные проекты, в которых обучающиеся с ЗПР смогут использовать знания, полученные на уроках, в различных житейских ситуациях.

При поступлении ребенка с ЗПР в школу важно организовать мероприятия для успешной адаптации ребёнка: провести экскурсию по школе, школьному двору, составить маршрут от школы до дома и обратно, организовать работу по знакомству детей и сплочению коллектива, определить правила поведения на уроке и перемене, познакомить ребенка с ЗПР с учителями, наладить с ребенком с ЗПР эмоциональный контакт.

Для успешного обучения данной категории детей необходимо постоянное психолого-педагогическое сопровождение дефектологом, логопедом и педагогом-психологом. Команда специалистов должна разработать рекомендации по работе с обучающимся с ЗПР, единые требования, проводить коррекционно-развивающие занятия и консультировать родителей и педагогов.

При обучении данной категории обучающихся необходима разработка индивидуального учебного плана.

Важно учитывать особенности психического развития детей и предъявлять детям короткие, чёткие, ёмкие инструкции. Необходимо использовать чёткие алгоритмы. Учебный материал необходимо предъявлять дозированно. При организации обучения – использовать дополнительные печатные материалы (иллюстрации, схемы, таблицы). Важно проводить ежедневную оценку работы ребенка, давать дополнительное время на выполнение контрольных и проверочных работ. Важно оказывать помощь при вы-

полнении заданий по мере необходимости. На уроках рекомендуется создавать ситуацию успеха для такого ученика, создать индивидуальную шкалу оценивания его работы.

Большое внимание следует уделять здоровьесберегающим технологиям, таким как физкультурные паузы, зрительные и артикуляционные гимнастики. Компьютерные технологии помогут при обучении младшего школьника с ЗПР, но важно помнить и учитывать нормы СанПиН. Учителя на уроках могут успешно применять современные технологии образования: кейсы, проекты. Данные технологии помогут младшему школьнику с ЗПР учиться с удовольствием, с интересом.

В результате комплексного подхода при соблюдении данных условий при организации инклюзивного образования младших школьников с ЗПР можно прийти к тому, что обучающиеся данной группы дадут положительную динамику в развитии, максимально приблизятся по своему развитию к норме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алехина С. В. Инклюзивное образование и психологическая готовность учителя // Вестник МГПУ. Серия: Педагогика и психология. 2012. №4 (22). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/inklyuzivnoe-obrazovanie-i-psihologicheskaya-gotovnost-uchitelya (дата обращения: 18.03.2025).

2. Бабкина Н.В. Инклюзивное образование детей с задержкой психического развития: предпосылки и условия реализации. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №34 2018 URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanac-34/inclusive-education-of-children-with-delay-of-mental-development-prerequisites-and-conditions-of-implementation (Дата обращения: 06.03.2025)

3. Доронина И.Н. Мониторинг уровня сформированности УУД у детей с ЗПР [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2015. Том 12. № 2. С. 58–64. URL: https://psyjournals.ru/journals/bppe/archive/2015_n2/Doronina (дата обращения: 18.03.2025)

4. Марковская И. Ф. Задержка психического развития (клинико- нейропсихологическая диагностика). – М.: изд. н/о «Компенс-центр», 1993. – 198 с.: ил.

5. Павалаки И. Ф., Рассказова Н. П. Классификации задержки психического развития и перспективы обучения // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2012. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/klassifikatsii-zaderzhki-psihicheskogo-razvitiya-i-perspektivy-obucheniya (дата обращения: 06.03.2025).

6. Суровицкая Ю. Ю., Такенова А. Е., Садыкова А. Казихановна, К. К. Особенности организации образовательного процесса в условиях инклюзивного образования с учащимися младшего школьного возраста с задержкой психического развития // НИР/S&R. 2020. №S4.2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-organizatsii-obrazovatelnogo-protsessa-v-usloviyah-inklyuzivnogo-obrazovaniya-s-uchaschimisya-mladshego-shkolnogo (дата обращения: 18.03.2025).

7. Федеральная адаптированная образовательная программа основного общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья от 24 ноября 2022 г. N 1025 – Режим доступа: https://sudact.ru/law/prikaz-minprosveshcheniia-rossii-ot-24112022-n-1025/federalnaia-adaptirovannaia-obrazovatelnaia-programma-osnovnogo/

8. Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/

9. Федорова Т. А. Отношение учителей начальной школы к инклюзивному образованию детей с ограниченными возможностями здоровья // Инновации в науке. 2013. №27. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-uchiteley-nachalnoy-shkoly-k-inklyuzivnomu-obrazovaniyu-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya (дата обращения: 18.03.2025).

РОСТОВАЯ КУКЛА КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫХ НАВЫКОВ СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ильина Полина Сергеевна,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина», Тамбов

Андреева Алена Алексеевна,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина», Тамбов

Abstract.

В статье рассматривается использование мягких ростовых кукол в формировании первоначальных навыков сюжетно-ролевой игры у детей с легкой умственной отсталостью; подчеркивается, что игра с куклой – ключевой механизм проецирования социальных ролей и вербализации действий. Представлены результаты экспериментального исследования, где апробирован комплекс игр с ростовыми куклами для формирования начальных навыков сюжетно-ролевой игры и преодоления трудностей в коммуникации и сотрудничестве у детей с интеллектуальными нарушениями.

Ключевые слова: *умственная осталось, сюжетно-ролевая игра, первоначальные навыки сюжетно-ролевой игры, ростовая кукла.*

FULL-BODY PUPPETS AS A MEANS OF FORMING INITIAL SKILLS IN ROLE-[LAYING GAME FOR CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

Polina S. Ilyina,

Federal state budgetary educational institution of higher education "Tambov State University named after G.R. Derzhavin", Tambov

Alena A. Andreeva,

Federal state budgetary educational institution of higher education "Tambov State University named after G.R. Derzhavin", Tambov

Abstract.

The article discusses the role of soft full-body puppets in forming initial skills of role-playing games among children with mild intellectual disabilities. It emphasizes that playing with a puppet is a key mechanism for projecting social roles and verbalizing actions. The results of an experimental study are presented, where a set of games using full-body puppets was tested to form basic skills in role-playing games and overcome difficulties in communication and cooperation among children with intellectual impairments.

Keywords: *mental retardation, role-playing game, initial skills in role-playing game, full-body puppet.*

Игра – это сложный и важный элемент человеческой культуры, который сопровождает нас на протяжении всей жизни. Исследователи из разных областей науки о человеке подчеркивают, что игра играет ключевую роль в развитии личности, особенно в детском возрасте. В процессе игры дети не только развлекаются, но и формируют свои личностные качества и психологические навыки. Они учатся, подражая другим, проявляют самостоятельность и закрепляют полученный опыт. Ролевые игры особенно важны для этого процесса.

В педагогической науке сюжетно-ролевая игра определяется как игра, в которой ребенок берет на себя роль взрослого и воспроизводит его жизнь, деятельность и отношение к другим людям, тем самым живет с ним общей жизнью. Через содержание игры ребенок приобщается к жизни взрослых. Сюжетно-ролевая игра не возникает естественным образом у дошкольников с умственной отсталостью. Их игровая деятельность требует специальной поддержки и обучения, так как без этого она остается на уровне простых, повторяющихся действий с игрушками, не несущих в себе игрового смысла.

Кукла – это не просто игрушка, а один из старейших символов человеческой культуры. Она служит связующим звеном между поколениями, храня в себе память о традициях и национальном наследии. Сегодня рынок кукол поражает своим разнообразием. Среди множества видов можно выделить следующие: мягкие куклы, куклы-младенцы, интерактивные куклы, куклы-модели, куклы в рост ребенка. Ключевым элементом в развитии ролевой игры является кукла. Именно через игру с куклой ребенок начинает проецировать на себя роль взрослого, выполняя типичные действия, такие как кормление, обучение и уход. Так, вербализация этих действий в процессе игры «дочки-матери» является важным фактором формирования ролевого поведения.

Слово «ростовая» подразумевает, что кукла сделана в соответствии с ростом ребенка. Эти куклы яркие и красочные, и с ними легко играть: ребенок прикрепляет куклу к себе, обвязывает свои руки и ноги руками и ногами куклы. Игра с такими куклами приносит детям огромное удовольствие. Ростовые куклы для детей – это особенные костюмы, представляющие настоящих сказочных персонажей. Когда ребенок надевает такую куклу, он словно становится одним из них. Ростовые куклы вовлекают детей в самые разные виды деятельности: ролевые игры, театральные постановки, образовательные занятия, режимные моменты, утренники и развлечения. Когда важную информацию преподносит такой необычный и привлекательный персонаж, дети слушают с особым интересом и вниманием.

При организации поведения дошкольников с интеллектуальными нарушениями, как отмечают В.Г. Пелевина, А.А. Андреева [4], важно учи-

тывать ряд аспектов: примеряя на себя роль, дети начинают понимать ролевые функции и поведение в разных ситуациях (например, роль врача, продавца и т.д.). Ростовые куклы позволяют детализировать взаимодействие, делая его нагляднее и понятнее. В игре дети подражают звукам и словам персонажей, что позволяет им расширить активный словарь. Также стоит отметить, что общение с ростовыми куклами способствует развитию чувства сопереживания и заботы. Дети учатся распознавать эмоции окружающих, адекватно реагировать на чужое настроение и состояние. И еще немаловажный аспект: манипуляции с большими мягкими игрушками способствуют улучшению крупной моторики, укреплению мышц рук и ног, формированию общей физической выносливости ребенка

Экспериментальная работа по формированию первоначальных навыков сюжетно-ролевой игры была реализована на базе ТОГБОУ «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения» г. Тамбова. Для проведения эксперимента были скомплектованы две группы: экспериментальная и контрольная группа детей старшего дошкольного возраста с легкой умственной отсталостью. На констатирующем этапе нами были получены следующие результаты: в экспериментальной группе 50% демонстрируют низкий уровень начальных навыков сюжетно-ролевой игры, 30% показывают уровень ниже среднего, и только 20% - средний уровень. В контрольной группе результаты диагностики выглядят следующим образом: у 60% детей наблюдается низкий уровень развития начальных навыков сюжетно-ролевой игры, у 40% детей уровень развития этих навыков ниже среднего. Наблюдения показали, что у старших дошкольников с легкой умственной отсталостью имеются значительные трудности в освоении сюжетно-ролевой игры. Дети не умеют сотрудничать в игре, их речь практически не используется, а взаимодействие с игрушками крайне ограничено. Серьезной проблемой является непонимание детьми назначения игровых предметов.

В процессе исследования применялся метод стандартизированного наблюдения в сочетании с предложенным игровым сюжетом. Для того чтобы получить представление о содержании игры, был составлен протокол наблюдений. В ходе анализа игрового процесса были выделены следующие критерии для оценки формирования начальных игровых навыков:

- как возникает замысел игры (самостоятельно, с помощью взрослого, не возникает);
- количество и характер игровых задач, которые ставит ребенок;
- способность воспроизводить последовательность действий в игре (выполняет действия по порядку, пропускает отдельные шаги, действует хаотично);

- уровень коммуникации и взаимодействия с окружающими во время игры (играет с ровесником, с взрослым или самостоятельно);
- способность принимать игровые роли (ребенок сам выбирает роль, получает помощь от взрослого, не принимает роль);
- наличие ролевых высказываний и элементов ролевого общения;
- с кем ребенок ведет ролевую беседу (со сверстником, с взрослым или не вступает в беседу).

По итогам проведенного констатирующего этапа нами был разработан и апробирован комплекс игр с использованием ростовой куклы, направленный на формирование первоначальных навыков сюжетно-ролевой игры у детей старшего дошкольного возраста с легкой умственной отсталостью. В данный комплекс входят: пояснительная записка, методические рекомендации, комплект игр, перспективное-тематическое планирование.

Коррекционная работа с играми проходила поэтапно. На первом этапе шло знакомство с сюжетом и ролями игры. В дальнейшем шло формирование первоначальных навыков (замысел игры, формирование игровых действий и их последовательности; формирование коммуникации во время игры, умение брать на себя роль, формирование ролевых высказываний / беседы). И только после этих двух этапов шло закрепление ролей, беседы и алгоритма с помощью воспроизведении игр и с использованием ростовой куклы. При обучении детей сюжетно-ролевым играм важным элементом является осознание ими логики развития игрового сюжета, которая заключается в том, что каждое действие подготавливает будущее [3, с. 81].

После апробации наших игр была проведена повторная диагностика с помощью наблюдения. В экспериментальной группе были выявлены следующие результаты: у 60% был сформирован средний уровень навыков, а у 40% были выявлены показатели выше среднего. В контрольной группе были следующие результаты: 40% составляет низкий уровень сформированности навыков, 60% – ниже среднего. Апробация комплекса игр с ростовой куклой оказала, таким образом, положительное влияние на формирование начальных навыков сюжетно-ролевой игры у старших дошкольников с легкой умственной отсталостью. Повторное наблюдение выявило значительный прогресс: дети стали более внимательными и усидчивыми, научились вести ролевые беседы и использовать игровые алгоритмы, демонстрируя улучшение в сюжетно-ролевой игре.

Итак, использование разработанного нами комплекса игр с ростовой куклой эффективно формирует первоначальные навыки сюжетно-ролевой игры у детей старшего дошкольного возраста с легкой умственной отсталостью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акимова Л.Н. Значение игры для психического развития детей с интеллектуальными нарушениями // Проблемы современной науки и образования. 2014.№ 6 (24). С. 45-53.
2. Баряева Л.Б. Обучение сюжетно-ролевой игре детей с проблемами интеллектуального развития. СПб: Союз, 2001.
3. Ильина П.С. Особенности формирования первоначальных навыков сюжетно-ролевой игры у детей старшего дошкольного возраста с легкой умственной отсталостью // Молодежь и наука: актуальные проблемы и тенденции развития специального и инклюзивного образования: Матлы Всеросс. студ. науч.-практ. конф., Донецк, 14 ноября 2024 года. – Донецк: Донецкий государственный университет, 2024. – С. 79-82.
4. Пелевина В.Г., Андреева А.А. Коррекционные возможности мультфильмов в организации поведения дошкольников с легкой умственной отсталостью // Педагогика и психология в современном мире: теоретические и практические исследования : Сборник статей по материалам LXIII международной научно-практической конференции, Москва, 27 сентября 2022 года. Том 9 (63). – Москва: ООО «Интернаука», 2022. – С. 6-12.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ: КЛИНИКА, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ, (РЕ)АБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ

Калинина Марина Анатольевна,
кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Отдела психиатрии раннего детского возраста, Институт детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья, Москва
Куликов Антон Владиславович,
кандидат медицинских наук, заведующий Отделом психиатрии раннего детского возраста, Институт детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья, Москва
Марголина Инна Александровна,
кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Отдела психиатрии раннего детского возраста, Институт детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение Научный центр психического здоровья, Москва

Аннотация.
Статья посвящена описанию клинических особенностей психотических форм психических нарушений у детей раннего и дошкольного возраста. Подчеркивается, что одним из ведущих психопатологических нарушений при аутистических нарушениях является кататоническая симптоматика, не всегда своевременно диагностированная. Предложены организационные и медицинские подходы к коррекции и ведению этих состояний. Подчеркивается важность своевременной диагностики и своевременного начала терапии.

Ключевые слова: *дети, аутизм, психотические формы, кататония.*

PSYCHOTIC FORMS OF AUTISM IN CHILDREN: CLINICAL PICTURE, APPROACHES TO THERAPY, (RE) HABILITATION, AND SOCIALIZATION

Kalinina Marina Anatolyevna
(Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher, Department of Early Childhood Psychiatry, Institute of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health, Moscow, Russia).
Kulikov Anton Vladislavovich
(Candidate of Medical Sciences, Head of Department, Department of Early Childhood Psychiatry, Institute of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health, Moscow, Russia).
Margolina Inna Aleksandrovna
(Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher, Department of Early Childhood Psychiatry, Institute of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health, Moscow, Russia).

Abstract:
This article describes the clinical characteristics of psychotic forms of mental disorders in young and preschool-aged children. It is emphasized that one of the leading psychopathological disorders in autistic disorders is catatonic symptoms, which

are not always diagnosed in a timely manner. Organizational and medical approaches to correcting and managing these conditions are proposed. The importance of timely diagnosis and prompt initiation of therapy is emphasized.

Key words: *children, autism, psychotic forms, catatonia.*

Аутизм как психопатологический феномен известен более 100 лет. Е. Блейлер в 2011 г. определял суть аутизма как особый образ мышления, в круге шизофрении, характеризующийся уходом от реалий внешнего мира и погружением в мир своих мыслей, фантазий.

Дальнейшее изучение аутизма заключалось в уточнении клинических характеристик расстройства и этиологии заболевания. В результате исследований клиники детского аутизма многими исследователями [1, 2, 4, 8] была описана возможность появления в его картине позитивных психопатологических расстройств, наряду с симптомами нарушения развития всех сфер деятельности.

В настоящее время расстройство аутистического спектра (РАС) относится к группе ранних, пожизненных, гетерогенных нарушений развития нервной системы со сложными механизмами возникновения, которые диагностируется на основании клинической оценки поведения и выражаются в качественном нарушении эмоционального и социального взаимодействия, сопровождающимся нарушенной динамикой развития и стереотипными действиями. По оценкам недавних исследований, соотношение мужчин и женщин среди лиц с аутизмом ближе к 2:1 или 3:1, что указывает на более высокую эпидемиологическую распространенность аутизма у мужчин по сравнению с женщинами. Специфические аутистические характеристики обычно проявляются в возрасте до 3 лет, а некоторые дети в спектре аутизма могут иметь ограниченные возможности невербального и вербального общения в возрасте 18–24 месяцев. Диагноз РАС основывается на основных признаках нарушения социальной коммуникации и необычного, повторяющегося сенсомоторного поведения. Некоторым аутичным людям может быть окончательно поставлен диагноз аутизма уже в возрасте 2–3 лет, а средний возраст постановки диагноза для аутичных детей по-прежнему составляет 4–5 лет.

В ФГБНУ НЦПЗ, начиная с 1984 года, в течение длительного времени проводилась разработка проблем аутистических расстройств под руководством В.М. Башиной и Н.В. Симашковой [1, 4], продолжающаяся и в настоящее время. Пересмотр взглядов на проблему определялся как уровнем развития отечественной науки, так и международными исследованиями в рамках ВОЗ.

Н.В. Симашковой [4] было проведено исследование и защищена диссертация на тему атипичных вариантов детского аутизма, протекающего

с клинически верифицированными аутистическими и генетическими нарушениями. А.В. Куликовым [2] была собрана небольшая группа пациентов, имеющих верифицированную генетическую патологию.

Исследования показали, что более 61 % состояний составляют психотические случаи аутизма, в которых на первый план в клинической картине выступают кататонические нарушения. Клиническая картина кататонии была достаточно разнообразна и затрагивала разные сферы психической деятельности. В том числе были представлены так называемые кататоно-регрессивные симптомы, описанные В.М. Башиной, а ранее описанные профессором J. Raecke, приват-доцентом и главным врачом клиники психических и нервных болезней Университета Киля (Германия), в 1909 году. Присутствие психотических, кататонических симптомов в клинике аутизма подтверждают также многочисленные работы современных психиатров по всему миру [1, 2, 4, 5, 6, 7, 9].

Параллельно с исследованием клинической картины аутистических нарушений в нашей стране и за рубежом проводились поиск программ вторичной профилактики детского аутизма, разработка лечебных и реабилитационных программ для детей с разными его видами, предложенные В.М. Башиной, Н.В. Симашковой [1, 4] и др. Немалое место в изучении психологических и педагогических подходов к коррекции разных видов детского аутизма и оказанию практической помощи детям с аутизмом принадлежит отечественным специалистам – психиатрам [1, 4] и психологам, среди которых можно отметить роль К.С. Лебединской, О.С. Никольской [3] .

Сочетание в преобладающем большинстве случаев атипичного аутизма разных по степени тяжести задержек психического развития с диссоциацией и дезинтеграцией становления отдельных сфер психической деятельности, а также наличие позитивных психопатологических расстройств в ряде форм атипичного аутизма, атипичного психоза приводят к необходимости применения комплексной фармакотерапии, включающей не только нейролептики, но и вещества с нейропротективным, нейротрофическим действием. Основная цель лечения этих больных – воздействие на психопатологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а также соматоневрологические проявления заболевания, стимуляция развития функциональных систем, когнитивных функций, речи, моторики, необходимых навыков или поддержание их сохранности, создание предпосылок к возможности обучения. Комплексный метод обязательно должен включать специфическую сенсорную стимуляцию анализаторов зрения, слуха, двигательной системы, путем использования аппаратных воздействий и методов психологической, педагогической, логопедической коррекции (в работе с логопедом, дефектологом, психологом). Фармакотерапия у больных с аутизмом показана при выраженной агрессивно-

сти, самоповреждающем поведении, гиперактивности, кататонических стереотипиях и расстройствах настроения. В этих случаях рекомендованы нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и седативные препараты.

Своевременная и эффективная психофармакотерапия с воздействием на выявляемые у конкретного ребенка психопатологические синдромы, а также на проявления кататонии позволит снизить выраженность нарушений поведения, настроения, ядерных проявлений аутизма, ограничить возможность нарастания когнитивного дефекта, а в целом – обеспечит успех проведения вторичной и третичной психопрофилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Башина В.М. Общие нарушения психического развития. Атипичные аутистические расстройства // Детский аутизм: исследования и практика./Под ред. В.М. Башиной. Изд. Центр психолого-медико-социального сопровождения 2008. С. 75-93. ISBN: 978-5-9900666-3-2

2. Куликов А.В. Кататонические и кататоно-регрессивные расстройства при психотических формах расстройств аутистического спектра у детей: клиническая картина и подходы к терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т.22, № 4. С. 21-24.

3. Лебединская, Клара Самойловна. Диагностика раннего детского аутизма [Текст] : начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. - Москва : Просвещение, 1991. - 96, [1] с.; 20 см.; ISBN 5-09-003454-0

4. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Лусс Л.А. Клинико-социальные модели ведения пациентов с расстройствами аутистического спектра. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(6):13-20.

5. Murray R.M., Bhavsar V., Tripoli G., Howes O. 30 Years on: How the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia Morphed Into the Developmental Risk Factor Model of Psychosis //Schizophr Bull. 2017 Oct 21;43(6):1190-1196. PMID: 28981842 PMCID: PMC5737804 DOI: 10.1093/schbul/sbx121

6. Mazzone L, Postorino V., Valeri G., Vicari S. Catatonia in patients with autism: prevalence and management.// CNS Drugs 2014 Mar;28(3):205-15. doi: 10.1007/s40263-014-0143-9

7. Nyrenius J., Zander E.,•Ghaziuddin M.,•Ghaziuddin N. Co-occurrence of Autism, Psychosis and Catatonia: A Scoping Review//Journal of Autism and Developmental Disorders. https://doi.org/10.1007/s10803-025-07086-2 Received: 21 May 2025 / Accepted: 24 September 2025

8. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: Changes over time and their meaning. Acta Paediatric 2007; 94; 1:2-15.

9. Vaquerizo-Serrano J., Salazar De Pablo G., Singh J., Santosh P. Catatonia in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis // Eur Psychiatry. 2021 Dec 15;65(1):e4. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.2259

ВКЛАД ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМ ДИЗОНТОГЕНЕЗОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич,
кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва
Британова Виктория Сергеевна,
младший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва
Горнушенков Иван Денисович,
научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Аннотация.
В статье представлены результаты исследования эффективности групповой психотерапии в комплексной реабилитации подростков с эндогенной психической патологией в условиях стационара. Описана интегративная модель групповой работы, сочетающая когнитивно-поведенческий, контекстуально-поведенческий и проективный подходы. Показано, что применение открытой психотерапевтической группы способствует комплексной коррекции эмоционально-личностных нарушений, улучшению способности к ментализации, стабилизации самооценки, снижению выраженности переживания «инаковости» и страха отвержения, что проявляется в уменьшении избегающего поведения и формировании более реалистичного самовосприятия. Полученные данные подтверждают пер-

спективность данного метода для коррекции дизонтогенетических расстройств в подростковом возрасте.

Ключевые слова: *групповая психотерапия, подростки, психический дизонтогенез, эндогенные психические расстройства, стационарная реабилитация.*

GROUP PSYCHOTHERAPY IN COMPREHENSIVE INPATIENT REHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH MENTAL DYSONTOGENESIS

Alexey A. Koval-Zaitsev,
PhD, Senior Researcher, Federal state budgetary scientific institution «Mental Health Research Centre», Moscow
Victoria S. Britova,
Junior Researcher, Federal state budgetary scientific institution «Mental Health Research Centre», Moscow
Ivan D. Gornushenkov,
Researcher, Federal state budgetary scientific institution «Mental Health Research Centre», Moscow

Abstract.
This study evaluates group psychotherapy's efficacy in rehabilitating adolescents with endogenous mental disorders in hospital settings. An integrative model combining cognitive-behavioral, contextual-behavioral, and projective approaches was implemented. Results demonstrate that open psychotherapeutic groups effectively address emotional-personal disturbances, enhance mentalization, stabilize self-esteem, and reduce feelings of otherness and rejection fear. These improvements manifest through decreased avoidant behavior and more realistic self-perception. The findings support this method's promise for correcting dysontogenetic disorders during adolescence.

Key words: *group psychotherapy, adolescents, mental dysontogensis, endogenous mental disorders, inpatient rehabilitation*

Актуальность. Настоящее исследование продолжает научные традиции, заложенные в трудах К.С. Лебединской, чьи фундаментальные работы в области изучения психического дизонтогенеза сохраняют свою методологическую значимость для современной детской и подростковой психиатрии. Разработанный К.С. Лебединской системный подход к анализу нарушений психического развития представляется особенно эффективным применительно к изучению эндогенных психических расстройств в подростковом возрасте, когда наблюдается сложное переплетение эволюционных и процессуальных механизмов формирования патологии.

Современные исследования показывают устойчивый рост распространенности эндогенной психической патологии в подростковой популяции, что обуславливает необходимость разработки действенных моделей комплексной реабилитации [2]. Подростковый возраст как сензитивный период развития характеризуется сложным взаимодействием нормативных возрастных кризисов и патологических процессов при расстройствах шизофренического спектра. Структурно-динамические особенности эмоционально-личностной сферы у данной категории пациентов включают комплекс нарушений: дефициты эмоциональной регуляции, нарушения социального познания, личностную нестабильность, которые усугубляются в условиях социальной депривации и стигматизации [1, 3].

Особую значимость приобретает коррекция дизонтогенетических нарушений, которые формируют специфический паттерн социальной дезадаптации [4, 5]. Например, нарушения социального функционирования у подростков с расстройствами шизофренического спектра имеют тесную связь с дефицитами ментализации, эмоциональной уплощенностью и трудностями установления межличностных контактов. Для подростков с эндогенной депрессией характерен комплекс социальных дефицитов, который формируется за счет сочетания когнитивных искажений (негативная ментализация), снижения позитивного аффекта и избегания как доминирующей поведенческой стратегии. Таким образом, в контексте биопсихосоциальной модели психических расстройств групповая психотерапия представляется перспективным направлением, позволяющим целенаправленно воздействовать на ключевые компоненты психического дизонтогенеза.

Материалы и методы исследования. В течение 2025 года на базе стационара Института детской психиатрии (руководитель – д.м.н. Бархатова А.Н.) Научного центра психического здоровья (директор – д.м.н. Чайка Ю.А.) была разработана и реализована программа групповой психотерапевтической работы. В исследовании приняли участие подростки 13-16 лет с эндогенной психической патологией в рамках групп диагнозов F21, F25, F32 по МКБ-10. Общий объем выборки составил 42 человека.

Критериями включения в программу являлись: отсутствие острой психотической симптоматики, выраженного когнитивного дефицита (IQ > 80), добровольное информированное согласие пациента и его законных представителей на участие в программе. Критериями исключения служили: наличие сопутствующих органических поражений ЦНС, выраженные поведенческие девиации, представляющие опасность для других участников группы.

Организационная модель группы: открытая психотерапевтическая группа с частотой встреч 2 раза в неделю продолжительностью 60-90 минут. Среднее количество участников в каждой сессии составляло 4-8 человек. Продолжительность участия определялась сроком госпитализации (в среднем 5-7 недель). Групповая работа была интегрирована в общий терапевтический процесс через систему регулярного взаимодействия с врачами-психиатрами, включающую еженедельные консилиумы и ведение совместной документации.

Методологическую основу составил интегративный подход, сочетающий:

- Методы когнитивно-поведенческой терапии, направленные на идентификацию и коррекцию дисфункциональных когниций;
- Техники терапии принятия и ответственности, способствующие развитию психологической гибкости;
- Гештальт-подход, ориентированный на работу с актуальными переживаниями «здесь и сейчас»;
- Проективные методики (метафорические карты, рисуночные техники) для преодоления вербальных и рефлексивных дефицитов.

Структура психотерапевтических сессий включала последовательную реализацию следующих этапов:

1. Ритуализированное начало с оценкой эмоционального состояния с использованием метафорических карт;
2. Работа с актуальными запросами участников через технику «круга высказываний»;
3. Тематические обсуждения с использованием проективных методик и элементов психодрамы;
4. Техники эмоциональной саморегуляции (дыхательные упражнения, мышечная релаксация и т.п.);
5. Ритуализированное завершение с рефлексией полученного опыта и планированием дальнейшей работы.

Результаты и их обсуждение. Анализ динамики участников группы по данным стандартизированных шкал оценки и клинического наблюдения показал статистически значимые положительные изменения по следующим направлениям. Количественная оценка эффективности вмешательства с использованием шкалы депрессии и тревоги Бека (BDI, BAI), шкалы дисфункциональных отношений Вайсмана-Бека (DAS) и самоопросника CORE-OM выявила достоверное улучшение показателей по всем применявшимся методикам. Полученные данные говорят в пользу эффективности групповой психотерапии в коррекции эмоционально-личностных нарушений у подростков с эндогенной психической патологией.

В области эмоциональной регуляции отмечалось улучшение способности к идентификации и вербализации эмоциональных состояний. Использование проективных методик, в частности метафорических карт, позволяло преодолеть характерные для подростков с эндогенной психической патологией трудности вербализации аффективных переживаний. Наиболее эффективными оказались техники, направленные на дифференциацию базовых и сложных эмоций, а также распознавание амбивалентных эмоциональных состояний. Техники из арсенала терапии принятия и ответственности способствовали развитию навыков принятия сложных эмоций без последующей поведенческой дезадаптации, что проявлялось в снижении показателей эмоциональной реактивности.

В сфере социального познания наблюдалось улучшение способности к ментализации. Групповая динамика создавала естественные условия для тренировки распознавания эмоциональных состояний и намерений других людей. Структурированные упражнения, направленные на анализ невербальных сигналов и социальных контекстов, способствовали уменьшению склонности к парадоксальным интерпретациям социальных ситуаций.

В личностной сфере отмечалось снижение выраженности переживания «инаковости» и страха отвержения. Механизмы групповой поддержки и нормализации опыта позволяли смягчить характерные для подростков с эндогенной психической патологией нарушения самоидентификации. Получение обратной связи в безопасных условиях группового взаимодействия способствовало стабилизации самооценки и формированию более реалистичного самовосприятия. Наиболее выраженные изменения (на основании самоотчета участников группы) наблюдались в снижении социальной тревожности и уменьшении избегающего поведения.

Особого внимания заслуживает организационная модель открытой группы, которая показала свою эффективность в условиях стационара. Анализ процесса групповой динамики выявил специфические закономерности развития открытой группы, отличающиеся от классических моделей развития терапевтических групп. Непостоянство состава, являющееся неизбежным следствием особенностей стационарного лечения, успешно преодолевалось через:

- Индивидуализацию уровня участия с возможностью временного пассивного наблюдения;
- Использование сплачивающих групповых активностей, направленных на быстрое установление контакта;
- Поэтапное вовлечение новых участников через систему «наставничества»;
- Поддержание стабильной структуры сессий как основы безопасности.

Качественный анализ обратной связи от участников показал высокую оценку пользы групповой работы в контексте общей приверженности реабилитационному процессу. Наиболее значимыми факторами психотерапевтического воздействия пациенты называли: возможность получения

обратной связи от сверстников, чувство принадлежности к группе, снижение изоляции и возможность экспериментирования с новыми, более адаптивными моделями поведения.

Выводы.

1. Групповая психотерапия представляет собой эффективный метод коррекции дизонтогенетических нарушений у подростков с эндогенной психической патологией в условиях стационара, позволяющий целенаправленно воздействовать на ключевые компоненты эмоционально-личностной дисфункции.

2. Интегративный подход, сочетающий когнитивно-поведенческие, контекстуально-поведенческие и проективные методики, демонстрирует высокую эффективность в работе с разнородными проявлениями психического дизонтогенеза у подростков с эндогенной психической патологией.

3. Организационная модель открытой группы является адекватной и эффективной в условиях стационарного лечения, обеспечивая преемственность психотерапевтического процесса при непостоянном составе участников и позволяя гибко адаптироваться к особенностям стационарного контингента.

4. Наибольшая терапевтическая эффективность достигается при сочетании структурированных техник работы с эмоциональными и когнитивными процессами и безопасной поддерживающей среды, способствующей формированию новых адаптивных паттернов социального взаимодействия.

5. Перспективным направлением дальнейших исследований является разработка стандартизированных протоколов групповой работы с учетом специфики различных вариантов психического дизонтогенеза при эндогенной психической патологии в подростковом возрасте, а также изучение отдаленных влияний групповой психотерапии на показатели социальной адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические особенности шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте / А. В. Горюнов, Н. В. Зверева, А. Н. Симонов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2022. – Т. 122, № 9-2. – С. 5-13. DOI 10.17116/jnevro20221220925.

2. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4–15.

3. Longitudinal evolution of the transdiagnostic prodrome to severe mental disorders: a dynamic temporal network analysis informed by natural language processing and electronic health records / M. Arribas, J. M. Barnby, R. Patel [et al.] // Molecular Psychiatry. – 2025. – Vol. 30, No 7. – P. 2931–2942. – DOI 10.1038/s41380-025-02896-3.

4. Psychological and social difficulties in young non-help-seeking adolescents at risk for psychosis: insights from a large cohort study / C. M. Teigset, C. Mohn, C. R. Mohn-Haugen [et al.] // Frontiers in Psychology. – 2024. – Vol. 15. – Article 1430805. – DOI 10.3389/fpsyg.2024.1430805.

5. The relevance of social anxiety for understanding social functioning and facial emotion recognition in individuals at clinical high-risk for psychosis / T. F. Williams, R. E. Conley, V. A. Mittal // Early Intervention in Psychiatry. – 2023. – Vol. 17, No. 10. – P. 1021–1027. – DOI 10.1111/eip.13396.

СИНХРОННОСТЬ КАК ЗАЛОГ УСПЕХА: КАК СОГЛАСОВАННЫЕ ДЕЙСТВИЯ УЧИТЕЛЯ И ТЬЮТОРА ПОМОГАЮТ РЕБЁНКУ С РАС И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ УСВОИТЬ ПРОГРАММНЫЙ МАТЕРИАЛ

Костина Наталья Анатольевна,

Кировское областное государственное общеобразовательное бюджетное учреждение «Школа для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья г. Слободского», Слободской Кировской обл.

Мошонкина Наталья Петровна,

Кировское областное государственное общеобразовательное бюджетное учреждение «Школа для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья г. Слободского», Слободской Кировской обл.

Аннотация:

В статье описаны проблемы адаптации обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС) к школе. Рассмотрены основные принципы взаимодействия учителя и тьютора на разных этапах обучения, представлены некоторые методы и приемы, помогающие в адаптации обучающегося с РАС в школе и в освоении адаптированных образовательных программ.

Ключевые слова: *расстройство аутистического спектра, тьютор, сопровождение, адаптация, базовые учебные действия*

SYNCHRONICITY AS A KEY TO SUCCESS: HOW THE COORDINATED ACTIONS OF A TEACHER AND A TUTOR HELP A CHILD WITH ASD AND INTELLECTUAL ISABILITIES TO MASTER THE PROGRAM

Natalia A. Kostina,
Kirov Regional State Educational Budgetary Institution «School for students with disabilities in Slobodskoy», Kirov region, Slobodskoy
Natalia P. Moshonkina,
Kirov Regional State Educational Budgetary Institution «School for students with disabilities in Slobodskoy», Kirov region, Slobodskoy

Abstract:
The article describes the problems of students with ASD' adaptation to school. The basic principles of interaction between a teacher and a tutor at different stages of learning are considered. Some methods and techniques helping students to adapt at the school and master educational program are presented.

Keywords: *autism spectrum disorder, tutor, support, adaptation, basic learning activities*

В настоящее время количество детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) неизменно растёт. В школе г. Слободского Кировской области для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) обучается 15 детей, которые осваивают Адаптированную общеобразовательную программу для обучающихся с РАС по вариантам 8.3, 8.4. Формирование базовых учебных действий у обучающихся с РАС имеет большое значение для успешной адаптации и социализации таких детей в обществе. При этом можно с уверенностью сказать, что по психологическим и поведенческим особенностям дети с РАС совершенно разные. Поэтому весь педагогический процесс, в том числе и сопровождение, построен на принципах индивидуализации и дифференциации.

Индивидуальная помощь обучающемуся с РАС остаётся наиболее эффективным приёмом при формировании базовых учебных действий. Для получения образования такими обучающимися в классе создаются специальные условия. В заключениях ТПМПК прописано или

общее тьюторское сопровождение, которое осуществляют все участники образовательного процесса, или отдельный тьютор, специалист по сопровождению, координатор инклюзивного образования.

Важной проблемой остаётся адаптация обучающихся к школе. Ребёнок после ДОУ зачисляется в первый дополнительный класс на индивидуальное обучение. Целью такой формы образования является формирование учебного поведения. Создаётся визуальное расписание, вырабатывается алгоритм учебных действий, определённые ритуалы. Важно сохранить преемственность между индивидуальным обучением и обучением в классе. Работа в тандеме с педагогами в течение первого учебного года даёт свои результаты: становится возможным в следующем учебном году обучать ребенка уже в классном коллективе. Индивидуальное обучение не значит обособленное: ребёнок в течение года посещает занятия внеурочной деятельности спортивно-оздоровительной, нравственной, общекультурной и социальной направленности.

Обучающиеся с РАС, как правило, избегают контакта. Во время игр такие дети занимаются рядом, но не вместе. У некоторых возникает сопротивление при попытке взрослых организовать общение с детьми [1]. В связи с вышеизложенным в школе активно развивается наставничество. Для эффективного взаимодействия создаются пары «сверстник-сверстник» из обучающихся на индивидуальном обучении. Такая форма работы позволяет корректировать нарушения коммуникативной сферы: через работу в паре, вербальное общение со сверстником, активное взаимодействие и т.д.

Начиная с февраля, обучающиеся на индивидуальном обучении посещают некоторые уроки в классе, за которым закреплены. В этот период важно правильно адаптировать ребёнка с РАС к новым для него условиям и форме обучения. В следующем учебном году обучающийся переходит на очную форму обучения в классе. Огромную работу приходится проделывать, чтобы грамотно выстроить индивидуальный маршрут сопровождения не только ребёнка, но и его семьи. Взаимодействие учителя и тьютора не просто помогает эффективно выстроить процесс обучения, но и помочь ребёнку с РАС адаптироваться в новых условиях, а также социализироваться в обществе.

Тьютор – специалист по сопровождению. Кого сопровождает тьютор? Поскольку в сопровождении нуждается процесс освоения ребенком адаптированной общеобразовательной программы для обучающихся с РАС, следовательно, всех участников образовательных отношений: обучающихся, родителей, педагогов.

Первый этап взаимодействия тьютора и учителя начинается с изучения заключения психолого - медико - педагогической комиссии. На его

основе определяются цели и задачи работы в течение учебного года. Совместное ежедневное планирование строится с учётом цели и задач урока, психофизических особенностей обучающегося с РАС. Обязательным итогом планирования является предполагаемый результат.

Второй этап взаимодействия – это разработка заданий, продумывание форм работы на уроке. Ребёнок с РАС не может выполнять задания на уровне остальных обучающихся. Адаптация материала важна на всех этапах урока. Тьютор помогает организовать рабочее место, создаёт среду, в которой тьюторанту было бы комфортно и в которой появились бы предпосылки для его развития и формирования базовых учебных действий.

Разберём некоторые проблемы, с которыми мы столкнулись в первом классе. Работа над формированием учебного поведения начинается в первом дополнительном классе на индивидуальном обучении. В это время обучающиеся начинают понимать учебный режим, смену урока и перемены, привыкают к визуальному расписанию, вырабатывают ритуалы, умения работать с учебником, тетрадью, мультимедийными презентациями. В это время учителю индивидуального обучения важно поддерживать тесное сотрудничество с педагогами начального общего образования. В этом случае для ребёнка не будет неожиданным и новым обучение в классе со сверстниками. Для решения проблемы адаптации ребёнка с РАС к обучению в классе со сверстниками мы предпринимаем следующее:

1. Сокращение учебного времени, то есть времени нахождения обучающегося в классе. Выстраивание индивидуального маршрута позволяет наиболее эффективно проводить работу по адаптации первоклассника. Ребёнок приходит к определённому времени и находится в классе вместе с тьютором.

2. Постепенное введение в учебный режим новых ситуаций. Это касается, например, принятия пищи. Дети с РАС особенно избирательны к продуктам питания, поэтому процесс принятия пищи нарушается. Обучающемуся с РАС приходится ждать, пока все дети поедят. Иногда такой ребёнок просто берёт ту еду, которая ему нравится, у других обучающихся. Новая обстановка в столовой может провоцировать нежелательное поведение у ребёнка. В этом случае мы работаем с карточками PECS, заранее проговаривая правила поведения в столовой.

3. Разработка различных стимулов-подкреплений. Стимулами является то, что интересно ребёнку в кабинете. Сначала мы даём ему осмотреться в классном кабинете и подмечаем, что его привлекает, а потом уже используем это в качестве подкрепления (например, игрушки, которыми можно играть только на перемене).

4. Проблема, с которой приходится сталкиваться при обучении в

классе – это периоды ожидания в течение учебного занятия. При индивидуальном обучении такой проблемы нет, так как нет необходимости ждать следующего задания или внимания учителя. Карточки PECS помогают в течение непродолжительного времени. Обучающийся может проявлять агрессию, сопротивление и т.д. Целесообразно в это время вывести ребёнка из кабинета, попросить его выполнить практическое задание (например, сосчитать ступеньки, окна, цветы) или дать возможность пребывания в зоне отдыха, но не играть.

5. Дозирование эмоционального контакта с учителем, чтобы не было пресыщения.

6. Адаптация учебных заданий в зависимости от особенностей и развития ребёнка. Пошаговое преподнесение учебного материала, когда формируемый учебный навык разбивается на большое количество мелких шагов. Каждый шаг отрабатывается по отдельности, после чего из этих шагов выстраивается определённый алгоритм, позволяющий ученику выполнить необходимое задание [2, с. 18].

Основные навыки, которые формируются в этот период – это умение сидеть за столом, слушать учителя, выполнять инструкции, сначала по подражанию, а затем самостоятельно. Самостоятельности обучающегося способствует постепенное убирание подсказок и снижение интенсивности действий тьютора. Как правило, к среднему звену у обучающихся с РАС чётко сформировано учебное поведение, хорошо развиты навыки письма и чтения. Однако адаптация учебных материалов остаётся важным этапом для развития базовых учебных действий.

В школе для обучающихся с ОВЗ реализуются программы по профилям «Швейное дело», «Обслуживающий труд» и «Сельскохозяйственный труд». При разработке заданий для обучающихся с РАС с интеллектуальными нарушениями существует ряд проблем, так как у таких детей нарушены познавательная деятельность, модель речевых высказываний, регуляция поведения, эмоционально-волевая сфера, социальное взаимодействие. У таких детей замедленный темп деятельности, низкая работоспособность.

Приведём примеры адаптации материала для обучающихся с РАС на уроках технологии по профилю «Сельскохозяйственный труд». Организация своего рабочего места вызывает ряд трудностей у обучающихся с РАС, так как они затрудняются в понимании значения некоторых слов, инструкций учителя. Соблюдение техники безопасности на уроках профильного труда стоит в приоритете. Известно, что у детей с РАС на низком уровне находится инстинкт самосохранения. Расстройство данной сферы проявляется в отсутствии «чувства края», рассогласованности действий верхних конечностей и т.д. Перед началом практической работы ученики проверяют инвентарь на исправность,

но ребёнок с РАС этот момент пропускает, учитель выдаёт ребёнку исправный инструмент. При переносе инвентаря на место работы обучающиеся должны правильно переносить инструмент (рабочей частью вниз), ребёнку с РАС учитель наглядно демонстрирует действия – выдаёт инструмент уже в правильном положении со словами: «Неси так» или «Неси, как я». Для выполнения задания по технике безопасности мы используем план-схему. Дети с РАС хорошо понимают графическое изображение предметов и действий. Сначала мы предлагаем ребёнку выстроить последовательность действий, сравниваем с образцом. Характерной особенностью детей с РАС является проговаривание ими своих действий. Каждая карточка сопровождается вербализацией. Важно, чтобы при выполнении практической работы алгоритм был всегда перед глазами. План-схема используется на всех этапах практической работы, причем в схеме сокращено количество подробных сведений.

Например, рассмотрим тему: «Подготовка почвы в закрытом грунте к посадке». Организуя свою работу, обучающийся проговаривает свои действия: «втыкаю», «поднимаю», «переворачиваю». Однако нерешённой остаётся проблема самостоятельного переноса в новую ситуацию. После работы в теплице мы переходим на обработку почвы в открытом грунте. И вот здесь ребёнок теряется, проявляет беспокойство, дезориентируется в пространстве. Визуальные подсказки помогают преодолеть подобные трудности, но только с помощью тьютора.

Другая тема: «Заготовка почвенной смеси для парников и посевных ящиков в осеннее время». Ученики должны подсчитать количество смеси и рассчитать, сколько нужно заготовить торфа, перегноя, дерновой земли в один посевной ящик. Обучающийся с РАС узнаёт и показывает компоненты для смеси, просеивает их. С помощью тьютора подсчитывает составные части, перемешивает, пересыпает готовую смесь в ящик или переносит в парник. При подготовке инвентаря (ведра, совковой лопаты, почвенного сита) мы предлагаем обучающемуся с РАС для подбора картинки с изображением необходимых инструментов.

Обучающиеся с РАС испытывают трудности с мелкой моторикой, поэтому мы предлагаем им задания, требующие крупных движений (полив, уборка ботвы в компостную яму). Такие задания соответствуют их физическим возможностям, развивают важные жизненные навыки.

У обучающихся с РАС отсутствует интерес к деятельности окружающих, они не проявляют ответных реакций на попытки учителя организовать их взаимодействие с одноклассниками, поэтому мы организуем работу в паре.

Так как у обучающихся с РАС возникают трудности, связанные с коммуникацией, с пониманием устной и письменной речи, буквальностью интерпретаций, возникает проблема искажённого восприятия услышанного. Инструкцию такому обучающемуся мы даём ровным тоном, не слишком быстро.

Некоторые дети с РАС не отличают звук собственного имени от незнакомого. Отсутствие реакции на своё имя затрудняет для взрослых взаимодействие с ребёнком, а также препятствует его общению со сверстниками, поэтому мы обращаемся к ребёнку с РАС по имени и приучаем сверстников обращаться к нему по имени, чтобы он знал, что обращаются именно к нему.

Обучающиеся с РАС не могут одновременно воспринимать визуальные и речевые инструкции, поэтому мы отказываемся от такого инструктирования, когда школьнику необходимо одновременно слушать задание и выполнять какое-то действие.

Минимизируем двойные требования. Для такого задания, как «Возьми карандаши и раскрась растение баклажан», выбираем альтернативные формулировки: «Покажи плод, раскрась плод фиолетовым цветом, покажи листья, раскрась листья зелёным цветом». То есть, поскольку обучающимся с РАС трудно воспринимать многоступенчатые инструкции, мы делим их на части. Инструкции даём в виде простого, четкого и короткого предложения. Например, при изучении правил техники безопасности на уроках сельскохозяйственного труда основной массе обучающихся даём такую памятку:

Правила безопасной работы с минеральными удобрениями.

1. Перед началом работы надеть спецодежду.
2. При работе соблюдать осторожность: не прикасаться к минеральным удобрениям, работать только в резиновых перчатках. Брать удобрения мерками: банкой, кружкой, столовой или чайной ложкой.
3. Выполнять работу аккуратно, чтобы минеральные удобрения не попали на землю. Рассыпанные удобрения с дождями впитываются в почву и отравляют её.
4. По окончании работы вычистить, вымыть и положить на место инвентарь. Тщательно вымыть руки тёплой водой.

Для обучающегося с РАС мы упрощаем инструкцию:

1. Надень спецодежду.
2. Надень резиновые перчатки, удобрение бери меркой.
3. Почисти инвентарь, положи инвентарь на место, вымой руки с мылом. (Температуру воды при этом регулирует тьютор.)

При оценке предметных результатов (путем тестирования) для выбора правильного ответа обучающимся с РАС уменьшаем зрительную насыщенность и дозируем объём – предлагаем два варианта ответа, исключая выбор нескольких. Также при тестировании мы разбиваем вопросы на части или закрываем предыдущее и последующие задания.

Важным моментом организации трудовой деятельности является создание поддерживающей среды, в которой ребенок чувствует себя комфортно. Положительное подкрепление, такое как похвала, помогает закрепить адекватное поведение и мотивирует ребенка к дальнейшему участию в трудовой деятельности.

У обучающихся с РАС значительно нарушено развитие самосознания. Недостаточная критичность к результатам своей деятельности, к оцениванию своих достижений и неудач становится причиной того, что обучающийся с РАС хочет получать только отличные оценки, независимо от того, объективны ли они. В этой ситуации у них часто появляются невротические реакции на неудачу – такие дети сильно расстраиваются, могут громко заплакать, закричать, разбросать предметы, упасть на пол.

Индивидуальная помощь обучающимся с РАС по формированию базовых учебных действий является наиболее эффективным способом, поэтому и возникает потребность в особых образовательных условиях и востребованность постоянного педагогического сопровождения. Согласованные действия учителя и тьютора помогают обучающимся с РАС быстрее адаптироваться к новым условиям, а также осуществить основную цель сопровождения – успешную социализацию детей с РАС в обществе, а в дальнейшем – самореализацию в профессиональной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Медицинский вестник // URL: https://medvestnik.by
2. Богорад П.Л., Загуменная О.В., Хаустов, А. В. Адаптация учебных материалов для обучающихся с расстройствами аутистического спектра: методическое пособие. - Москва: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. - 80 с.

РАБОТА С ЛИЧНЫМ ДНЕВНИКОМ И ХУДОЖЕСТВЕННЫМИ ПРОИЗВЕДЕНИЯМИ В ЭМОЦИОНАЛЬНО-СМЫСЛОВОМ ПОДХОДЕ К КОРРЕКЦИИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Костин Игорь Анатольевич,

доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва

Аннотация.

Кратко представлены два метода коррекционно-развивающей психологической работы с лицами с РАС разного возраста, разработанные в рамках Эмоционально-смыслового подхода. Это методы «Дневник событий и впечатлений» и совместная проработка художественных книг и кино. Показана роль работы с применением этих методов в развитии осознания человеком с аутизмом своего внутреннего мира, возможностей понимать и сопереживать другим людям.

Ключевые слова: *дневниковая работа, модель психического, художественный текст, расстройства аутистического спектра.*

WORKING WITH A PERSONAL DIARY AND LITERARY PRODUCTS IN EMOTIONAL AND SEMANTIC APPROACH TO AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Igor A. Kostin,

Doctor of Psychology, leading researcher, Institute of Special Education, Moscow

Abstract.

Two methods of correctional and developmental psychological work with persons with ASD of different ages, developed within the framework of the Emotional-Semantic Approach, are briefly presented. These methods are: the «Diary of Events and Impressions» and the joint study of fiction books and movies. The role of working with these methods in developing awareness of one's inner world and the ability to understand and empathize with others is shown.

Keywords: *work with a diary, theory of mind, literary text, autism spectrum disorder.*

В эмоционально-смысловом подходе, который развивается в Институте коррекционной педагогики, разработан ряд методов, направленных на большую включенность ребенка с РАС в происходящее, на лучшее осмысление им происходящих вокруг него событий, причинно-следственных связей между ними, на осознание собственных предпочтений и переживаний, а также эмоциональных состояний и переживаний других людей [1]. В частности, на достижение этих коррекционно-развивающих целей направлено создание «Личных историй» [2], этот метод подходит для работы с детьми уже в дошкольном возрасте. Но и для более старших детей, подростков, во многих случаях – и взрослых людей с РАС эти коррекционные цели остаются актуальными. В Институте коррекционной педагогики были разработаны

специальные методы, направленные на их достижение – совместная дневниковая работа и работа с художественными текстами [3].

«Дневник событий и впечатлений», который ведет человек с РАС, может помочь ему в осмыслении как своего внутреннего мира, так и социальных отношений и правил, и даже внутреннего мира других людей. Совместная со специалистом или с кем-то из близких проработка жизненных впечатлений упорядочивает, концептуализирует содержимое автобиографической памяти, помогает человеку с РАС сохранить и развить самоидентичность. И если с маленькими детьми переработке подвергаются преимущественно текущие или по крайней мере недавние события, то начиная с подросткового возраста можно также прорабатывать события далекого или недавнего прошлого. С эмоциональной отдачей можно вспоминать летний отдых, любые поездки, походы в гости и т.д. – в общем, все, что несколько выбивается из череды рутинной повседневности. Благодатной темой для переработки являются воспоминания из детства – личные очарования, привязанности, страхи, конфликты с близкими. При совместной работе над дневником могут всплыть воспоминания о ссорах и конфликтах с родными, пугающие впечатления.

В таком случае можно помочь взрослеющему человеку с РАС сравнить «себя-нынешнего» и «себя-маленького»: такое сравнение нередко переживается выросшими аутичными детьми как удивительное открытие, особенно если помочь им поразмышлять на тему «что во мне осталось таким же, а что изменилось».

В то же время деятельность по ведению дневника может легко стереотипизироваться и выхолоститься, а ее развивающее значение может значительно ослабнуть: дневник человека с РАС может превратиться в добросовестное, однообразное перечисление рутинных событий, лишенное не только попыток рефлексии, но даже любых эмоциональных оценок. Чтобы этого не произошло, нужно присутствие рядом (по крайней мере на первых порах) доброжелательного помощника-собеседника, способного стимулировать включение в дневниковые записи эмоционально-оценочных слов, собственных предпочтений, сравнения впечатлений разных людей от одних и тех же событий, взгляда на них с разных сторон. Особое внимание такой помощник может уделять использованию «психологического словаря» в дневнике: названий чувств, настроений, характерологических черт, нравственных категорий. Без специальной психолого-педагогической работы эта часть родного языка очень трудно понимается и используется лицами с РАС.

Специалист, использующий метод «Дневник событий и впечатлений», должен следовать некоторым этическим ограничениям, и прежде всего правилу конфиденциальности содержания дневника. Без

разрешения человека с РАС недопустимо показывать совместно созданные тексты кому бы то ни было, в том числе членам семьи.

Работа с художественными текстами (в основном это художественная литература и кино) также обладает большим потенциалом для эмоционально-личностного развития лиц с РАС разного возраста. Для большинства из них характерны значительные трудности целостного и глубокого понимания художественных текстов, связанные с нарушениями как в познавательной, так и в эмоционально-личностной сфере. В частности, трудно удерживать в памяти и ориентироваться в длительном, имеющем множество поворотов сюжете; трудно помнить имена, характеры и действия каждого из персонажей, особенно если произведение объемное; трудно дифференцировать существенную и несущественную для определенной темы информацию, читать выборочно, найти нужное место и нужную информацию – трудно то, что называется «работать с текстом». Огромную трудность представляет и сопереживание персонажам, понимание их эмоций и мотивации их поступков, тонких оттенков социально-психологических отношений, а также восприятие смешного: «Постепенно я осознала, что из художественных книг, которые меня заставляют читать в школе, ровно ничего не понимаю. Я могла прочесть книгу от начала до конца, но так и не понять, о чем она. Как будто смысл терялся в мешанине знакомых слов» [4]. По-видимому, в связи с нарушением формирования модели психического важный для восприятия художественного произведения психологический механизм идентификации, сопереживания персонажам формируется у людей с РАС слабо.

Для преодоления этих трудностей совместная работа с книгой должна быть долгой и неторопливой. Строиться она может по-разному: возможны совместное чтение книги на занятиях, построение диалога на основе самостоятельно прочитанного текста. Людям с аутизмом полезно участвовать и в театральной деятельности, связанной с подготовкой постановок по художественным книгам, под руководством терпеливого педагога; простейшая же и самая доступная форма театрализации – это чтение диалогов по ролям.

Главным условием продуктивного, по-настоящему развивающего чтения можно назвать следующее: помощнику-взрослому необходимо постоянно связывать воспринимаемый сюжет и переживания героев с личным опытом, личными переживаниями и отношениями читателя с РАС. Очень важно свободное обсуждение действий и переживаний героев, причем взрослый может побуждать и помогать собеседнику формулировать свое мнение и одновременно не отказываться от высказывания собственного мнения тоже. «Пройденную» книгу необходимо вспоминать и позднее, по окончании работы над нею – по разным

поводам, в разных контекстах; иначе она может не зафиксироваться надолго в памяти, недостаточно связаться с эмоциональным опытом человека.

Что касается подбора литературы для работы, то он зависит от разных переменных, прежде всего – от актуальных возможностей подростка (молодого человека) в понимании текстов. Изучаемая книга не должна быть чрезмерно сложной, но не должна быть и слишком примитивной для данного читателя. Вероятно, к этому виду психокоррекционной помощи можно приложить известное педагогическое правило: предлагаемая при обучении задача должна быть несколько сложнее той, которая уже доступна ученику для самостоятельного выполнения, быть «в зоне его ближайшего развития».

По высказываниям родителей аутичных школьников, литература чаще всего оказывается для них одним из наиболее трудных предметов, и изучаемые в школьном курсе книги по-настоящему не осмысливаются и не переживаются эмоционально. Действительно, романы русских классиков – объемные и чрезвычайно сложные по тематике и характерам – для подавляющего большинства таких учеников оказываются непосильно сложными, по крайней мере в подростковые годы.

Для продуктивной работы необходимо, чтобы «разбираемая» книга была хорошо известна и по возможности вызывала интерес у самого специалиста или близкого, ведущего эту работу.

Чтобы совместная с человеком с РАС проработка книги или фильма была развивающей, нужно брать произведения, которые наполнены психологизмом, соотносятся с морально-нравственными проблемами, содержат внутреннюю борьбу мотивов персонажей и не содержат пугающих, агрессивных, гипертрофированно-ужасных образов. Выбирать книги для совместной проработки можно из широкого пласта прекрасной отечественной и зарубежной литературы для детей и подростков. Разумно использовать в психокоррекционных целях произведения пусть вроде бы и рассчитанные на более младший возраст, но извлекать из них при этом больше смысла и душевного опыта, чем ориентироваться на то, что соответствует паспортному возрасту человека с РАС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аутизм и расстройства аутистического спектра: диагностика и коррекционная помощь: учебник для вузов / О.С. Никольская и др.; ответственный редактор О.С. Никольская. – М : Издательство Юрайт, 2022 – 295 с.

2. Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Антонова И.Д. «Личные истории» - метод коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №58 2025 URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-58/personal-stories-a-method-of-correctional-work-with-children-with-autism-spectrum-disorders

3. Костин И.А. Помощь в социальной адаптации подросткам и молодым людям с расстройствами аутистического спектра: монография / И.А. Костин – М.: Теревинф, 2018. – 144 с.

4. Уильямс Д. Никто нигде / Д. Уильямс – М.: Теревинф, 2025. – 240 с.

ИНТЕГРАЦИЯ ИСКУССТВА И ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ КАК НЕОБХОДИМОЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ)

Кремешкова Елена Леонидовна,

преподаватель Центра педагогических компетенций Уральского Федерального Университета; учитель-дефектолог, Муниципальное автономное образовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 71», г. Екатеринбург

Аннотация.

Статья посвящена исследованию роли междисциплинарного взаимодействия в системе коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и их семьям. Рассматривается интеграция трех ключевых направлений: искусства (арт-терапия), исторического контекста развития помощи и цифровых технологий. Анализируются теоретические основы и практические модели такого синтеза, доказывается его эффективность для создания комплексной системы психолого-педагогического сопровождения и успешной социализации ребенка.

Ключевые слова: *междисциплинарное взаимодействие, дети с ОВЗ, коррекционная помощь, арт-терапия, цифровые технологии, инклюзивное образование.*

INTEGRATION OF ARTS AND DIGITAL TECHNOLOGIES: ESSENTIAL INTERDISCIPLINARY COOPERATION IN CORRECTIVE CARE FOR CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Elena L. Kremeshkova,
lecturer, Center for Pedagogical Competencies, Ural Federal University; Special teacher, Municipal Autonomous Educational Institution «Secondary School No. 71», Ekaterinburg

Abstract.
The article investigates the role of interdisciplinary collaboration in providing correctional assistance to children with disabilities and their families. It focuses on the integration of three key areas: art (art therapy), the historical context of support systems, and digital technologies. The author analyzes theoretical foundations and practical models of this synthesis, proving its effectiveness for designing a comprehensive system of psychological and pedagogical support and successful socialization of a child.

Keywords: *interdisciplinary interaction, children with disabilities, correctional assistance, art therapy, digital technologies, inclusive education.*

Современная система оказания коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и их семьям претерпевает значительные изменения, связанные с переходом от узкоспециализированных подходов к комплексным моделям поддержки. Междисциплинарное взаимодействие становится не просто методическим приемом, но необходимым условием эффективности психолого-педагогического сопровождения. В контексте инклюзивного образования, предполагающего интеграцию детей с ОВЗ в общеобразовательную среду, особенно актуальным становится синтез различных областей знания – от традиционных коррекционных методик до инновационных технологий [8].

Сущность и значение междисциплинарности в помощи детям с ОВЗ заключается в интеграции усилий специалистов различного профиля: педагогов-дефектологов, психологов, врачей разных специальностей, арт-терапевтов, IT-специалистов. Исследователи единодушны во мнении, что только скоординированная работа, основанная на общих концептуальных позициях, может обеспечить целостность коррекционного воздействия [7].

Эволюция научных взглядов на междисциплинарность отражает общую тенденцию развития научного знания. Как отмечает А.К. Савина,

современная логика научных исследований преодолевает ограниченность монодисциплинарности, обращаясь к возможностям интеграции различных научных областей для получения новых, ранее не выявленных смыслов. Этот переход особенно значим для специальной педагогики, которая продуктивно заимствует методологию и концептуальные подходы из смежных областей знания [8].

Культурно-историческая теория Л.С. Выготского составляет методологическую основу современной системы коррекционной помощи в России. Согласно этой парадигме, максимально возможная коррекция вторичных нарушений развития ребенка с ОВЗ наиболее эффективна в раннем возрасте, что подтверждается многолетними исследованиями в области сурдопедагогики и других направлений коррекционной педагогики [6].

Становление системы ранней помощи в России имеет глубокие исторические корни. Важность ранней диагностической и коррекционной помощи детям с нарушениями в развитии была осмыслена дефектологами и клиницистами еще во второй половине XX века (М.Г. Блюмина, Л.Т. Журба, А.А. Катаева, Б.Д. Корсунская, Э.И. Леонгард, Е.М. Мастюкова и др.). Однако только в 1992 году исследования в области ранней помощи стали приоритетным направлением научных изысканий в различных областях коррекционной педагогики, что положило начало интенсивному развитию отечественной научной школы ранней междисциплинарной помощи [5].

Развитие нормативно-правовой базы отражает изменение отношения к проблеме инклюзии и коррекционной помощи. Принятие Конвенции о правах инвалидов (2006) и разработка соответствующих национальных законодательных актов создали правовую основу для развития системы инклюзивного образования и междисциплинарного подхода в коррекционной работе [8].

Взаимодействие систем специального и инклюзивного образования представляет собой одну из сложных исторически обусловленных проблем. Как отмечают специалисты, инклюзивное образование не должно заменять систему специального обучения и не должно противопоставляться специальному образованию. Диапазон различий в развитии детей с ОВЗ крайне значителен, и при целом ряде вариантов дизонтогенеза инклюзивное обучение нецелесообразно. Исторический опыт показывает продуктивность взаимодействия двух систем, когда специальные (коррекционные) организации преобразуются в ресурсные центры, помогающие развитию продуктивной инклюзии.

Особое место в качестве инструмента междисциплинарного взаимодействия в системе психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ занимает арт-терапия. Методы арт-терапии, включая изо-

терапию, сказкотерапию, драматерапию, танцевально-двигательную терапию и другие направления, обеспечивают условия для эффективного эмоционального реагирования, облегчают процесс коммуникации, создают благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции [3].

Технологии арт-терапевтического воздействия разнообразны и адаптируются в зависимости от особенностей ребенка. Среди наиболее эффективных техник следующие:

● Техника «Мандала» – позволяет проводить диагностику эмоционального состояния ребенка и одновременно осуществлять коррекционное воздействие. Эта техника способствует снижению тревожности, преодолению страха и неуверенности, развитию художественного мышления и фантазии.

● Фототерапия – относительно новое направление, использующее работу с фотографиями для преодоления трудностей в общении, стимулирования работы воображения и раскрытия творческого потенциала.

● Совместное рисование – техника, основанная на цветовой системе, позволяющая не только диагностировать психическое состояние ребенка, но и раскрывать его художественные способности.

Принципы арт-терапевтического взаимодействия включают уважительное отношение и доброжелательность, принятие ребенка таким, какой он есть, одобрение его положительных качеств и достоинств, систему поощрений, активное включение ребенка в деятельность целого коллектива. Важным условием эффективности является отказ от оценочных суждений и предоставление ребенку свободы творческого самовыражения [1].

Феномен «цифрового детства», как социокультурный контекст современной коррекционной работы, требует осмысления в междисциплинарном ключе. Как отмечается в материалах междисциплинарной дискуссии, организованной Исследовательским комитетом Российского общества социологов «Социология детства», цифровое детство понимается как период жизни современных детей в новых условиях освоения социальной реальности, дополненной виртуальной, или как цивилизационный социокультурный феномен. Это накладывает отпечаток на подходы к коррекционной работе, требуя интеграции цифровых технологий в традиционные методики [4].

Направления интеграции цифровых технологий в коррекционную помощь детям с ОВЗ разнообразны:

● Цифровые инструменты арт-терапии – использование графических планшетов, специализированного программного обеспечения для творчества, позволяющего адаптировать процесс создания визуальных образов под особенности ребенка.

● Виртуальная и дополненная реальность – технологии, позволяющие создавать контролируемые среды для отработки социальных навыков, преодоления страхов и фобий.

● Онлайн-платформы для взаимодействия специалистов и родителей – системы, обеспечивающие непрерывность коррекционного процесса и возможность удаленного консультирования.

Междисциплинарные аспекты цифровизации коррекционной помощи включают необходимость сотрудничества IT-специалистов, педагогов, психологов и врачей для создания эффективных инструментов. Как отмечают исследователи, представители разных наук обладают полярными мнениями относительно влияния цифровизации на пространство общения современного ребенка, что требует организации продуктивного диалога между различными специалистами [4].

Междисциплинарное взаимодействие в коррекционной помощи ребенку с ОВЗ и его семье представляет собой сложный, многогранный процесс, эффективность которого определяется интеграцией усилий специалистов различного профиля. Синтез искусства, исторического опыта и цифровых технологий создает уникальную основу для разработки инновационных моделей психолого-педагогического сопровождения [2].

Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой конкретных методик интеграции арт-терапевтических практик, исторически обоснованных подходов и цифровых технологий в единую систему коррекционной помощи. Особого внимания заслуживает изучение влияния такого синтеза на различные категории детей с ОВЗ, а также анализ долгосрочных эффектов междисциплинарного подхода на процесс социальной интеграции и качество жизни ребенка и его семьи.

Практическая значимость представленного исследования состоит в том, что оно предлагает конкретные направления оптимизации коррекционной работы через междисциплинарное взаимодействие, что особенно актуально в контексте развития инклюзивного образования в России. Дальнейшая разработка этой проблемы будет способствовать повышению эффективности психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ и их семей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анненкова Е.Н. Использование арт-терапии в коррекционной работе с детьми дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья // Время развития. – https://cyberleninka.ru/journal/article/ispolzovanie-art-terapii-v-korrektsionnoy-rabote-s-detmi-doshkolnogo-vozrasta-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya

2. Байрамова Л.Н., Белоусова М.В. Междисциплинарное взаимодействие в организации помощи детям с речевыми и зубочелюстными нарушениями // Semantic Scholar. 2017. https://www.semanticscholar.org/paper/Междисциплинарное-взаимодействие-в-помощи-с-и-Байрамова-Белоусова/...

3. Екимова А. Арт-терапия для детей с ОВЗ: четыре эффективные техники // Просвещение, 2020. https://www.psy.su/feed/7768/

4. Кудрявцев В.Т., Майорова-Щеглова С.Н., Милехина Т.А., Рожков М.И., Попкова Т.Д. Цифровое детство. Междисциплинарная дискуссия // Комплексные исследования детства. 2024. Т. 6. № 2. – С. 73-84. https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovoe-detstvo-mezhdistsiplinarnaya-diskussiya

5. Междисциплинарный подход в формировании коммуникативных универсальных учебных действий у обучающихся с задержкой психического развития // Top-technologies. https://top-technologies.ru/ru/article/view?id=39123

6. Ранняя помощь детям с ОВЗ – начальный этап инклюзивного образования // Альманах Института коррекционной педагогики. 2023. № 52. https://alldef.ru/ru/articles/almanac-52/early-help-for-children-with-disabilities-as-the-initial-stage-of-inclusive-education

8. Шац И.К. Воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья как междисциплинарная проблема // Вестник Ленинградского государственного университета имени А.С. Пушкина. 2022. № 2. – С. 366-380. https://cyberleninka.ru/article/n/vospitanie-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-kak-mezhdistsiplinarnaya-problema

9. Шевелева Д.Е. Междисциплинарность при изучении инклюзивного образования: взаимодействие наук и теории разных стран // https://cyberleninka.ru/article/n/mezhdistsiplinarnost-pri-izuchenii-inklyuzivnogo-obrazovaniya-vzaimodeystvie-nauk-i-teorii-raznyh-stran

КОММУНИКАТИВНЫЕ ГРУППЫ КАК СРЕДА ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Лёзина Марина Максимовна,

педагог, Ассоциация лиц, содействующих развитию коммуникативных навыков у людей с ОВЗ «Мир общения», Москва

Аннотация.

В статье рассматривается опыт организации коммуникативной группы «Нескучная пятница» для подростков с расстройствами аутистического спектра (РАС). Обосновывается эффективность методологии, основанной на принципе предсказуемо-вариативной структуры занятий. Описываются ключевые блоки группы и их роль в развитии спонтанной, инициативной коммуникации. Приводятся данные, свидетельствующие о положительной динамике в развитии диалогической речи и социальной ориентировки участников после полугодового цикла занятий.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, подростки, коммуникативные навыки, коммуникативная группа, спонтанная речь, социальное взаимодействие.*

COMMUNICATIVE GROUPS AS AN ENVIRONMENT FOR DEVELOPING COMMUNICATION SKILLS IN ADOLESCENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Marina M. Lezina,

teacher, Association for promoting the development of communication skills in people with disabilities «World of Communication», Moscow

Abstract.

This article explores the implementation of the «Unboring Friday» communication group for adolescents with Autism Spectrum Disorders (ASD). The methodology, grounded in the principle of a predictable-yet-variable session structure, is justified for its efficacy. The paper describes the core modules of the group and their specific role in promoting spontaneous and initiatory communication. Findings demonstrate positive outcomes in the development of dialogic speech and social orientation among participants following a six-month intervention cycle.

Keywords: *autism spectrum disorders, adolescents, communication skills, communication group, spontaneous speech, social interaction.*

Развитие навыков общения у подростков с расстройствами аутистического спектра (РАС) представляет собой одну из ключевых задач психолого-педагогического сопровождения. Несмотря на формальную сформированность основных речевых средств, спонтанная инициативная коммуникация со сверстниками у данной категории подростков часто оказывается существенно затрудненной [1; 2].

Целью настоящей статьи является описание и анализ модели коммуникативной группы как особой среды, эффективной для формирования инициативных диалогических навыков у подростков с РАС. В соответствии с поставленной целью в работе решаются следующие задачи:

1. описание методологических основ и структуры работы коммуникативной группы;

2. анализ наблюдаемой динамики развития коммуникативных навыков участников.

Организация коммуникативных групп и структура группы «Нескучная пятница». Коммуникативная группа «Нескучная пятница» ориентирована на подростков, обладающих базовыми навыками группового взаимодействия. Общение участников организуется в относительно свободном формате, при этом ведущая роль отводится созданию условий для инициирования спонтанного взаимодействия между сверстниками. Основной задачей группы является развитие способности самостоятельно инициировать и поддерживать коммуникацию, а также удерживать тему разговора в процессе диалога [4]. Работа строится на сочетании различных видов активности.

Структура группы включает следующие последовательные блоки:

1. Неструктурированное приветствие, направленное на свободное общение, обмен новостями и формирование эмоционально благоприятной атмосферы;

2. Музыкальный блок, включающий распевки и совместное пение, согласование выбора песен, что способствует развитию навыков взаимодействия и следования общему ритму;

3. Блок импровизации, предполагающий выбор и обсуждение правил настольных игр, проведение теневого театра или караоке, направленный на поддержку инициативы и учет интересов других участников;

4. Ритуальные компоненты, такие как совместное чаепитие и празднование дней рождения, способствующие формированию позитивного группового контекста и сплоченности;

5. Творческие подгруппы, предполагающие разделение на проектные направления («съёмочная группа» и «художественная мастерская»), ориентированные на развитие кооперации в совместной деятельности.

Таким образом, работа строится на создании естественных коммуникативных поводов внутри предсказуемой схемы, что соответствует как потребности в стабильности, так и задачам развития гибкости и спонтанности общения [5].

Методы и средства формирования навыков общения

В процессе работы группы используются методы, направленные на:

1. расширение коммуникативных возможностей и интересов с учетом возрастных особенностей участников;

2. формирование навыков самопрезентации;

3. развитие устойчивого интереса и внимания к выступлениям других участников;

4. развитие ориентировки в смене видов деятельности в рамках групповой встречи;

5. формирование и закрепление базовых алгоритмов коммуникации, включающих умение слушать говорящего, поддерживать и развивать заданную тему диалога [3];

6. формирование представлений о позитивном диалоге, предполагающем поддержку инициативы партнера по общению [6] и выражение собственной позиции при расхождении мнений в формате коллективного обсуждения темы.

Анализ эффективности работы и практические выводы. По результатам полугодового цикла работы (наблюдение, экспертные оценки педагогов) была зафиксирована положительная динамика по целевым параметрам. Отмечен рост инициативности участников, проявляющийся в более частом самостоятельном предложении тем для обсуждения и видов деятельности. Кроме того, наблюдалось улучшение социального взаимодействия: участники демонстрировали более устойчивое внимание к выступлениям сверстников, задавали уточняющие вопросы.

Заключение. Представленный опыт организации коммуникативной группы «Нескучная пятница» подтверждает эффективность структурно-вариативного подхода в отношении развития навыков общения у подростков с расстройствами аутистического спектра. Создание среды, сочетающей предсказуемость и возможность спонтанного выбора, способствует формированию инициативной диалогической речи, навыков социальной кооперации и взаимного внимания. Описанная модель может быть рекомендована для применения в практике инклюзивного и коррекционно-развивающего образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баенская, Е.Р., Либлинг М.М. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития: Методическое пособие. – М.: Полиграф сервис, 2001. – 119 С.
2. Божкова Е. Д., Баландина О. В., Коновалов А. А. Расстройства аутистического спектра: современное состояние проблемы (обзор) // Соврем. технол. мед. 2020. №2.
3. Выготский Л.С. Мышление и речь. М.: Лабиринт, 2012 - 352 с.
4. Курбанова М. З. Особенности речевой коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра // Теория и практика современной науки. 2021. №11 (77).
5. Лисина М.И. Развитие общения дошкольников со сверстниками. – М.: Педагогика, 2013. – 215 с.
6. Хаустов А.В. Формирование коммуникативных навыков у детей с детским аутизмом: Дисс. канд. психол. наук. – М., 2017. – 176 с.

КОММУНИКАТИВНЫЕ КИНО-ГРУППЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С АУТИЗМОМ КАК СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ

Леонова Ирина Владиславовна,
Московский Городской Педагогический Университет, Институт психологии и комплексной реабилитации, Москва

Аннотация.
В статье представлен опыт организации коммуникативных кино-групп для подростков с расстройствами аутистического спектра. Освещены принципы организации коммуникативных групп, формы и стратегии эффективной работы. Обосновывается значимость группового формата работы и обогащения коммуникативного опыта подростков с РАС для развития их коммуникативных навыков и успешной социализации.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, коммуникация, социализация.*

COMMUNICATION MOVIE-GROUPS FOR TEENAGERS WITH AUTISM AS A MEAN OF SOCIALIZATION

Irina V. Leonova,
Moscow City Pedagogical University, Institute of Psychology and Comprehensive Rehabilitation, Moscow

Abstract.
The article presents the experience of organizing communication cinema-groups for teenagers with autism spectrum disorders. The principles of organizing communication groups, forms, and strategies of effective work are highlighted. The importance of the group format of work and the enrichment of communication experience for teenagers with ASD for the development of their communication skills and successful socialization is substantiated.

Keywords: *autism spectrum disorders, communication, socialization.*

РАС — это нарушение нейропсихического развития, характеризующееся качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий [1]. В последние годы вопрос социализации и комплексной помощи детям и подросткам с РАС приобретает особую масштабность и значимость. С одной стороны, это может быть связано с гипердиагностикой аутизма, о чем говорит часть исследователей, а с другой – с вариативностью его проявлений и изменениями в терминологической базе. Независимо от причин и форм проявления, подростков с РАС, нуждающихся в квалифицированной помощи и системе развития коммуникативных навыков и социализации, много, и это число постоянно растет.

Министерство просвещения РФ совместно с ФРЦ МГППУ провело Всероссийский мониторинг, который подтвердил большое число подростков с РАС, испытывающих сложности социализации (около 47000). В юношеский возраст эти ребята вступают психологически незрелыми и нуждаются в создании стимулирующих условий для социализации.

Подросткам и молодым людям с РАС бывает сложно формулировать мысли, поддерживать отношения, решать коммуникативные и в целом жизненные задачи. Они быстро теряют мотивацию, не чувствуют времени, не соблюдают правила. Проблемы усугубляются недостатком у них самоконтроля и самостоятельности. Это снижает их шансы на дальнейшее самоопределение и профориентацию, падает качество жизни всей семьи. При этом объем индивидуальных занятий, которые посещает подросток с РАС, часто не коррелирует с динамикой развития его социальных компетенций. Существуют феномены «кабинетной речи» и «зависимости от подсказки», которые объясняются склонностью людей с РАС к запоминанию конкретной ситуации в деталях и трудностью обобщения.

Взрослея, подростки с РАС испытывают острый дефицит социального опыта. Этот опыт очень важен любому человеку. Не получая достаточ-

ного опыта социализации, взаимодействия в коллективе, человек теряет возможность «вписаться» во взрослую жизнь. Часто ответственность за его жизнь полностью берут на себя родители, а он не развивает навыков самостоятельности и саморегуляции. При этом интеллектуальный потенциал может быть довольно высоким, например, при высокофункциональном аутизме.

По результатам консультирования 150 семей подростков с РАС в период с 01.09.2024 по 01.02.25 Ассоциация «МИР ОБЩЕНИЯ» выявила следующие наиболее частые запросы родителей:

- Необходимость найти группу общения со сверстниками, «нигде не берут» (35%);
- Снижение зависимости от игр, большее вовлечение в жизнь (39%);
- Группы общения, в которые можно записать ребёнка (26%).

Таким образом, для социализации молодых людей с РАС нужна адаптированная среда, где созданы условия для развития навыков общения и саморегуляции. А их родителям необходима методическая поддержка и сопровождение для создания условий для закрепления этих навыков.

В современных исследованиях отмечается, что успешной основой социализации подростков с РАС, испытывающих трудности в общении, становится деятельность, связанная с интерактивными технологиями (кино, мультипликация, ведение блогов), в которой они учатся самоконтролю, взаимодействию, включены в процесс и заинтересованы в результате, осваивают навыки профориентации. Ощущают свою причастность к общему делу, оценивают свою работу и действия других участников команды. Задумываются о своём будущем, начинают прикладывать усилия, осваивая новые навыки.

Все эти факторы привели нас к выводу о значимости проекта, который мог бы комплексно воздействовать на ситуацию и реализовывать задачи сразу в нескольких актуальных направлениях:

- Социо-культурная реабилитация и преодоление узости кругозора участников, изучение культурных ценностей в доступном инклюзивном формате;
- Профессиональная помощь с применением эффективных методик, помогающих минимизировать трудности коммуникации, саморегуляции, самостоятельности;
- Насыщение позитивным опытом общения в среде сверстников и возможность проявить и развить свои способности с опорой на интерес или увлечение [3].

В нашем комплексном подходе в работе применяются различные методы с доказанной эффективностью:

1. Благодаря применению метода АВА (прикладной поведенческий анализ) удается преодолеть поведенческие трудности участников, сформировать новые мотивы обучения, обучить участников поведенческим паттернам, соответствующим различным специальностям из мира кино и журналистики (корреспондент, оператор, режиссер, актер, интервьюер). Применение технологий АВА позволяет индивидуально подойти к особенностям каждого участника, выявить мотивационные стимулы, построить пошаговые стратегии обучения навыкам [4];

2. Метод DIR / Floortime позволяет наладить партнерские отношения, сформировать инициативу в общении. Сертифицированные специалисты используют съемочный процесс как среду для развития саморегуляции. Так, роль режиссера требует от участника с РАС удержания в голове общего плана (целенаправленность), а роль оператора — следования инструкции и контроля над своими эмоциями. Это не просто игра, а терапевтически выстроенное занятие, где каждый элемент сценария работает на развитие конкретного навыка, прописанного в индивидуальном плане. Ответственность, которую ребята берут на себя в ситуациях партнерских отношений, помогает им научиться принимать решения, находить компромиссы, формирует естественную мотивацию и уверенность в своих силах [2];

3. Подход TEACCH дает возможность обучить самостоятельности, минимизировать подсказки, научить самостоятельно принимать решения и контролировать процессы [5]. Взаимодействие с профессиональным оборудованием позволяет тренировать четкость и концентрацию при выполнении многоуровневых задач.

Процесс создания видеороликов и мультфильмов максимально оптимизирован, что позволяет сосредоточиться на развитии навыков коммуникации и самостоятельности участников. Интерес к процессу создания мультфильмов и роликов помогает им сохранить мотивацию и научиться управлять оборудованием, освоить технологии, стать более самостоятельными и организованными. Навыки съемки, художественного чтения, работы с аппаратурой важны также и для дальнейшей профориентации. К данной практике добавляется адаптированная система тренингов с психологом-профориентологом, который помогает подросткам усвоить и систематизировать знания о профессиональном мире.

Основными принципами нашей работы являются:

- Профессиональная помощь детям и подросткам с РАС, а также поддержка их семей;
- Поддержание партнёрской среды, где участники получают опыт естественного общения и социализации;
- Индивидуальный подход к возможностям и задачам развития каждого участника и опора на их личные интересы. Соблюдение этого принципа позволяет создать оптимальную культурную и творческую среду, в которой человека бережно направляют и помогают развивать способности и творческое мастерство.

Большое место в комплексной реабилитации и развитии коммуникативных навыков подростков с РАС отводится поддержке семьи, где воспитывается подросток. Поэтому так важны консультации и тренинги для родителей. Именно они обеспечивают развивающую среду дома, которая способствует развитию самостоятельности и социализации в следующих областях жизненной компетенции:

1. Расширение социального контекста взаимодействия с членами семьи: традиции, домашние обязанности, праздники, настольные игры всей семьей, семейные чтения и др.

2. Знакомство подростка с миром финансов. Карманные деньги, которые нужно сначала «заработать», например, выполняя бытовые задачи, а потом можно их потратить и пережить естественные последствия, например, если денег не хватило на задуманную покупку. Это повышает мотивацию «заработать» еще.

3. Расширение круга освоенных жизненных контекстов, социальных ситуаций: кафе, кинотеатр, парк, музей и др.

4. В развивающей среде создаются условия для развития способностей подростка: может рисовать – есть рабочий стол, любит музыку – есть музыкальный уголок, умеет взаимодействовать с животными – появляется домашний питомец и т.д.

Комплексная поддержка семей обеспечивает перенос позитивных изменений в повседневную жизнь и создает устойчивую поддерживающую среду.

В рамках программы подростки с РАС проходят не только теоретический курс профориентации и развития коммуникативных навыков в команде, а также посещают различные партнерские площадки, где для них организованы проф-экскурсии и создана возможность волонтерства.

Их вовлечению способствуют и конкурсы творческих работ, выставки, показы, где участники могут продемонстрировать свои достижения и получить заслуженное восхищение и высокую оценку своей работы. Кроме того, популяризация этих мероприятий помогает повышению толерантности и внимания общества к важности инклюзии.

За время проведения проекта, а это один учебный год, родители и специалисты отмечают значительные изменения у участников:

- улучшились навыки коммуникации и самоконтроля как во время проведения групп, так и в повседневной жизни. Это те самые «мягкие» навыки, которые так необходимы для работы и успешного пребывания в коллективе. Повысилось внимание к собственной речи, ее развернутости и четкости;
- заметные улучшения наблюдаются в развитии навыков самостоятельности и самоорганизации: следования правилам, ориентирования во времени, удержания внимания на деятельности (что отражено в результатах перекрёстного анкетирования родителей участников и специалистов проекта);
- повысились осознанность и объективное отношение к своим возможностям в категориях «я хочу, я могу, я умею, мне нужно учиться, мне нужна помощь в этом», что крайне важно для дальнейшей профориентации и социальной занятости людей с РАС.

Таким образом, в настоящем проекте созданы предпосылки для взросления и социализации подростков и молодых людей с РАС, испытывающих трудности в коммуникации, что поможет им в дальнейшей жизни, даст мотивацию для профориентации и последующего трудоустройства или социальной занятости. А это, в свою очередь, улучшит качество жизни не только самих участников, но и их семей.

Важно продолжать работу по социализации подростков и молодых людей с РАС и далее. В процессе взросления перед ними встают все более сложные социальные задачи, решить которые без специального обучения бывает очень сложно. Поэтому мы считаем, что идеальная социальная модель для людей с РАС – это сопровождаемое проживание. Именно она позволяет обеспечить организационную и психологическую поддержку, в которой они могут нуждаться.

Для участников, прошедших программу кино-группы в «Мире Общения», команда разработала следующую ступень проекта – «Мир Профи», которая реализуется в тесном сотрудничестве с базами волонтерства, социальной и трудовой занятости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. - М.: Теревинф, 2006

2. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления – М.: Теревинф, 2013

3. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – 8-е изд. – М.: Теревинф, 2014

4. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА: АВА (Applied Behavior Analisis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013

5. Eric Schopler; Nurit Yimiya; Cory Shulman; Lee M. Marcus (editors). The Research Basis for Autism Intervention.- Plenum Publishing, 2001.

СОЗДАНИЕ «ЛИЧНЫХ ИСТОРИЙ» КАК МЕТОД ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Антонова Ирина Дмитриевна,
кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва
Либлинг Мария Михайловна,
кандидат психологических наук, заведующий лабораторией образования и комплексной абилитации детей с аутизмом, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва

Аннотация:
В статье представлен метод создания «Личных историй», разработанный в русле Эмоционально-смыслового подхода к коррекции расстройств аутистического спектра. Метод основан на использовании эмоционально значимых для ребенка впечатлений, которые фиксируются на фотографиях или рисунках, комментируются и обсуждаются, включаются в смысловой контекст и выстраиваются в логической последовательности. Рассматриваются цели и задачи метода, направленного на проработку личного опыта ребенка в совместном со взрослым переживании и осмыслении житейских событий. Раскрываются методические особенности и возможности коррекционной работы с детьми с аутизмом в процессе создания «Личных историй». Проводится сравнение метода «Личные истории» с методом «Социальные истории», распространенным в специальной помощи детям и подросткам с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, фрагментарность восприятия, Эмоционально-смысловой подход, «Личные истории», осмысление личного опыта, развитие речи.*

CREATING «PERSONAL STORIES» AS A METHOD OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL WORK WITH CHILDREN WITH ASD

Irina D. Antonova,
PhD in Psychology, Senior Researcher, FSBSI «Institute of Special Education», Moscow
Maria M. Libling,
PhD in Psychology, head of the Laboratory of Education and Comprehensive Habilitation of Children with Autism, FSBSI «The Institute of Special Education», Moscow

Abstract:
The article presents a method of creating «Personal stories» developed in line with an Emotional-Semantic Approach to the correction of autism spectrum disorders. The method is based on the use of child's emotionally significant impressions, which are recorded in photographs or drawings, commented on and discussed, included in the semantic context and arranged in a logical sequence. The article considers the goals and objectives of the method aimed at working out the personal experience of a child, which occurs in joint experience with an adult and comprehension of everyday events. The methodical features and possibilities of correctional work with children with autism in the process of creating «Personal stories» are revealed. The comparison of the «Personal stories» method with the «Social stories» method, widely used in special care for children and adolescents with autism spectrum disorders, is carried out.

Keywords: *autism spectrum disorders, stereotyping, fragmentary perception, emotional and semantic approach, «Personal stories», understanding personal experience, speech development.*

При расстройствах аутистического спектра (РАС) характерными являются проблемы восприятия и осмысления житейских событий, их последовательности и логики. События собственной жизни часто остаются не осознанными и не прочувствованными детьми с РАС. Самостоятельная активность ребенка с аутизмом, как правило, ориентирована на достижение и постоянное воспроизведение избирательных ощущений и впечатлений, которые не встраиваются в смысловой контекст происходящих событий.

Специальные исследования подтверждают, что фрагментарность восприятия является характерной когнитивной особенностью людей с РАС [1, 6]. В связи с этим одной из важнейших задач психолого-педагогического сопровождения ребенка с РАС является формирование его осмысленного отношения к событиям собственной жизни. От эффективности решения этой задачи во многом зависит успешность его дальнейшей социализации.

Коррекционно-развивающая работа, направленная на проработку личного опыта ребенка с РАС, может быть эффективной, если она будет строиться на значимых для ребенка личных впечатлениях.

В русле Эмоционально-смыслового подхода к коррекции РАС подчеркивается важность формирования у ребенка с аутизмом интереса к событиям его собственной жизни, к жизни его семьи, развитие понимания взаимосвязей и последовательностей этих событий [2, 3, 5, 7, 8]. Одним из методов, направленных на совместное со взрослым переживание и осмысление личного аффективного опыта ребенка с РАС в рамках этого подхода, является метод создания «Личных историй». Он основан на использовании эмоционально значимых для ребенка впечатлений, которые фиксируются на фотографиях или в рисунках, комментируются и обсуждаются, включаются в смысловой контекст и выстраиваются в логической последовательности.

Метод «Личные истории» ориентирован на детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста с РАС и позволяет целенаправленно формировать:

- понимание содержания, последовательности и связи событий собственной жизни ребенка;
- понимание временных последовательностей и причинно-следственных связей;
- осознание собственных эмоциональных состояний, улучшение самоконтроля и саморегуляции;
- понимание эмоциональных состояний близких людей, человеческих отношений;
- понимание мотивов поступков других людей;
- появление и / или развитие возможностей диалога.

Работа по методу «Личные истории» может проводиться как психологом на индивидуальных занятиях, так и родителями в домашних условиях. Строится она на совместном с ребенком создании историй о его жизни или о жизни предпочитаемых им персонажей мультфильмов или книг с опорой на визуальный материал, часть которого подготавливается заранее (фотографии, отражающие актуальные впечатления ребенка, иллюстрации из любимых мультфильмов), а другая часть – создается в процессе работы с ребенком (рисунки, подписи). Специалист просит родителей наблюдать за тем, что интересует и радует ребенка в каждодневной жизни, и фиксировать эти актуальные впечатления в фотографиях. Для работы используются также фотографии близких людей, значимых для ребенка объектов, игрушек и героев любимых мультфильмов. Комплекты фотоматериалов специально готовятся к каждому занятию.

Работа по созданию «Личных историй» начинается с того, что взрослый, опираясь на визуальные материалы (картинки, фотографии), привлекает внимание ребенка к значимым для него позитивным впечатлениям. Далее эти впечатления прорабатываются, детализируются с помощью эмоционально-смыслового комментария[6] [5]. Между ними выстраиваются связи, формируются сюжетные последовательности. Учитывая, что ребенку с РАС может быть трудно длительное произвольное сосредоточение, в начале занятий комментарий может быть достаточно коротким, но при этом он сразу строится в форме диалога, обсуждения ситуации с акцентом на привлекательных деталях. В процессе работы внимание ребенка становится более протяженным, он может дольше рассматривать фотографии и активнее включаться в их обсуждение. Соответственно и комментарий взрослого становится все более развернутым, в нем чаще появляются вопросы, на которые ребенок может ответить сам или с помощью мамы.

Работа с иллюстрациями из любимых мультфильмов выстраивается таким образом, чтобы проводить параллели между тем, что делает и чувствует сам ребенок и его любимые герои. В процессе создания истории с опорой на фотографии и иллюстрации используются дополнительные материалы: листы для рисования, на которых изображаются или наклеиваются значимые для ребенка детали, подписываются персонажи и их действия и т.п.

При создании «Личных историй» в начале работы не рекомендуется использовать чрезмерно эмоционально насыщенные темы, а также острые, негативные, перевозбуждающие ребенка впечатления. Такие темы можно будет встраивать позже в уже разработанный смысловой контекст, сформированный в процессе работы [2].

Содержанием «Личных историй» могут быть не только актуальные события, но и значимые впечатления из прошлого опыта: летняя поездка, празднование Нового года, дня рождения и т.п.

Достоинством метода создания «Личных историй» является стимуляция речевой инициативы у детей с аутизмом, появление которой обеспечивается именно благодаря обращению к личному опыту ребенка, обсуждению аффективно значимых для него впечатлений. Детей, не пользующихся речью, взрослый (специалист или родитель) стимулирует к звукоподражанию, эхолалии на основе эмоционального заражения, или произнесению отдельных звуков, слогов, коротких слогов. Если ребенок пользуется речью, но его речь бедна и стереотипна, то специалист в процессе создания «Личной истории» помогает ребенку развернуть

[1]Печатается по: Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. – Москва: Просвещение, 1991. – С. 72-83. Также опубликовано в виде отдельной статьи в: Лебединская К.С. Вопросы дифференциальной диагностики // Альманах Института коррекционной педагогики. Электрон. журн. – №9. – 2005. URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/ (Дата обращения: 18.03.2026).

высказывание, ответить на вопрос, стабильнее использовать в рассказе о себе первое лицо.

Даже в том случае, когда ребенок с аутизмом владеет фразовой речью и может рассказать об интересном для него событии, он избирательно фиксируется на отдельных деталях, связанных с его особыми интересами и пристрастиями, что мешает последовательному изложению сюжета. Навыки пересказа даются ребенку с РАС с большим трудом. В процессе создания «Личных историй» тренируется умение пересказывать события и их последовательности, ребенок постепенно усваивает «алгоритм» пересказа.

Альбомы с «Личными историями» становятся хорошей основой для освоения глобального чтения, затем – чтения по слогам, и в некоторых случаях для овладения письмом. Проработав содержание фотографии, взрослый вместе с ребенком подписывают ее. Сначала подписи будут короткими, в дальнейшем взрослый помогает ребенку составлять все более развернутые истории по картинкам.

Метод создания «Личных историй» может использоваться в коррекционной работе не только с детьми раннего и дошкольного возраста, он не теряет своего развивающего потенциала по мере взросления ребенка с РАС. В соответствии с его возможностями меняется глубина совместной проработки сюжетов «Личных историй», увеличиваются собственные возможности ребенка в комментировании событий и поддержании диалога, формируется способность соблюдать логическую последовательность как в устной, так и в письменной речи. С младшими школьниками и подростками работа над «Личными историями» постепенно приобретает вид совместного создания письменных рассказов и дневников с фотоиллюстрациями.

Следует различать метод «Личные истории» и известный в практике коррекционной работы с детьми с РАС метод «Социальные истории», который направлен на развитие навыков социального взаимодействия посредством формирования у ребенка с аутизмом представлений о тех или иных социальных ситуациях, а также о реализации необходимых в этих ситуациях поведенческих алгоритмов [4]. Каждая социальная история направлена на разбор проблемной для ребенка ситуации, которая изолированно касается какой-то одной стороны его социального опыта. Ребенку в готовом виде даются образцы нужного поведения и кратко описываются его предполагаемые переживания. Таким образом, учитывается склонность детей с аутизмом к стереотипности, однако не ставится задача эту стереотипность преодолевать.

Метод «Социальные истории» не ориентирован на совместную с ребенком проработку значимых для него позитивных впечатлений, на встраивание этих впечатлений в смысловой контекст событий, происходящих в его жизни. В задачи данного метода не входит совместная проработка ежедневных событий жизни ребенка с РАС, которые могут оставаться неосознанными, непонятными для него.

В отличие от «Социальных историй», метод «Личные истории» направлен на развитие интереса ребенка с РАС к житейским событиям, которые происходят ежедневно с ним самим, с его близкими, развитию понимания их смысла, связи и последовательности.

Результатом работы по методу «Личные истории» является формирование целостного восприятия событий и ситуаций, что делает их более понятными и предсказуемыми для ребенка с РАС. Обсуждение историй, происходящих в его жизни, способствует развитию понимания его собственных чувств и переживаний, а также эмоций и чувств близких ему людей. Проработка личного жизненного опыта помогает ребенку справляться и с напряженными, неприятными впечатлениями, поскольку они в процессе создания «Личных историй» включаются в контекст уже осмысленных совместно со взрослым позитивных переживаний, а не рассматриваются изолированно.

Таким образом, коррекционно-развивающая работа с использованием метода «Личные истории» способствует развитию коммуникативных и речевых возможностей ребенка с РАС, осмыслению им житейских событий, развитию понимания временных и причинно-следственных связей, понимания собственных эмоций и чувств других людей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М.: Теревинф, 2016. [Электронный ресурс] https://www.osoboepravo.ru/files/book/file/vvedenie_v_psih_teoriyu_autizma.pdf

2. Аршатская О.С., Баенская Е.Р. Эмоционально-смысловая проработка сюжета в коррекционной работе с детьми с расстройством аутистического спектра // Дефектология. 2020. № 4. - С. 40-48.

3. Баенская Е.Р. Использование сюжетного рисования в коррекционной работе с аутичными детьми // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. №20. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/ispolzovanie-sjuzhetnogo-risovanija-v-korrekcionnoj

4. Грей К. Социальные истории: Инновационная методика для развития социальной компетентности у детей с аутизмом Кэрол Грей. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018 – 432 с.

5. Либлинг М.М., Баенская Е.Р. Значение эмоционально-смыслового комментария в коррекционной работе с

детьми с аутизмом // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2016. № 1. С. 24-28.

6. Никольская О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. № 18. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narushenija-psihicheskogo-razvitija-pri

7. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2021. – 288 с.

8. Никольская О.С. Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2016. № 26. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/emoczionalno-smyislovoj-podxod-k-korrekczii-rasstrojstv-autisticheskogo-spektra

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОСТРОЙ ПОТЕРИ ЗРЕНИЯ

Ломакин Денис Борисович,
Образовательная автономная некоммерческая организация высшего образования «Московский институт технологий и управления», Москва
Никифоров Дмитрий Игоревич,
Образовательная автономная некоммерческая организация высшего образования «Московский институт технологий и управления», Москва
Фокина Александра Владимировна,
Образовательная автономная некоммерческая организация высшего образования «Московский институт технологий и управления», Москва

Аннотация. *Острая потеря зрения представляет собой тяжелое психотравмирующее событие, вызывающее комплекс эмоциональных, когнитивных и социальных нарушений. Авторы статьи, двое из которых незрячие, показывают последствия острой потери зрения, стадии ее проживания и методы реабилитации с особым акцентом на социальную интеграцию. Обоснована необходимость комплексного, индивидуально ориентированного подхода, учитывающего уникальные потребности незрячего человека и его окружения.*

Ключевые слова: *психологическая реабилитация, острая потеря зрения, слепота, адаптация.*

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION AFTER ACUTE LOSS OF VISION

Denis B. Lomakin,
Moscow Institute of Technology and Management, Moscow
Dmitry I. Nikiforov,
Moscow Institute of Technology and Management, Moscow
Alexandra V. Fokina,
Moscow Institute of Technology and Management, Moscow

Abstract.
Acute vision loss is a severe, traumatic event that causes a range of emotional, cognitive, and social impairments. The article's authors, two of whom are blind, describe the consequences of acute loss of vision, the stages of experiencing it and rehabilitation methods, with a particular emphasis on social integration. They substantiate the need for a comprehensive, individually tailored approach that takes into account the unique needs of the blind person and their surroundings.

Keywords: *psychological rehabilitation, acute loss of vision, blindness, adaptation.*

Потерявшему зрение человеку остро необходима клинико-психолого-педагогическая помощь. До 90% информации об окружающем мире человек воспринимает посредством зрительного анализатора [6]. Поэтому любое нарушение зрения, особенно его внезапная потеря, оказывает существенное влияние на качество жизни, затрудняет обучение, вызывая не только физиологические, но и глубокие психоэмоциональные и социальные последствия [3]. Наиболее тяжелой формой нарушения зрения является тотальная слепота обоих глаз, которая требует комплексного подхода к реабилитации.

Острая потеря зрения (ОПЗ) характеризуется внезапностью: процесс может развиваться в течение нескольких секунд при травмах или нескольких дней при заболеваниях, таких как отслойка сетчатки [9]. Скоротечность заболевания провоцирует шоковую реакцию, эмоциональный кризис, чувство дезориентации, страха и отчаяния. В этих условиях формируются различные эмоциональные и поведенческие реакции,

включая тревожные расстройства, депрессивные состояния, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а также экзистенциальный кризис и социальную депривацию.

Современная психологическая и социальная реабилитация при ОПЗ направлена на эмоциональную стабилизацию, формирование адаптивных стратегий взаимодействия с окружающим миром и восстановление социальных связей [1]. Важнейшей целью является не только поддержка субъективного благополучия, но и обеспечение условий для полноценной социальной интеграции и личностного роста.

Острая потеря зрения инициирует острый стресс, который может трансформироваться в длительные эмоциональные расстройства. Среди наиболее распространенных последствий выделяются:

1. Депрессия — чувство безнадежности, утрата интереса к жизни, снижение самооценки.

2. Тревожные расстройства — страх перед будущим, беспокойство о независимости и способности адаптироваться.

3. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — при травматическом характере потери зрения, например, вследствие аварии.

4. Социальная депривация — снижение социальной активности из-за страха быть непринятым или неспособным выполнять привычные действия. Изменение отношения к незрячему со стороны окружающих.

5. Экзистенциальный кризис — потеря смысла жизни, перестройка системы ценностей.

Эти последствия требуют своевременного вмешательства специалистов, поскольку отсутствие поддержки приводит к глубокой изоляции, развитию суицидальных мыслей и формированию патологических аддикций как попытки избежать внутренней боли.

Особенно остро данные последствия проявляются у молодых людей и подростков, для которых социальные связи и образовательная среда являются ключевыми ресурсами развития [7].

Элизабет Кюблер-Росс предложила модель пяти стадий горевания, применимую к переживанию утраты зрения: отрицание, гнев, торг, депрессия и принятие [2]. Каждая стадия требует специфического подхода со стороны психолога и специалистов помогающих профессий.

1. Отрицание. Пациент отказывается принять факт потери зрения, возможно поведение, не соответствующее его изменившимся возможностям. Важно создавать безопасное пространство для выражения эмоций, используя методы кризисной психологии, дыхательные практики и телесно-ориентированные техники.

2. Гнев. Выражается в обвинениях врачей, близких или системы. Возможна аутоагрессия. Используются техники безопасного выражения эмоций: телесные техники, дыхание по квадрату, воображаемые образы агрессии, Майндфулнесс.

3. Торг. Пациент ищет способы вернуть зрение, обращается к экстрасенсам, становится религиозным в надежде чудесного исцеления. Эффективны когнитивно-поведенческие и логотерапевтические подходы, письма себе в будущее, работа с ценностями и целями.

4. Депрессия. Наступает осознание необратимости утраты. Этот этап является наиболее опасным, поскольку здесь возможно появление суицидальных мыслей и развитие аддикций. На этом этапе применяются когнитивно-поведенческая терапия, ACT (терапия принятия и ответственности), групповая работа и техники поддержания активности [5].

5. Принятие. Пациент осознает реальность и принимает новый образ себя. Важно закреплять позитивные изменения, развивать новые стратегии поведения, использовать ролевые игры, тренинги общения, методы коучинга для формирования новых целей.

Прохождение всех стадий индивидуально по времени, но интегративный подход, сочетающий различные методы психотерапии, способствует эффективной адаптации и выходу из экзистенциального кризиса.

Социальная реабилитация является неотъемлемой составляющей комплексного подхода к адаптации лиц с острой потерей зрения. Слепота затрагивает не только сенсорные функции, но и социальные связи, профессиональную деятельность, образовательную и семейную среду, что может приводить к социальной изоляции и снижению качества жизни [3].

Эффективная реабилитация предполагает работу не только с самим пациентом, но и с его ближайшим окружением (родственниками, педагогами, коллегами). Поддержка социума является критически важной, поскольку формирует условия для восстановления социального статуса, уверенности в своих силах и ощущения собственной ценности. Исследования показывают, что наличие дружественной, адаптированной социальной среды способствует повышению мотивации к самостоятельной жизни, а следовательно к снижению уровня тревоги и преодолению депрессии [10].

Важными аспектами социальной реабилитации являются:

1. Создание адаптивной среды. Предоставление информации в доступных форматах (аудио, шрифт Брайля, электронные программы с экранным доступом), корректировка образовательных и профессиональных требований с учетом возможностей незрячего человека [4].

2. Психологическая поддержка близкого окружения. Обучение родственников и педагогов эффективным способам взаимодействия с лицом, потерявшим зрение, включая эмпатию, корректное выражение ожиданий и помощь в освоении новых навыков [3].

3. Социальная интеграция. Постепенное вовлечение в образовательный, профессиональный и общественный процесс, формирование чувства принадлежности к сообществу и активного участия в жизни группы [10].

4. Поддержка самооценки и личностного роста через поощрение самостоятельности, вовлечение в совместные проекты, наставничество и групповые тренинги, что способствует восстановлению уверенности в своих способностях и снижению социальной депривации [8].

Таким образом, социальная реабилитация при острой потере зрения является многокомпонентным процессом, включающим коррекцию образовательной среды, обучение близких и специалистов, формирование адаптивных социальных навыков и активное вовлечение пациента в сообщество. Такой подход обеспечивает не только восстановление функциональной активности, но и поддерживает психоэмоциональное благополучие, способствует преодолению экзистенциального кризиса и полноценной интеграции в социум.

На первых этапах реабилитации стандартные методы психотерапии требуют адаптации под потребности незрячего клиента. Так, схемы и дневники когнитивно-поведенческой терапии, а также рисуночные техники арт-терапии неприменимы без уверенного владения незрячим специальными техническими средствами реабилитации. В качестве альтернативы мы предлагаем использовать вместо рисуночных методик - вербальные имагинативные техники, песочную терапию и глинотерапию. Вместо дневников – запись голосовых сообщений.

Так же рекомендуем не использовать фразы, указывающие на отсутствие зрения («смотрите», «видите» и т.д.), поскольку это может нарушить рапорт и в некоторых случаях привести к ретравматизации.

Особое внимание уделяется формированию автономии пациента. Потеря зрения лишает одной сенсорной системы, но не ограничивает личностный рост. Психологическая помощь должна поддерживать самостоятельность, избегать патернализма и инвалидизирующих подходов.

Итак, комплексная реабилитация предполагает сочетание следующих направлений:

1. Эмоциональная реабилитация: работа с гневом, страхом, печалью.
2. Формирование позитивного отношения к жизни: поддержка мотивации для обучения реабилитационным технологиям и самооценки.
3. Развитие навыков адаптации: обучение альтернативным способам взаимодействия с социумом и окружающей средой.
4. Социальная интеграция: восстановление социальных связей, возвращение в образовательные, профессиональные и семейные сообщества.
5. Преодоление экзистенциального кризиса: поиск нового смысла жизни, формирование ценностных ориентиров.

Реабилитация требует междисциплинарного взаимодействия специалистов: психологов, социального педагога, специалистов по трудовой реабилитации, а также поддержки со стороны семьи и общественных организаций.

Острая потеря зрения является тяжелым кризисным событием, вызывающим широкий спектр эмоциональных, поведенческих и социальных нарушений. Эффективная психологическая и социальная реабилитация требует интегративного подхода, который учитывает индивидуальные потребности и особенности незрячего человека.

Ключевыми компонентами успешной реабилитации являются эмоциональная стабилизация, формирование адаптивных стратегий, социальная интеграция и поддержка самооценки. Дружественная социальная среда играет не меньшую роль, чем методы психотерапии. Взаимодействие специалистов разных профилей, вовлечение семьи и уважительное отношение общества создают условия для восстановления субъективного чувства опоры и уверенности.

Своевременная помощь и комплексная поддержка позволяют не просто преодолеть кризис, а вырасти, адаптироваться и вернуться к полноценной социальной жизни. Потеря зрения не является ограничением для личностного развития; при правильной реабилитации человек способен достигать новых целей, строить полноценные социальные связи и реализовать свой потенциал.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зозуля, Т. В. Комплексная реабилитация инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Т. В. Зозуля, Е. Г. Свистунова, В. В. Чешихина и др.; под ред. Т. В. Зозули. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 304 с.

2. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Элизабет Кюблер-Росс; [Пер. с англ. К. Семенов., В. Трилис]. - Москва ; Киев : София, 2001. - 316, [1] с.; 21 см.

3. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие для студентов высших пед. учеб. заведений / А. Г. Литвак. – СПб.: Изд-во КАРО, 2006. – 324 с.

4. Ломакин, Д. Б. Опыт обучения людей с приобретенными нарушениями зрения в высшем учебном заведении / Д. Б. Ломакин, С. А. Кадыкова // Инклюзивное образование: теория и практика : Сборник материалов IX Международной научно-практической конференции, Орехово-Зуево, 07 июня 2024 года. – Орехово-Зуево: Государственный гуманитарно-технологический университет, 2024. – С. 246-253.

5. Лоулор, К. Э. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии: руководство / К. Э. Лоулор, Д.Т. Гудсон, Г.Д. Хэффел // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 2. С. 97–107.

6. Никулина, Е. А. Визуализация данных как средство принятия решений / Е. А. Никулина, А. В. Шкляр // Молодежь

и современные информационные технологии: материалы XIV Междунар. науч.-практ. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых. – Томск: Томский политехнический университет, 2016. – С. 145. – URL: https://earchive.tpu.ru/bitstream/11683/37162/1/conference_tpu-2016-C04_V2_p145-146.pdf (дата обращения: 20.02.2025).

7. Обухова, Л. Ф. Возрастная психология: учебник для вузов / Л. Ф. Обухова. — Москва : Издательство Юрайт, 2025. — 411 с.

8. Петрова, Т. В. Проблема адаптации лиц с ОВЗ в зеркале современной психологии // Социально-гуманитарные знания. 2016. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/problema-adaptatsii-lits-s-ovz-v-zerkale-sovremennoy-psihologii (дата обращения: 26.09.2025).

9. Сидоренко, Е. И. Офтальмология. Учебник / Под ред. Е.И. Сидоренко. — 4-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 408 с.

10. Терехов, П. П. Социокультурная реабилитация инвалидов // Вестник КазГУКИ. 2024. №2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsiokulturnaya-reabilitatsiya-invalidov-1 (дата обращения: 26.09.2025).

СОВМЕСТНАЯ РАБОТА ТЬЮТОРА И ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА В ФОРМИРОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Матюхина Елизавета Сергеевна,
Государственное казенное образовательное учреждение Школа №2124 «Центр развития и коррекции», Москва

Аннотация.
Статья посвящена взаимодействию тьютора и педагога-психолога в образовательной организации как необходимому условию эффективного психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Описываются важнейшие направления этой междисциплинарной работы, роль каждого специалиста в создании эмоционально безопасной для обучающегося с ОВЗ среды в образовательной организации.

Ключевые слова: *психолого-педагогическое сопровождение, тьютор, эмоциональная безопасность.*

JOINT WORK OF A TUTOR AND A PSYCHOLOGIST-TEACHER IN DESIGNING EMOTIONALLY SAFE ENVIRONMENT FOR CHILDREN WITH DISABILITIES

Elizaveta S. Matyukhina,
State Budgetary Educational Institution School No. 2124 «Center of Development and Correction», Moscow)

Abstract.
The article is devoted to the interaction of a tutor and a teacher-psychologist in an educational organization as a necessary condition for effective psychological and pedagogical support for the family of a child with disabilities. It describes the most important areas of this interdisciplinary work, the role of each specialist in creating an emotionally safe environment for students with disabilities in an educational organization.

Keywords: *psychological-pedagogical support, tutor, emotional safety.*

В современной образовательной среде значимым направлением психолого-педагогического сопровождения становится формирование эмоционально безопасной среды для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Обеспечение психологического комфорта и полноценного социального включения таких детей требует интеграции усилий различных специалистов, в том числе тьютора и педагога-психолога. Их скоординированная работа становится одним из ключевых компонентов успешного психолого-педагогического сопровождения, способствующего развитию детей с ОВЗ, формированию у них коммуникативных навыков и психологической устойчивости и социальной инклюзии.

Цель данной статьи — обосновать совместную деятельность тьютора и педагога-психолога как базовую составляющую создания эмоционально безопасной образовательной среды и раскрыть практические аспекты междисциплинарного взаимодействия в работе с детьми с ОВЗ.

Дети с ОВЗ сталкиваются с широким спектром затруднений: от когнитивных и физических до эмоциональных, что существенно осложняет их адаптацию в образовательной среде и ведет к риску социальной изоляции [1, с. 5]. По данным исследований, эмоционально-негативный фон, тревожность, недостаток понимания со стороны педагогов и сверстни-

ков являются значимыми факторами, блокирующими развитие и социализацию таких детей [2].

Эмоционально безопасная среда предусматривает не только защиту от внешних и внутренних стрессоров, но и организацию поддержки, позволяющей ребенку с ОВЗ ощущать себя принятым, защищённым, способным на самовыражение и успешное взаимодействие с окружающими [3]. Психологическая безопасность в этом контексте определяется как состояние уверенности в себе, защищенности, эмоционального благополучия и поддержки со стороны значимых взрослых [4, с. 67]. Такой подход требует не только наличия педагога-психолога, но и тесной интеграции его работы в процесс тьюторского сопровождения.

Тьютор — это специалист, который разрабатывает индивидуальную образовательную траекторию с опорой на особенности развития, интересы и потенциал ребёнка с ОВЗ, а также содействует его активной адаптации в коллективе [5]. Важнейшей задачей тьютора становится создание условий для самореализации ребенка в образовательном пространстве, развитие у него самостоятельности, мотивации к обучению, формирование социально-бытовых и коммуникативных навыков.

Педагог-психолог осуществляет диагностику эмоционального состояния и адаптационных возможностей ребёнка, ведёт коррекционно-развивающую работу, содействует преодолению кризисных ситуаций, формирует устойчивость к стрессу, способствует развитию позитивного самоощущения [3; 6]. Особенно велика роль педагога-психолога в профилактике эмоционального неблагополучия и в формировании доверия между участниками образовательного процесса.

Взаимодействие тьютора и педагога-психолога как основа безопасной среды

Работа тьютора и педагога-психолога должна быть построена на принципах доверия, партнерства и постоянного обмена информацией [7]. Совместное сопровождение ребенка с ОВЗ предполагает комплексное решение задач эмоционального, социализационного и образовательного характера:

1. Диагностика индивидуальных потребностей и особенностей ребенка.

Психолог и тьютор на начальном этапе совместно определяют исходный уровень коммуникативных умений, эмоциональной адаптации, учебной мотивации, реакций на стрессовые и конфликтные ситуации [3; 8, с. 204]. Особое внимание уделяется анализу среды класса и семьи.

2. Выработка индивидуальных маршрутов поддержки.

На основе собранных данных совместно разрабатывается индивидуальная программа сопровождения, где тьютор отвечает за организацию

образовательной среды, а психолог – за коррекцию эмоциональных и поведенческих особенностей, затрудняющих адаптацию..

3. Построение позитивного микроклимата.

Тьютор взаимодействует с педагогическим коллективом и с родителями, объясняя особенности ребенка с ОВЗ, обучая эффективным стратегиям коммуникации с ним [5]. Психолог, внедряя тренинговые и игровые методы, способствует снижению напряжения, помогает выстраивать доверительные отношения в детском коллективе [4, 8].

4. Профилактика эмоциональных кризисов.

Оперативный обмен наблюдениями между тьютором и психологом позволяет быстро реагировать на признаки эмоционального перенапряжения, тревожности, потенциального буллинга. Ключевая задача тьютора — предупреждать такие ситуации, а педагога-психолога – проводить своевременные индивидуальные и групповые коррекционные сессии [3].

5. Поддержка развития эмоционального интеллекта и коммуникативных навыков.

Используются техники обозначения и обсуждения эмоций, «социальные истории», визуальная поддержка, методы сенсорной интеграции, дыхательные упражнения, рефлексия. Тьютор обеспечивает повторяемость ситуации успеха, а психолог фиксирует личностный рост ребенка, помогает преодолеть или скорректировать неадаптивные механизмы реагирования на стресс [8, с. 205].

6. Включение семьи в процесс сопровождения.

Родители становятся активными участниками всей совместной работы. Организуются совместные консультации, тематические встречи, круглые столы, происходят обмен информацией и выработка единой стратегии поддержки в образовательном и домашнем пространстве [1; 6].

Многочисленные исследования показывают, что успех создания эмоционально безопасной среды определяется не только техническими условиями инклюзии, но и эмоциональным фоном коллектива и персональным отношением к ребенку [3; 5].

В качестве эффективных инструментов совместной работы тьютора и педагога-психолога выделяются:

- структурирование дня и окружающей среды, визуализация расписания и правил;
- введение «тихих зон» и сенсорных пауз;
- разъяснение норм поведения и ожиданий с помощью “социальных историй» и сценариев;
- регулярная рефлексия (индивидуальная и групповая);
- координация всех специалистов, участвующих в сопровождении;

• формирование у педагога и родителей эмпатии и навыков ненасильственного общения [8].

Особенно важны данные подходы при работе с детьми с нарушениями аутистического спектра, у которых нарушение эмоциональной регуляции, тревожность из-за сенсорных перегрузок и трудности понимания социальных ситуаций требуют деликатной и индивидуализированной поддержки [8, с. 203-205].

Совместная деятельность тьютора и педагога-психолога — стратегически важное условие успешной инклюзии детей с ОВЗ в образовательную среду. Такую работу отличает системность, междисциплинарность, ориентированность на индивидуальные особенности и потребности ребёнка. В результате формируется не только эмоционально безопасная среда, но и открываются реальные возможности для личностного и учебного развития, профессионального становления детей с ОВЗ.

Перспективы дальнейших исследований связаны с разработкой новых моделей тьюторско-психологического сопровождения с акцентом на развитие эмоционального интеллекта, саморегуляции и межличностной компетентности всех участников образовательного процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Худотеплова Е. Н. Условия психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Международный научно-исследовательский журнал. — 2025. — DOI: 10.60797/IRJ.2025.151.84.

2. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. — М.: 1989.

3. Набиуллина Э.Ф. Коммуникативные навыки и психологическая безопасность детей с ограниченными возможностями здоровья // Биология и интегративная медицина. — 2025.

4. Зотова О.Ю. Социально-психологическая безопасность личности. — М., 2011.

5. Кинзябаева Ф.И. Тьюторство в работе с детьми с ОВЗ // Проблемы педагогики. — 2018.

6. Баева И.А. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении / под ред. Баевой И.А. — СПб.: Речь, 2006.

7. Матюшкова С.Д., Ковалевский Р.Г. Социально-психологическая безопасность детей, обучающихся во вспомогательной школе-интернате в контексте организации терапевтической среды учреждения // Психология и социальная педагогика: современное состояние и перспективы развития. — 2016.

8. Федотова В.Н., Сахно М.Ф. Эмоционально-психологическая поддержка детей с расстройством аутистического спектра как ключевой компонент деятельности тьютора в условиях инклюзивного образования // Молодой ученый. — 2025. — № 44 (595). — С. 203-205.

СТАРТОВАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РАБОТА КАК ПЕРВЫЙ ШАГ К ВЫЯВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ НА УРОВНЕ ШКОЛЫ

Михайлова Ирина Алексеевна,

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Холмовская средняя школа имени Героя Советского Союза П.М. Михайлова» Холм-Жирковского муниципального округа Смоленской области, п.г.т. Холм-Жирковский

Аннотация.

В статье рассматривается вопрос о возможностях использования результатов стартовой диагностики учащихся первого класса с целью выявления нарушений в познавательном развитии детей. Данная диагностика рассматривается как первый инструмент выявления на уровне школы учащихся, имеющих низкий уровень готовности к школьному обучению и нуждающихся в создании специальных образовательных условий. В статье приведён диагностический инструментарий, который может быть использован при проведении стартовой диагностики с учащимися первого класса.

Ключевые слова: *диагностика, познавательное развитие, школа, коррекция, нарушения.*

INITIAL DIAGNOSTIC WORK AS A FIRST STEP TOWARD IDENTIFYING CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES AT THE SCHOOL LEVEL

Irina A. Mikhailova,

Municipal budgetary educational institution «Kholmovskaya secondary school named after Hero of the Soviet Union P.M. Mikhailov», Kholm-Zhirkovsky municipal district of Smolensk region

Abstract. *The article examines the possibilities of using the results of initial diagnostics of first-grade students in order to identify disorders of children's cognitive development. This diagnostic is considered as the first tool for identifying students at the school level who have a low level of readiness for school education and require special educational conditions. The article presents diagnostic tools that can be used during initial diagnostics with first-grade students.*

Key words: *diagnosis, cognitive development, school, correction, disorders.*

Сегодня в России наблюдается тенденция увеличения количества учащихся, имеющих ограниченные возможности здоровья [1, с. 3; 2, с. 261]. «Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий» [3]. В последние годы специалисты обращают внимание на уменьшение количества детей с ограниченными возможностями здоровья в специальных (коррекционных) учреждениях при увеличивающемся количестве детей с ограниченными возможностями здоровья в целом [1, с. 3]. Данная статистика объясняется политикой страны в сфере образования детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно развитием инклюзии [4]. Инклюзия предполагает включение учащихся с ограниченными возможностями здоровья в процесс обучения и воспитания вместе с нормально развивающимися сверстниками, адаптацию образовательных условий с учётом потребностей всех обучающихся. Это благоприятно сказывается на социальном развитии учащихся, но требует от общеобразовательных учреждений внесения изменений в привычную деятельность.

Одной из важных и актуальных проблем сегодня является раннее выявление обучающихся, имеющих нарушения в развитии, для своевременной организации коррекционной помощи и создания иных специальных образовательных условий. На уровне школьного обучения самым ранним диагностическим мероприятием, благодаря которому можно выявить данную категорию обучающихся, может явиться стартовая диагностика.

Стартовая диагностика в начале первого года обучения в школе была обозначена в качестве обязательной при введении нового Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования и Федеральной общеобразовательной программы начального общего образования [5, 6]. Согласно данным документам, стартовая диагностика относится к числу мероприятий внутренней

оценки планируемых результатов освоения программы начального общего образования. Целью стартовой диагностики является определение готовности первоклассников к обучению на уровне начального общего образования. Данное диагностическое мероприятие является основой (точкой отчёта) для оценки динамики образовательных достижений обучающихся и может явиться инструментом для выявления обучающихся, чьи планируемые результаты будут значительно ниже планируемых результатов освоения программы начального общего образования, а значит нуждающихся в создании специальных образовательных условий.

Стартовая диагностика, как и диагностика адаптации к школьному обучению, может быть проведена в групповом формате. Это позволит охватить всех первоклассников в короткие сроки на пороге школьной жизни. Проведение данной диагностики организует администрация образовательного учреждения. Готовит материалы для диагностики, проводит диагностику и анализирует её результаты школьный психолог (при наличии) или иной специалист, назначенный администрацией школы.

Для проведения стартовой диагностики подбирается диагностический инструментарий, который может быть использован в групповой форме, который является валидным и надёжным, а также информативным по своим результатам и не затратным по времени. К числу диагностических инструментов, отвечающих указанным требованиям, можно отнести следующие методики:

- тест Тулуз-Пьерона в модификации Л.А. Ясюковой, направленный на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости), психомоторного темпа, оценку точности и надежности переработки информации, специфику волевой регуляции, личностных характеристик работоспособности и динамику работоспособности во времени;
- ориентировочный тест школьной зрелости И. Йирасека, определяющий уровень интеллектуального развития и психологической готовности к обучению;
- методику экспресс-диагностики интеллектуальных способностей (МЭДИС – 6-7), включающую определение уровня словарного запаса, уровня понимания количественных и качественных соотношений, уровня развития логического мышления и математических способностей, уровня общего показателя интеллектуальных способностей;
- методику «Домик» Н.И. Гудкиной, направленную на определение произвольного внимания, пространственного восприятия;
- тест простых поручений (определение уровня развития саморегуляции, организации деятельности) [7].

Указанные выше диагностические методики помогут сделать общие выводы о познавательном развитии учащихся. Безусловно, стартовая ди-

агностика, проводимая в групповой форме с использованием данных диагностических инструментов, не даёт права делать выводы о наличии нарушений в развитии учащихся. Однако её результаты могут явиться основанием для проведения комплексного психолого-педагогического обследования учащегося в индивидуальной форме для определения уровня развития познавательной, речевой, двигательной и коммуникативно-личностной сфер. И именно последнее обследование может стать основанием для создания специальных образовательных условий (например, в виде помощи специалистов психолого-педагогического сопровождения), представления на психолого-медико-педагогическую комиссию и не только. Стартовая диагностика в данном случае выступает в качестве «фильтра» и на самом раннем этапе обращает внимание участников образовательных отношений на узкую группу обучающихся, которые с большой долей вероятности будут иметь трудности при освоении учебного материала на уровне начального общего образования.

Помимо этого, стартовая диагностика будет весьма информативна при необходимости оценить динамику познавательного развития. При направлении учащегося на психолого-медико-педагогическую комиссию школьный психолого-педагогический консилиум составляет представление на учащегося, где отображает уровень развития обучающегося при поступлении в образовательную организацию, а также динамику развития обучающегося. Результаты стартовой диагностики в данном случае помогут наиболее содержательно и качественно представить необходимую информацию.

Отдельно стоит сказать о влиянии стартовой диагностики на процесс обучения целого класса. При выявлении в классе высокого процента учащихся, имеющих низкий уровень готовности к школьному обучению на уровне начального общего образования, результаты стартовой диагностики могут послужить основанием для корректировки программы обучения класса, создания таких условий обучения, чтобы все учащиеся смогли достичь планируемых результатов освоения программы начального общего образования.

Итак, стартовая диагностика в начале обучения на уровне школы может стать инструментом для раннего выявления обучающихся, которые нуждаются в создании специальных образовательных условий. Данное мероприятие может явиться основанием для комплексной психолого-педагогической диагностики учащегося, станет отправной точкой для оценки динамики его развития. Групповой формат поможет охватить всех первоклассников в короткие сроки в начале школьного обучения, подобранный диагностический материал поможет выявить учащихся, имеющих низкий уровень готовности к обучению на уровне начального общего образования, и станет основанием для пристального внимания

участников образовательных отношений за индивидуальным развитием каждого учащегося.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артюшенко Н. П. и др. Организационно-педагогические условия обучения детей с ограниченными возможностями здоровья средствами инклюзивного образования. – 2010.

2. Кононыхина В. Б., Огнев А. С. Особенности диагностики эмоционального интеллекта и эмоциональной сферы у детей с ОВЗ // Осознание культуры – залог обновления общества. Перспективы развития современного общества. – 2022. – С. 260-262.

3. Федеральный закон об образовании в Российской Федерации. - М.: РИПОЛ классик; Омега-Л, 2016. - С. 4.

4. Маслиева С. Н. Интеграция и инклюзия: парадигмальная характеристика // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. – №. 2. – С. 159-165.

5. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 31.05.2021 № 286 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования» (Зарегистрирован 05.07.2021 № 64100).

6. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 18.05.2023 № 372 «Об утверждении федеральной образовательной программы начального общего образования» (Зарегистрирован 12.07.2023 № 74229).

7. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: методическое руководство. / Л.А. Ясюкова; СПб. ГП «ИМАТОН», 1997 – 80 с.

ИДЕИ К.С. ЛЕБЕДИНСКОЙ О СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКОМ СМЫСЛЕ ПОНЯТИЯ «АУТИЗМ» И ИХ РАЗВИТИЕ В СОВРЕМЕННОЙ НАУКЕ

Морозов Сергей Алексеевич,
кандидат биологических наук, Региональная общественная благотворительная организация «Общество помощи аутичным детям «Добро», Москва

Аннотация.

В настоящей статье, развивающей представления К.С. Лебединской, аутизм понимается как одна из форм клинически выраженного расстройства адаптации потока поступающей информации к возможностям психики воспринимать, перерабатывать и хранить информацию. Рассмотрены варианты дисбаланса характеристик информационного потока и возможностей психики; приводятся наиболее актуальные следствия такой трактовки понятия «аутизм».

Ключевые слова: *аутизм, нарушения развития, информация, социально-биологический смысл, адаптация.*

K.S. LEBEDINSKAYA'S IDEAS OF THE SOCIO-BIOLOGICAL MEANING OF THE CONCEPT OF "AUTISM» AND THEIR DEVELOPMENT IN MODERN SCIENCE

Sergey A. Morozov,

PhD, Regional Community Charity Organization "Society for Autistic Children Care "DOBRO"

Abstract.

In the development of K.S.Lebedinskaya's ideas, the socio-biological meaning of autism is understood as one of the forms of a clinically expressed disorder of adapting the flow of incoming information to the possibilities of the psyche for its reception, processing and storage. The variants of the imbalance of the characteristics of the information flow and the possibilities of the psyche are considered, the most relevant consequences of this interpretation of the concept of «autism» are presented.

Keywords: *autism, information, socio-biological meaning, adaptation.*

19 декабря 2025 г. исполняется 100 лет со дня рождения Клары Самойловны Лебединской, выдающегося детского психиатра, дефектолога, педагога, кандидата медицинских наук, доктора психологических наук.

С середины 1970-х годов научные интересы Клары Самойловны были в основном связаны с проблемой детского аутизма. Символично, что в тот же год, когда родилась Клара Самойловна, её будущий учитель Г.Е. Сухарева опубликовала первую в мире статью, посвящённую аутистическим расстройствам у детей. В 1976 г. по инициативе К.С. Лебединской в НИИ дефектологии АПН СССР (ныне Институт коррекционной

педагогики) была создана экспериментальная группа клинико-психолого-педагогического изучения раннего детского аутизма (сейчас Лаборатория образования и комплексной абилитации детей с аутизмом). В этом коллективе под руководством Клары Самойловны впервые был не только декларирован, но и воплощён в жизнь комплексный подход к коррекции аутизма, выдвинуто много важных и интересных идей в связи, фактически, со всеми аспектами – теоретическими, методическими, организационными и др. – помощи детям с аутизмом.

Прошло более тридцати лет, наука об аутизме, практическая помощь таким детям постоянно развиваются; тем не менее, многие положения, выдвинутые К.С. Лебединской, сохраняют свою значимость и получили развитие в трудах её учеников и последователей.

В настоящей работе предпринята попытка проследить взгляды К.С. Лебединской на социально-биологический смысл понятия «аутизм» и на то, как это сказалось в дальнейших исследованиях по этой проблеме. Выбор темы не случаен: несмотря на очень большое и постоянно растущее число публикаций по проблеме аутизма, расстройств аутистического спектра (РАС – мы будем условно считать эти термины синонимами), в настоящее время нет ясного представления о социально-биологическом смысле понятия «аутизм», нет его логически ясного, обоснованного определения.

Как и большинство специалистов в этой области, Клара Самойловна рассматривала детский аутизм как нозологически и этиологически неспецифический синдром, дала блестящие описания его различных клинических вариантов. Сравнивая эндогенные и органически обусловленные формы, она отмечает, что различия вполне определённы, но при этом не носят абсолютного характера: «…в каждом случае имеются клинические проявления как эндогенного регистра, так и органической недостаточности нервной системы» [3, с.21]. При исключительном полиморфизме аутистических проявлений, их объединение в понятии «аутизм» «может быть объяснено общностью какого-то звена патогенеза этих болезней либо генетических предпосылок» [4, с.17].

Попытки выявить это общее патогенетическое звено в исследованиях школы, которую основали Клара Самойловна и её муж и коллега, выдающийся психолог Виктор Васильевич Лебединский, привели к выделению клинико-психологической структуры аутизма, важнейшим звеном в которой является нарушение функций мозгового блока регуляции тонуса и бодрствования [6]. Смысл аутизма рассматривается в русле аутодепривации; окружающее является для ребёнка с аутизмом источником когнитивного и аффективного дискомфорта (прежде всего, страхов), и «ребёнок как в скорлупу «уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей» [5; с.111], то есть «аутизм … может быть

представлен как компенсаторный механизм, направленный на защиту от травмирующих влияний внешней среды» [6; с.106].

За рубежом взгляды на аутизм как на проявление аутодепривации также высказывались, но не получили развития в рамках наиболее распространённой там концепции аутизма как первичного когнитивного дефицита.

В позиции школы Лебединских отмечено, что конкретно приводит к аутодепривации в форме аутизма, который квалифицируется как компенсаторная реакция. В то же время остаётся ряд вопросов, в частности о роли страхов, поскольку они наблюдаются при аутизме не всегда и даже официально не рассматриваются как патогномоничный аутизму симптом [22; 24]. Тем не менее, как будет показано ниже, положения о связи аутизма с аутодепривацией абсолютно верны, но в трактовке Клары Самойловны и Виктора Васильевича представлен один из существующих вариантов, как бы частный случай значительно более широкого явления, позволяющего очертить социально-биологический смысл аутизма.

Несколько предварительных замечаний.

Когда аутизм рассматривается как одно из проявлений нарушения функций тонического блока мозга, он как клиническое явление получает определённый «физиологический прототип», поскольку тонус в широком смысле – неотъемлемое проявление жизни. Аутизм принято считать клинической моделью искажённого психического развития [5: 6; 7], но, с одной стороны, изучаются свойственные аутизму особенности нервной системы и соматики [11; 25], а с другой - симптомы аутизма часто выявляются и у людей, не имеющих соответствующего диагноза [21; 23]. Кроме того, известно, что популяции людей с аутизмом свойственна пониженная фертильность, однако эта популяция не только не уменьшается (и тем более не вымирает), но частота встречаемости аутизма растёт [12; 13; 16]. Другими словами, возможность развития аутизма заложена в генотипе, и трудно представить, что эта возможность имеет какую-то социально-биологическую значимость сама по себе: по-видимому, речь идёт о некоторой функции, в осуществлении которой важную роль играет тонический блок мозга.

Как отмечал А.Р. Лурия, одним из факторов, обеспечивающих необходимый уровень тонических процессов, является достаточный приток информации (какой именно – сенсорной, когнитивной, аффективной и т.д. – не указано), что также является необходимым условием развития любой психической функции [8]. Можно пойти дальше: без достаточного информационного обеспечения невозможно создать достаточно высокий уровень негэнтропии, то есть de facto поддерживать жизнь [19; 20]. Очевидно, что исключительная важность процесса приёма, переработки и хранения информации (в том числе психической) требует

соответствующей системы контроля и регуляции информационного потока. Характеристика этой системы выходит за рамки задач статьи, однако обозначить в функционировании этой системы место аутистических проявлений представляется возможным.

Интересные соображения высказаны по этому поводу выдающимся петербургским психиатром Ю.Л. Нуллером, работавшим с контингентом взрослых пациентов с шизофренией, депрессией и другими расстройствами: он полагает, что аутизм представляет собой один из механизмов, регулирующих информационный поток, а именно ограничивающий его объём путём аутодепривации [17; 18].

Если применить эти взгляды к контингенту детей с нарушениями развития, то несоответствие возможностей психики и потока поступающей информации можно рассматривать в двух аспектах.

Во-первых, несоответствующими возможностям психики могут быть как количественные (объём, скорость поступления), так и качественные (плотность информации, её когнитивные, аффективные, сенсорно-модальные и др.) характеристики. Учитывая раннее формирование аутистической симптоматики и её клинические особенности, можно – основываясь на положениях Н.А. Бернштейна [2] и В.В. Лебединского с соавт. [5; 6; 7] – считать, что аутизм отражает трудности, связанные с количественными параметрами.

Во-вторых, несоответствие может быть обусловлено избыточным объёмом информации, несостоятельностью систем психики и сочетанием обеих причин. При этом нарушенными могут быть не только тонические процессы per se, но и другие системы (интеллект, речь, слух, зрение, опорно-двигательный аппарат и др.). В последних случаях нарушения функций тонического блока возникают вторично, как адаптационная реакция, что используется как принцип классификации аутистических явлений [1; 14; 15].

Такой подход позволяет:

- объяснить высокую частоту коморбидных расстройств при аутизме [10; 13];
- лучше понять неабсолютный характер различий между эндогенными и органически обусловленными формами аутизма, столь чётко выявленными и ярко описанными К.С. Лебединской [3; 4];
- понять появление обратимой аутистической симптоматики у людей, не имеющих ни соответствующего диагноза, ни родственников с аутизмом [10; 12; 13; 21];
- предположить связь роста частоты встречаемости аутизма с трендом увеличения информационного давления и развитием глобальных форм коммуникации [9; 16];
- поставить вопрос об информационной экологии [13].

Таким образом, можно заключить, что социально-биологический смысл аутизма состоит в клинически выраженном нарушении механизмов регуляции объёма поступающей информации, основы чего были заложены работами К.С. Лебединской, её коллег и учеников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белявский Б.В., Морозов С.А., Морозова С.С. К вопросу о систематике расстройств аутистического спектра как основе подхода к дифференцированному сопровождению. Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2019, №6. – С.7-14.
2. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М., 1966 // В кн. Биомеханика и физиология движений. Психологи отечества. Москва – Воронеж, 1997. – С.342-469.
3. Лебединская К.С., Лукашева И.Д., Немировская С.В. Клиническая характеристика раннего детского аутизма. // Ранний детский аутизм (клинико-психологическая характеристика; медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция) / Под ред. Т.А.Власовой, В.В.Лебединского и К.С.Лебединской. – М., 1981. – С. 4-23.
4. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. Начальные проявления. – М., Просвещение, 1991. – 101 с.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М., МГУ, 1985 – 166 с.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., Academia, 2003. – 143 с.
7. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990 – 198 с.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М., 1973 – 375 с.
9. Маклюэн Г.М. Понимание медиа: внешнее расширение человека. – М.-Жуковский, 2003. – 464 с.
10. Морозов С.А. К вопросу о коморбидности при расстройствах аутистического спектра. Аутизм и нарушения развития. 2018, №2. – С.3-8.
11. Морозов С.А. К вопросу о генезе соматических заболеваний при аутизме. Научные основы здоровьесбережения детей с особыми потребностями. – ИКП РАО, 2022, С.90-96.
12. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. – М., 2015. – 540 с.
13. Морозов С.А., Морозова С.С. Клинико-психологическая структура аутизма: современный взгляд. РАНХиГС. Научные доклады. №7/22. – 2022 - 64 с.
14. Морозов С.А., Морозова С.С. Практические аспекты этиопатогенетической классификации аутистических проявлений // Психолого-педагогической сопровождение образовательного процесса /Материалы VIII научно-практической конференции. – Орёл, 2021 – с. 201-205.
15. Морозов С.А., Морозова С.С. На пути к новой классификации и новой концепции аутизма // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2019, №7. – с. 16-21.
16. Насонов А.Ю., Насонова Т.Р. Аутизм. Этиология и коррекция. М., 2012. – 32 с.
17. Нуллер Ю.Л. Структура психических расстройств. - Киев, 2008. – 128 с.
18. Нуллер Ю.Л. О парадигме в психиатрии. — Обозрение психиатрии и медицинской. психологии, 1991, N 4, с. 5-13.
19. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. – М., 1984. - 432 с.
20. Шредингер Э. Что такое жизнь? – М., Атомиздат, 1972 – 88 с.
21. Chown N., Leatherland J. Can a person be "A bit autistic"? A response to Francesca Happé and Uta Frith. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2021, vol. 51, no. 2, pp. 749—751. DOI:10.1007/s10803-020-04541-0
22. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV). – Washington, DC, American psychiatric press, 1994.
23. Happé F., Frith U. Annual research review: Looking back to look forward — changes in the concept of autism and implications for future research. // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2020, vol. 61, no. 3, pp. 218–232.
24. The international classification of diseases, 10th edition (ICD-10). World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1992.
25. The neurology of autism. Ed. M.Coleman. Oxford, 2005. – 236 p.

ПОМОЩЬ ПСИХИЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. ЭМОЦИОНАЛЬНО-СМЫСЛОВОЙ ПОДХОД[7]

Никольская Ольга Сергеевна,
доктор психологических наук, главный научный сотрудник, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва

Аннотация.
В статье представлен Эмоционально-смысловой подход к психологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра, направленный на максимально возможную нормализацию психического развития ребенка. В формировании детского аутизма рассматривается как базовое нарушение развития аффективной сферы, препятствующее становлению активных и осмысленных отношений ребенка с окружением. Раскрывается понимание детского аутизма как искаженного психического развития. Показывается, что основным условием продвижения ребенка с аутизмом в психическом и социальном развитии является его вовлечение в эмоциональный контакт с близкими взрослыми – совместно-разделенное переживание и осмысление происходящего.

Ключевые слова: *детский аутизм, нарушение развития аффективной сферы, искаженное психическое развитие, Эмоционально-смысловой подход к коррекции детского аутизма, совместно-разделенное переживание.*

ASSISTANCE TO THE MENTAL DEVELOPMENT OF A CHILD WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER. EMOTIONAL-SEMANTIC APPROACH

Olga S. Nikolskaya,
Doctor of Psychology, FSBSI «Institute of Special Education», Moscow

Abstract.
The article presents an Emotional-Semantic Approach to psychological assistance to children with autism spectrum disorders, the purpose of which is the maximum possible normalization of the child's mental development. The basic in the formation of childhood autism is considered as a disorder of the development of the affective sphere, which prevents the development of active and meaningful relationships between the child and the environment. The understanding of childhood autism as a distorted mental development is revealed. It is shown that the main condition for the advancement of a child with autism in mental and social development is his involvement in emotional contact with close adults - a jointly shared experience and comprehension of what is happening.

Key words: *childhood autism, impaired development of the affective sphere, distorted mental development, Emotional-Semantic Approach to the correction of childhood autism, jointly-shared experience.*

[7]Никольская О.С. Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра // Альманах Института коррекционной педагогики РАО - 2016.- №26 https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/emoczionalno-smyislovoj-podxod-k-korrekczii-rasstrojstv-autisticheskogo-spektra

Мы убеждены, что психологическая помощь детям с аутизмом не может сосредотачиваться и исчерпываться развитием отдельных психических функций, нейропсихологической работой по улучшению сенсомоторной координации, купированием сенсорных и поведенческих проблем или тренингом навыков, необходимых для коммуникации и социальной адаптации. Все эти направления психологической и педагогической помощи могут быть полезны такому ребенку, но вне работы по нормализации развития аффективной сферы продвижение в них блокируется, и успехи будут крайне ограничены. Дело в том, что в условиях искаженного развития ребенок не сможет самостоятельно ими воспользоваться для решения жизненных задач в реальной, а не в искусственно контролируемой учебной ситуации.

Аффективная сфера рассматривается нами как система смыслов, направляющих развитие взаимоотношений человека с самим собой и с окружающим миром. При аутизме система смыслов выстраивается более как система защиты, и это становится причиной искажения психического развития ребенка. Для помощи такому ребенку в формировании более активной и конструктивной позиции в отношениях с миром, вне которой нормализация его развития невозможна, нами разрабатывается и используется эмоционально-смысловой подход.

Смысловой, потому что его основная задача – помощь в накоплении и осмысленном упорядочивании индивидуального аффективного опыта ребенка, такого, который сможет стать опорой для развития активных и конструктивных отношений с окружением.

Эмоциональный, потому что при этом основное средство помощи ребенку – это совместное проживание и эмоциональное осмысление происходящего. Таким образом, теоретической основой нашей работы

является традиционное для отечественной психологии понимание, что изначально возникающая психическая общность младенца и близкого взрослого «пра-мы» (по Л.С. Выготскому) является исходным пунктом и источником нормального развития любого ребенка, как мы считаем, и ребенка с аутизмом. При всей трудности установления эмоционального контакта, потребность в нем у детей с аутизмом существует, и наш многолетний опыт работы показывает, что при понимании специфики нарушения психического развития при аутизме эта задача достаточно надежно решается специалистом.

Специфика нарушения психического развития при аутизме. Эмоционально-смысловой подход основан на исследованиях, выявивших специфику психического дизонтогенеза при аутизме. Известно, что особенностью нарушения психического развития при аутизме является его распространение на все сферы психики ребенка, на его аффективное и когнитивное развитие. И дело не просто в множественной дефицитарности психических функций или способностей, проблемы ребенка связаны с самими основами организации его взаимодействия с людьми и меняющимися обстоятельствами. В самом общем смысле их можно определить как катастрофическое снижение выносливости. Как и С. Гринспен (2006), мы постоянно убеждаемся в том, как катастрофически мал диапазон, в котором такой ребенок может спокойно воспринимать и конструктивно действовать.

Нарушение выносливости при аутизме проявляется, с одной стороны, как критическое снижение порогов дискомфорта к интенсивности, качеству и степени новизны впечатлений. С другой – в снижении активности, не позволяющем ребенку полноценно перерабатывать информацию и адаптироваться к меняющимся обстоятельствам. Именно эти проблемы, а не исходное отсутствие потребности в общении, определяют формирование аутистических установок, так же как стремление детей сохранять постоянство среды, порядок происходящего и стереотипы своего поведения.

За этими классическими признаками аутизма стоит нарушение развития аффективной сферы ребенка. Доминирующая в норме направленность на активное взаимодействие с окружением подменяется установкой на формирование средств защиты – ограничения и стереотипизации контактов. Психическое развитие не просто нарушается, оно искажается (В.В. Лебединский, 1985), поскольку развитие реальных отношений с окружением замещается стереотипной аутостимуляцией. В ее русле и начинают развиваться психические функции, способности, увлечения и интересы ребенка.

Безусловно, базовые проблемы нарушения выносливости напрямую сказываются и на когнитивных возможностях ребенка. Страдают психофизические основы организации внимания, освоения и реализации целенаправленного моторного и речевого действия, снижается способность к активной организации и реорганизации информации, созданию, переключению и смене программ поведения и когнитивных стратегий. С этими трудностями имеет дело специалист, обучающий ребенка с аутизмом и его последствиями и помогающий его социализации, но все-таки не они, а искаженность является принципиальной характеристикой сенсомоторного, речевого, интеллектуального развития такого ребенка. Именно нарушения в аффективной сфере блокируют даже существующие возможности его когнитивного и социального развития.

Выбор направленности психологической помощи и определение ресурса нормализации психического развития ребенка с аутизмом

В соответствии с представленным выше пониманием специфики проблем, психологическая помощь при уже сложившемся или только формирующемся аутизме должна направляться, прежде всего, на нормализацию аффективного развития, т.е. на вовлечение ребенка в развитие реальных активных отношений с миром, и в первую очередь – с ближайшим окружением. Только это может перевести его психическое развитие в нормальное русло взаимодействия с близким взрослым, в котором формирование психических функций идет в соответствии со смыслом усложняющихся задач, которые решает растущий ребенок.

Встает закономерный вопрос, можно ли рассчитывать на успех в такой работе в условиях дефицитарности самих основ организации взаимодействия ребенка с окружением, можно ли при этом рассчитывать не просто на приспособление к трудностям в развитии ребенка, а на их преодоление. Наш опыт, так же как опыт школы С. Гринспена, показывает, что такая возможность существует. Ребенок с аутизмом может стать более активным и менее зависимым от постоянства в окружении, более свободным и творческим в присвоении и использовании жизненных навыков и стратегий поведения, более способным к диалогу с людьми и обстоятельствами, самовыражению и пониманию других людей, может лучше ориентироваться и адаптироваться в социальной жизни. Он может значительно продвинуться в преодолении трудностей, считающихся жестко связанными с аутизмом.

Возможности развития открывается при оказании ребенку специальной помощи в формировании первичной эмоциональной общности с близким взрослым (пра-мы по Л.С. Выготскому), которая в силу биологических особенностей не сложилась у него естественным путем в раннем возрасте, хотя нуждался он в ней, может быть, больше, чем все другие дети. Как уже отмечалось, при всей трудности организации общения потребность

в нем у аутичных детей существует, и взрослый, как правило, может найти параметры контакта, доступного и желанного ребенку.

Эмоциональный контакт с аутичным ребенком гарантированно устанавливается при условии учета доступных ему параметров организации общения: дистанции, продолжительности, ритма, интенсивности и формы, сенсорной модальности привлекающих его впечатлений. Первые стабильно воспроизводимые контакты возникают на основе присоединения специалиста к занимающим ребенка приятным впечатлениям, разделения и усиления привычного удовольствия ребенка собственной эмоциональной реакцией. Цель их – дать ребенку опыт общего удовольствия, общего интереса, вовлечь его в совместно-разделенное переживание, в котором развивается и закрепляется его потребность в общении (Баенская Е.Р., 2014).

Эмоциональное заражение позволяет тонизировать ребенка, и это дает ему возможность легче переносить дискомфорт, повышает активность в контактах и стимулирует появление подражания, открывает перспективу внесения разнообразия в привычные приятные впечатления. Объединение в общем приятном занятии, в которое взрослый с самого начала вносит эмоциональный смысл, создает возможности превращения их в игру, включающую стойкие, повторяющиеся эпизоды взаимодействия. Эти эпизоды выстраиваются и развиваются нами на основе приятной предпочитаемой ребенком сенсорной стимуляции, но в то же время и осмысляются как проигрывание знакомых и тоже приятных ему моментов его реальной жизни.

В совместном эмоциональном проживании этих игровых эпизодов актуализируется, положительно осмысляется и осмысленно организуется повседневный жизненный опыт ребенка, который становится основой и опорой развития его собственных более активных и сложных форм взаимоотношений с окружением. Жесткие бытовые стереотипы, отстаиваемые ребенком, постепенно осмысленно дифференцируется и, обогащаясь, становятся более вариативными и гибкими, т.е. сближаются с осмысленным укладом обычной и уютной домашней жизни, а картина его мира становится более связной и обжитой.

Понятно, что это постоянная и длительная работа специалистов и близких ребенка. Она осуществляется в бытовых контактах и на специальных занятиях – в совместной игре, рисовании, чтении, при просмотре мультфильмов и диафильмов. При этом задачей специалистов является не развитие игровой или изобразительной деятельности и не предоставление ребенку возможности просто «выплеснуть» свои впечатления. Это, прежде всего, эмоциональное общение с ним, и оно может быть организовано на самой разной основе, цель же его одна – совместное осмысление происшедшего в домашней жизни, в детском саду, увиденного на прогулке, в зоопарке, в цирке, на приеме в поликлинике и т.д. И, конечно, такая же работа ложится на плечи близких ребенка: в совместно разделенном переживании событий повседневной жизни, с помощью эмоционального комментария они осмысленно организуют для ребенка впечатления происходящего. В этом же мы видим и основную задачу работы тьютора, сопровождающего ребенка в детском саду и в школе.

Накопление ребенком разнообразия положительного опыта контактов с миром открывает возможность постепенной помощи ему в освоении более активных и сложных форм жизни. В разработке индивидуальной избирательности, не отгораживающей, а связывающей его с миром, в достижении возможности не паниковать, а рассматривать неожиданное препятствие как преодолимое, т.е. как условие разрешимой и даже интересной задачи, вступать в активный диалог с обстоятельствами и ориентироваться на эмоциональную оценку другого человека.

В совместном проживании и переживании происходящего взрослый помогает ребенку связать, преодолеть ощущаемый им дискомфорт или испуг, изменить при необходимости эмоциональный смысл неприятного, пугающего впечатления. И каждый успешный шаг в нормализации аффективного развития такого ребенка дает нам новые возможности помощи ему в интеллектуальном и социальном развитии, потому что развитие психических функций ребенка начинает организовываться реальными запросами активного взаимодействия с близким человеком и окружением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. - М. : Теревинф, 2021. - 288 с.

2. Баенская Е.Р. Разделенное переживание – путь терапии детского аутизма. // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. №20. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoe-perezhivanie-put-terapii-detskogo

3. Баенская Е.Р. Использование сюжетного рисования в коррекционной работе с аутичными детьми // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. №20. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/ispolzovanie-sjuzhetnogo-risovanija-v-korrekcionnoj

3. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Тервинф, 2013. - 512 с.

4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. - М.: МГУ, 1985. - 167 с.

5. Либлинг М.М. Игра в коррекции детского аутизма // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014.

№20. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/igra-v-korrekcii-detskogo-autizma

6. Либлинг М.М., Баенская Е.Р. Значение эмоционально-смыслового комментария в коррекционной работе с детьми с аутизмом // Воспитание и обучения детей с нарушениями развития. 2016. № 1. С. 24-28.

7. Никольская О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. №18. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narushenija-psihicheskogo-razvitija-pri

7. Никольская О.С. Психологическая помощь ребенку с аутизмом в процессе совместного чтения // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. №20. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/psihologicheskaja-pomosch-rebenku-s-autizmom

8. Никольская О.С. Домашнее воспитание ребенка с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. № 20. https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/domashnee-vospitanie-rebenka-s-autizmom

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА И ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА В ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Нищенко Инна Сергеевна,

Заместитель директора по учебно-коррекционной работе, учитель-дефектолог, Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение Республики Крым Симферопольская специальная школа-интернат №1, г. Симферополь

Аннотация.

В статье рассматривается модель междисциплинарного взаимодействия учителя-дефектолога (тифлопедагога) и педагога-психолога при организации коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения зрения. Описаны зоны профессиональной ответственности специалистов, этапы совместной работы, ключевые направления взаимодействия и критерии эффективности. Обоснована необходимость согласованных действий для достижения оптимальных результатов в развитии, обучении и социализации ребёнка.

Ключевые слова: *тифлопедагогика, коррекционная помощь, нарушение зрения, междисциплинарное взаимодействие, дефектолог, психолог, дети с ОВЗ.*

INTERACTION BETWEEN A SPECIAL TEACHER AND AN EDUCATIONAL PSYCHOLOGIST IN PROVIDING CORRECTIONAL ASSISTANCE TO CHILDREN WITH VISUAL IMPAIRMENTS

Nishchenko Inna Sergeevna,

deputy director for educational and correctional work, special education teacher, State budgetary general education institution of the Republic of Crimea Simferopol Special boarding school No. 1, Simferopol, Republic of Crimea.

Abstract.

The article examines a model of interdisciplinary collaboration between a special teacher (defectologist, tactile-vision specialist) and an educational psychologist in organizing correctional and developmental work with children who have visual impairments. It describes the professionals' areas of responsibility, stages of joint work, key interaction domains, and performance criteria. The necessity of coordinated efforts to achieve optimal results of the child's development, education, and socialization is substantiated.

Keywords: *tactile vision pedagogy, correctional assistance, visual impairment, interdisciplinary interaction, defectologist, psychologist, children with disabilities.*

Нарушения зрения у детей существенно влияют на познавательное, эмоциональное и социальное развитие. Ограниченность зрительной информации влечёт специфические трудности:

- замедление формирования сенсорно-перцептивных функций;
- особенности пространственной ориентировки;
- дефицит невербальной коммуникации;
- риски вторичной депривации и тревожности. [1, 4]

Эффективная коррекционная помощь требует комплексного подхода, объединяющего тифлопедагогические и психолого-педагогические методы. Взаимодействие дефектолога и психолога позволяет:

● обеспечить целостное сопровождение ребёнка;
● учесть зрительные, когнитивные и эмоционально-личностные особенности;
● предотвратить вторичные отклонения в развитии. [3, 5, 8].

Дефектолог (тифлопедагог) фокусируется на:
● развитии зрительных функций в пределах возможностей;
● формировании компенсаторных способов познания (осязание, слух, кинестетика);
● обучении навыкам чтения и письма (шрифт Брайля, крупнопечатные тексты);
● пространственной и социально-бытовой ориентировке;
● адаптации учебных материалов и среды. [1, 4, 5]

Психолог решает задачи:
● диагностики когнитивной и эмоционально-волевой сферы;
● коррекции тревожности, страхов, низкой самооценки;
● развития коммуникативных навыков и межличностных отношений;
● психолого-педагогического консультирования семьи. [2, 3]

Общие цели взаимодействия:
● максимальная реализация потенциала ребёнка;
● формирование адаптивных стратегий поведения;
● интеграция в образовательную и социальную среду. [7, 9]

Этапы совместной работы

Диагностический этап
● Дефектолог: оценивает зрительные функции, уровень сенсорного развития, навыки ориентировки.
● Психолог: исследует познавательные процессы, эмоциональную сферу, мотивацию.
● Совместно анализируются данные для выявления первичных и вторичных нарушений.

Проектировочный этап
● Разработка индивидуальной программы сопровождения (ИПС) с разделением задач.
● Согласование методов и приёмов (например, использование тактильных пособий на психологических занятиях).
● Определение форм взаимодействия (совместные занятия, консультации для родителей).

Коррекционно-развивающий этап
● Дефектолог: проводит занятия по развитию зрительного восприятия, ориентировке, использованию тифлотехнических средств.
● Психолог: реализует программы по развитию внимания, памяти, эмоциональной регуляции, коммуникации.
● Перекрёстное включение методов (например, психолог использует тактильные игры, рекомендованные дефектологом).

Мониторинговый этап
● Совместная оценка динамики: дефектолог – по критериям освоения компенсаторных навыков, психолог – по показателям эмоциональной устойчивости и социализации.
● Корректировка ИПС на основе наблюдений [4, 6, 9].

Ключевые направления взаимодействия

1. Адаптация образовательной среды
● Дефектолог: рекомендует освещение, контрастность материалов, расположение мебели.
● Психолог: учитывает сенсорную нагрузку, предотвращает переутомление, создаёт эмоционально комфортную атмосферу.

2. Работа с познавательной сферой
● Дефектолог: развивает осязательно-двигательное восприятие, учит анализировать тактильные и слуховые сигналы.
● Психолог: формирует логические операции, память, внимание с опорой на сохранные анализаторы.

3. Формирование пространственной ориентировки
● Дефектолог: обучает использованию трости, ориентировке по звукам, запахам, текстурам.
● Психолог: развивает пространственные представления, уверенность в перемещении.

4. Социализация и коммуникация
● Дефектолог: моделирует ситуации взаимодействия с окружающими, обучает невербальным сигналам (жесты, мимика).
● Психолог: проводит тренинги общения, помогает преодолевать страхи контактов.

5. Поддержка семьи
● Совместные консультации: объяснение особенностей развития, обучение приёмам взаимодействия.
● Психолого-педагогическое просвещение: как стимулировать самостоятельность ребёнка, избегать гиперопеки. [9, 5]

Формы взаимодействия специалистов
● Совместные консилиумы – обсуждение динамики, корректировка ИПС.
● Перекрёстные занятия – включение психологических упражнений в тифлопедагогические уроки и наоборот.
● Наблюдение за ребёнком – взаимный обмен наблюдениями о поведении и реакциях.
● Работа с документацией – единые карты развития, отчёты.
● Просветительские мероприятия – семинары для педагогов и родителей [7, 8].

Критерии эффективности взаимодействия

- Положительная динамика в освоении компенсаторных навыков (по оценке дефектолога).
- Снижение тревожности, повышение самооценки (по данным психолога).
- Улучшение навыков пространственной ориентировки и коммуникации.
- Рост самостоятельности ребёнка в быту и учёбе.
- Удовлетворённость семьи качеством сопровождения [5, 8, 9].

Выводы

Взаимодействие дефектолога и психолога — необходимое условие качественной коррекционной помощи детям с нарушениями зрения. Согласованность действий позволяет:

- избежать дублирования функций;
- комплексно воздействовать на развитие ребёнка;
- своевременно корректировать программу сопровождения.

Для оптимизации взаимодействия рекомендуется:

- закрепить регламент совместных мероприятий в локальных актах учреждения;
- проводить регулярные супервизии и обмен опытом;
- использовать единые формы документации для отслеживания динамики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Григорьева Л. П. Особенности познавательной деятельности детей с нарушением зрения // Дефектология. – 2020. – № 4. – С. 15–22.

2. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения – М.: ВЛАДОС, 2019.

3. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих. — СПб.: Каро, 2021.

4. Плаксина Л. И. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения. — М.: РАО, 2018.

5. Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства. — М.: Полиграф-сервис, 2020.

6. Феоктистова В. А. Развитие навыков общения у детей с нарушением зрения. — СПб.: Детство-Пресс, 2022.

7. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

8. Приказ Минпросвещения России от 31.07.2020 № 373 «Об утверждении Порядка организации образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам…».

9. Методические рекомендации по организации инклюзивного образования детей с ОВЗ / Под ред. С. В. Алехиной. — М.: МГППУ, 2023.

ДОШКОЛЬНИКИ С ЗПРР: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Паскалуца Виктория Владимировна,
аспирант, Севастопольский государственный университет, Севастополь, учитель-дефектолог МДОУ «Детский сад комбинированного вида № 1 «Ручеек», Тирасполь, Приднестровская Молдавская Республика

Аннотация.
В статье рассматриваются особенности психического и речевого развития детей дошкольного возраста с задержкой психоречевого развития (ЗПРР). Анализируются причины отсутствия речи и их влияние на познавательную, речевую и эмоционально-волевую сферу ребенка. Представлены результаты экспериментального наблюдения за дошкольниками с ЗПРР в условиях коррекционных групп дошкольного образовательного учреждения г. Тирасполя. Выделены типологические группы детей с ЗПРР и приведены примеры представителей данных групп.

Ключевые слова: *задержка психоречевого развития, познавательное развитие, фонематическое восприятие, эмоционально-волевая сфера.*

PRESCHOOL CHILDREN WITH DELAYED SPEECH AND LANGUAGE DEVELOPMENT: A CONTEMPORARY PERSPECTIVE ON THE ISSUE

Victoria V. Paskalutsa
Graduate Student, Sevastopol State University, Sevastopol; Special Education Teacher, Preschool Educational Institution of a Combined Type №. 1 «Rucheyok», Tiraspol, Pridnestrovian Moldavian Republic

Abstract.
The article examines the characteristics of mental and speech development in preschool children with delayed

psychological and speech development (DPSD). The causes of speech absence and their impact on the child's cognitive, speech, and emotional–volitional spheres are analyzed. The results of an experimental observation of preschool children with delayed speech and language development are presented, conducted within remedial groups of a preschool educational institution in the city of Tiraspol (Pridnestrovian Moldavian Republic). Typological groups of children with delayed psychological and speech development are identified, and representative examples of these groups are provided.

Keywords: *delayed psychological and speech development, cognitive development, phonemic perception, emotional–volitional sphere.*

В настоящее время среди дошкольников значительно увеличилось количество детей, у которых отсутствует речь. По данным, представленным директором Научно-практического центра детской психоневрологии Т.Т. Батышевой на VI Всероссийском съезде дефектологов (Москва, 2025), точные статистические сведения о распространенности данной проблемы получить сложно [1].

Позднее формирование речи непосредственно отражается на развитии восприятия, внимания, памяти, мышления. Как указывал Л.С. Выготский, слово – это мощный фактор, развивающий психическую деятельность ребенка, так как с появлением слов он систематизирует имеющийся опыт [2, с. 952]. Это непосредственно перестраивает весь процесс формирования психики. Отсутствие у дошкольника речи после трех лет свидетельствует о наличии у него такого комплексного нарушения, как задержка психоречевого развития (ЗПРР). Согласно позиции Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой, оно может быть вызвано различными факторами: перинатальными поражениями центральной нервной системы; гипоксией плода; родовыми травмами; инфекциями и социальной депривацией, а также медленным темпом созревания нервных клеток лобной доли головного мозга [3, с. 5].

В исследованиях К.С. Лебединской изучению проблемы задержанного развития психики у дошкольников уделялось особое внимание. Она выделила четыре варианта данного нарушения: конституционального, соматогенного, психогенного и церебрально-органического происхождения; в основу такого разделения был заложен этиопатогенетический подход. Следует отметить, что для всех описанных выше вариантов задержанного развития характерно не только отставание в психическом развитии, но и качественное своеобразие формирования эмоционально-волевой сферы, проявляющееся в виде эмоциональной неустойчивости, лабильности, сниженной произвольной регуляции, несамостоятельности и повышенной внушаемости. У детей отмечаются тревожность, внутреннее напряжение и общая личностная незрелость [4, с. 407-412.].

На наш взгляд, при наличии у дошкольников ЗПРР указанные проявления в познавательной и эмоционально-волевой сфере сочетаются с непосредственно речевыми отклонениями от нормы. Как утверждали Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева, это проявляется в несоответствии уровня развития экспрессивной и рецептивной речи, которое влечет за собой задержку формирования словарного запаса, грамматического строя речи и (или) понимания обращенной речи [3, с. 6].

С целью подтверждения или опровержения данного умозаключения на базе коррекционных групп муниципального дошкольного образовательного учреждения «Детский сад комбинированного вида № 1 «Ручеек» г. Тирасполя (Приднестровская Молдавская Республика) в период с сентября по декабрь 2024 года было организовано экспериментальное наблюдение, осуществлявшееся за 77 воспитанниками, которым ПМПК установила ЗПРР. В результате проведенного наблюдения контингент детей был условно разграничен на три группы: дошкольники с ЗПРР с эмоционально-поведенческой лабильностью – 47 детей (61,1%); дошкольники с ЗПРР с алекситимией – 19 детей (24,7%).; дошкольники с ЗПРР с эмоционально-поведенческой стабильностью – 11 детей (14,3%).

К представителям первой группы были отнесены дошкольники с ЗПРР с эмоционально нестабильным поведением, демонстрировавшие его как в процессе занятий, так и в свободной деятельности (играх, на прогулке). Для них характерны переменчивость в настроении; вспыльчивость; импульсивность; истеричность; агрессивное поведение по отношению к себе или сверстникам; плаксивость; беспричинный смех; спонтанные, неуправляемые реакции; яркие проявления эмоций в ответ на происходящее. У них наблюдались следующие отклонения в познавательном развитии: фрагментарное зрительное восприятие; механическая зрительная память; конкретное мышление; нарушения фонематического восприятия, которые выражались в ситуативном уровне понимания речи. В активной речи дошкольники использовали короткие или усеченные слова бытовой тематики, их речь громкая, эмоционально окрашенная, обнаруживались проявления эхолалии. Для демонстрации характерных эмоционально-волевых проявлений, познавательных и речевых особенностей дошкольников приведем некоторые примеры:

Маша П. *(4 года). Девочка легко возбудима, импульсивна, двигательно расторможена. У нее присутствуют стереотипные движения: кружение, покачивания из стороны в сторону, прыжки. Наблюдаются трудности засыпания, а также агрессивное поведение, проявляющееся в укусах сверстников. Познавательная активность на фронтальных и подгрупповых*

занятиях носит кратковременный характер, во время работы часто отвлекается на внешние раздражители, в течение занятия часто встает; требуется постоянный контроль со стороны педагога. На индивидуальных занятиях выполняет задания, направленные на сопоставление, сличение, сериацию. В случае возникающих затруднений в процессе выполнения заданий кричит, привлекая внимание педагога. Преобладают зрительное механическое запоминание, конкретное мышление; избегает заданий, требующих умственных усилий. Обращенную речь понимает на ситуативном уровне. В активной речи использует звукоподражания и короткие слова, присутствует эхолалия.

***Миша Л.** (4 года). Мальчик импульсивен, легко возбудим, двигательно расторможен, агрессивен по отношению к себе – бьется головой о предметы мебели. Познавательная активность на занятиях кратковременна, избегает заданий, требующих умственных усилий, наблюдаются трудности с переключением внимания. Зрительное восприятие характеризуется нарушениями в избирательности, целостности, обобщенности, осмысленности. Ребенок испытывает затруднения при дифференциации цветов спектра и геометрических фигур; при собирании разрезной картинки накладывает части друг на друга, мышление конкретное. Понимание речи на ситуативном уровне. В активной речи присутствуют звукоподражания и короткие слова с проявлением эхолалии, в процессе речевого акта кричит. Мальчик не ориентируется в пространстве, испытывает трудности при поиске своего шкафа, кровати, полотенца, а также трудности ориентировки в собственном теле: путает, где находятся голова, руки, ноги, живот.*

К представителям второй группы можно отнести дошкольников с ЗПРР с неразвитыми эмоционально-поведенческими проявлениями. Для них характерны повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в собственных силах, эмоциональная отрешенность или холодность. Эмоциональная сфера, как правило, характеризуется бедностью, равнодушием, безразличием к окружающим, в том числе и к близким людям. Это обусловлено тем, что дети в большинстве случаев не понимали своих эмоций, что приводило к дефициту эмоциональных реакций. Познавательные интересы ограничены: зрительное восприятие фрагментарное, мышление конкретное. Так же, как у первой группы, отмечались нарушения фонематического восприятия. Активная речь эмоционально не окрашена. Приведем некоторые примеры дошкольников с ЗПРР, относящихся к данной группе.

Толя С. *(5 лет). Мальчик спокойный, пассивный, тревожный, периодически у него возникали стереотипные движения: кружение, пожимание плечами. В процессе занятий был пассивен, не стремился целенаправленно узнавать новое, не проявлял интереса к окружающему*

миру. Самостоятельное планирование учебных действий затруднено. При реализации алгоритма действий требовалась направляющая помощь педагога. Не находил способа преодоления возникающих трудностей и не обращался за помощью к педагогу, требовалась постоянная организующая помощь в виде наводящих вопросов, подсказок, а также опора на наглядный материал. Отмечалось замедленное восприятие и осмысление учебного материала. Мышление конкретное. Знал основные цвета, геометрические фигуры. Представления об окружающем предметном мире ограничены. Обращенную речь понимал на ситуативном уровне, отмечалась эхолалия. Голос тихий, слабо модулированный. В активной речи употреблял отдельные короткие слова. Испытывал трудности при ориентировке в пространстве: самостоятельно не находил собственный шкафчик, полотенце.

***Лена М.** (4 года). Девочка доброжелательная, пассивная, спокойная, нуждалась в поддержке и похвале взрослого. Познавательные интересы снижены, в процессе занятий пассивна. Предложенные задания принимала и выполняла в медленном темпе. При выполнении заданий девочка часто отвлекалась, нуждалась в контроле со стороны педагога, многократном разъяснении материала. Внимание неустойчивое, концентрация внимания низкая. Не всегда была способна удерживать инструкцию по длительности. Восприятие фрагментарное. Плохо узнавала предмет в неполном изображении, с собиранием разрезной картинки не справлялась. Преобладало зрительное механическое запоминание. Обращенную речь понимала на ситуативном уровне. Голос тихий, слабо модулированный. Подвижность речевой и мимической мускулатуры ограниченная. В активной речи использовала усеченные слова. Отмечались недостаточная координация движений и неловкость при их выполнении, трудности ориентировки в пространстве: тяжело находила предметы мебели, игрушки в пространстве групповой комнаты.*

К представителям третьей группы были отнесены эмоционально устойчивые дошкольники с ЗПРР. Для них характерны уверенность в собственных силах, развитая эмпатия, желание помочь друзьям и стремление работать в команде, присутствовал самоконтроль. У детей отмечалась заинтересованность в занятиях, интерес к конечному результату своей деятельности. Особенности познавательного развития проявлялись в следующем: зрительное восприятие фрагментарное; память кратковременна; мышление наглядно-действенное. Отмечались нарушения в формировании фонематического восприятия и активной речи. Необходимо подчеркнуть, что из числа обследованных детей данная группа наиболее малочисленная по сравнению с двумя описанными выше группами. Приведем следующие примеры.

Сережа Б. *(4 года). Мальчик эмоционально стабилен, его эмоции адекватны, преобладал положительный фон настроения. Проявлял интерес к занятиям, представления об окружающем мире были сформированы на бытовом уровне. Выполнял задания с опорой на стимульный материал. Ответ на вопрос показывал по картинкам. В процессе выполнения заданий нуждался в дополнительных объяснениях педагога, был заинтересован в конечном результате. Ситуации успеха вызывали у ребенка положительные эмоции. Преобладала зрительная память, был способен классифицировать предметы по форме, цвету, величине. Объем фонематического восприятия снижен, не всегда был способен удерживать словесную инструкцию по длительности. Обращенную речь понимал на предикативном уровне. Различение грамматических форм слов вызывало трудности. Голос звонкий, речь невнятная и малопонятная для окружающих. В активной речи использовал звукоподражания и усеченные слова. Пространственные представления развиты недостаточно: путал, где находится верх – низ.*

Алина Т. *(5 лет). Девочка с уравновешенным эмоциональным фоном, преобладало веселое настроение. Иногда присутствовала неуверенность. Она усидчива, старательна, проявляла заинтересованность в занятиях. Стремилась завершить начатое, радовалась полученному результату. Представления о цвете, форме, величине предмета были сформированы; зрительный синтез и восприятие предмета – на фрагментарном уровне. Плохо узнавала предмет в неполном изображении. Разрезные картинки собирала, опираясь на образец. Знала основные цвета и геометрические фигуры. Фонематическое восприятие было нарушено: обращенную речь понимала на номинативном уровне. Активная речь состояла преимущественно из звукоподражаний и отдельных слов, выполняла задания с опорой на стимульный материал. Значительные трудности испытывала при ориентировке в пространстве: не могла определить пространственные отношения верх – низ, самостоятельно не справлялась с выкладыванием предмета из палочек, кубиков.*

Таким образом, дошкольники с ЗПРР представляют собой неоднородную категорию детей, у которых вследствие поражения центральной нервной системы наблюдаются отклонения от нормы в познавательной, речевой и эмоционально-волевой сфере. Данные отклонения, основываясь на нашем наблюдении, имели разные проявления у детей: от эмоционально-поведенческой лабильности и алекситимии до эмоционально-поведенческой стабильности. Однако для всех них характерны нарушения в формировании познавательных процессов; трудности в понимании обращенной речи; отставание в сроках развития активной речи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батышева Т.Т. Нарушение речи – взгляд невролога // VI Всероссийский съезд дефектологов, Москва, 13-14 ноября 2025 года: [видеозапись доклада]. URL: https://vk.com/video-87632104_456239188

2. Выготский Л.С. Психология развития человека / Л.С. Выготский. – Москва: Смысл; Эксмо, 2003. – 1346 с.

3. Жукова Н.С. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – Москва: Просвещение, 1973. – 222 с.

4. Лебединская, К.С. Клиническая систематика ЗПР / К.С. Лебединская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. № 3. – С. 407-412.

СОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Печникова Леонора Сергеевна,
кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва

Филиппов Никита Андреевич,
магистрант факультета психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

Рабаданова Райсат Рамазановна,
медицинский психолог ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, Москва

Аннотация.
Статья посвящена анализу влияния социальных сравнений на депрессивную симптоматику у подростков и роли социальной компетентности как потенциального смягчающего фактора. Представлены теоретические подходы к депрессии и социальному сравнению, а также результаты эмпирического исследования подростков с депрессивным синдромом и из группы условной нормы. Выявлены различия в характеристиках социальных сравнений и социальных навыков, однако связь социаль-

ной компетентности с выраженностью депрессии не подтверждена.

Ключевые слова: *подростковая депрессия, социальное сравнение, социальная компетентность, социальные навыки, психодиагностика.*

SOCIAL COMPETENCE AS A PREDICTOR OF DEPRESSIVE DISORDER IN ADOLESCENTS

Leonora S. Pechnikova,
PhD, associate professor, Psychology Department, Lomonosov Moscow State University, Moscow
Nikita A. Philippov,
master's student, Psychology Department, Lomonosov Moscow State University, Moscow
Raisat R. Rabadanova,
medical psychologist, Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents named after G.E. Sukhareva, Moscow

Abstract.
The article examines the impact of social comparison on depressive symptoms in adolescents and the role of social competence as a potential buffering factor. The paper presents theoretical approaches to depression and social comparison, as well as the results of an empirical study of adolescents with depressive syndrome and a conditionally normative group. Differences in characteristics of social comparisons and social skills were identified; however, no association between social competence and the severity of depression was confirmed.

Keywords: *adolescent depression, social comparison, social competence, social skills, psychodiagnostics.*

Введение. Современные социальные условия усиливают значимость социальной компетентности как ключевого фактора психологического благополучия и успешной адаптации подростков. В подростковом возрасте социальная компетентность формируется особенно интенсивно и включает систему социальных навыков, самовосприятие, эмоциональную регуляцию и способность выстраивать межличностные отношения. В рамках данной системы важную роль играют социальные сравнения, выступающие механизмом ориентации в социальной среде и оценки собственного Я [8; 10]. В условиях цифровой среды социальные сравнения становятся постоянным элементом социального функционирования подростков и оказывают выраженное влияние на эмоциональное состояние и самооценку [7].

Развитая социальная компетентность обеспечивает гибкую и конструктивную переработку информации, получаемой в процессе социальных сравнений, позволяя использовать их в адаптивных и мотивационных целях [3; 2]. При ее недостаточной сформированности социальные сравнения приобретают ригидный и негативно окрашенный характер, что повышает уязвимость подростков к тревожно-депрессивным состояниям [10; 6]. В этом контексте социальные сравнения целесообразно рассматривать как компонент социальной компетентности, опосредующий влияние социальной среды на эмоциональное благополучие, что определяет актуальность их изучения в рамках клинико-психологического подхода.

Цель исследования – выявление отличительных структурных особенностей социальных сравнений и навыков социальной компетентности у подростков с депрессивным синдромом.

Для реализации поставленной цели нами разработана клинико-психологическая модель социальной компетентности, которая включает в себя социальные сравнения, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуации фрустрации во время межличностных коммуникаций.

Социальная компетентность рассматривается нами как способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими, адекватно воспринимать себя и других, регулировать социальные отношения и эмоциональные состояния, а также осуществлять социальные сравнения для более точной ориентации в социальной среде. В качестве главных составляющих социальной компетентности выделены социальные сравнения, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуациях фрустрации.

Социальные сравнения, вслед за Л. Фестингером [8], рассматриваются нами как соотношение собственных качеств, достижений и поведения с особенностями и результатами других людей. Социальные навыки представляют собой усвоенные индивидом нормы и правила социального взаимодействия и поведения в различных социальных ситуациях [9]. Типичный паттерн поведения представляет собой индивидуальные особенности эмоционального и поведенческого реагирования при фрустрации во время межличностных коммуникаций [4].

Материалы и методы исследования. Для оценки особенностей социальных сравнений нами были использованы следующие методики: опросник «Ориентация на социальные сравнения Iowa-Netherlands» (INCOM) [1]; опросник сравнения внешнего вида – 3 (PACS-3) [12]; опросник социокультурных установок по отношению к внешности – 4 (SATAQ-4) [11]. Для определения уровня социальных навыков подростков был использован опросник социальных навыков А. Гольдштейна [9]. Для определения способов реагирования в ситуациях фрустрации был использован Фрустра-

ционный вербальный тест (ФВТ) Собчик [5].

Характеристика выборки исследования. В исследовании приняли участие 60 подростков 14-17 лет. Контрольную группу (группу нормы) составили 30 подростков (19 девочек, 11 мальчиков) без депрессивной симптоматики. В клиническую выборку вошли 30 подростков (26 девочек, 4 мальчика), находившихся на лечении в «НПЦ ПЗДиП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ» и в «ЦКПБ им. Ф.А. Усольцева» в 2025 году. Все подростки поступили в клинику с различной депрессивной симптоматикой: сниженное настроение, апатия, выраженное снижение школьной успеваемости, потеря аппетита, тревожность, повышенная утомляемость, а также ухудшение общения с родителями и сверстниками. По МКБ-10 они имели следующие синдромальные диагнозы: F32.10 Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов – 6 чел.; F32.11 Депрессивный эпизод средней тяжести с соматическими симптомами – 10 чел.; 0713 Депрессивный синдром как основной - 14 чел.

Гипотезы исследования: 1. Социальные сравнения способствуют усилению депрессивной симптоматики; 2. Развитая социальная компетентность смягчает негативное влияние дезадаптивных социальных сравнений на эмоциональное состояние личности.

Результаты исследования. Нами были проанализированы данные по методикам частоты социальных сравнений («INCOM»), сравнения внешнего вида («PACS-3»), а также социокультурных установок относительно внешнего вида («SATAQ-4»). Использование данных методик позволило комплексно оценить направленность и эмоциональную окраску социальных сравнений подростков.

Подростки с депрессивным расстройством более склонны ориентироваться на других, особенно в контексте своих способностей. Они чаще проводят сравнения не в свою пользу, при этом испытывают негативные эмоции – такие, как неудовлетворённость собой, тревога и снижение самооценки. Однако обе группы не имеют значимых различий в отношении восприятия своей фигуры и испытываемого давления относительно внешнего вида со стороны родителей, сверстников и СМИ, что может свидетельствовать о схожем уровне социокультурного влияния на подростков вне зависимости от наличия депрессивной симптоматики.

Таким образом, значимые различия между группами наблюдаются не по всем критериям. Тем не менее, различия не были выявлены только при анализе результатов методики «SATAQ-4», что указывает на относительную универсальность социокультурных установок относительно внешнего вида у современных подростков.

Для оценки различий социальных навыков между подростками из двух групп была проанализирована методика «Определение уровня развития социальных навыков» А.П. Гольдштейна. Были проведены корреляционный

анализ, а также сравнительный анализ двух независимых выборок, что позволило выявить как внутригрупповые взаимосвязи, так и межгрупповые различия.

В группе подростков с депрессивными расстройствами были выявлены значимые положительные взаимосвязи между уровнем развития собственных социальных навыков и показателями самовыражения в разговоре, а также реакцией на мнение или переживания другого человека. Это позволяет сделать вывод, что оценка респондентом собственных социальных навыков связана с более выраженной способностью открыто выражать свои чувства и адекватно реагировать на эмоциональные состояния других, несмотря на наличие депрессивных проявлений. В контрольной группе были выявлены значимые положительные взаимосвязи между уровнем развития собственных социальных навыков практически со всеми выделенными категориями, кроме навыков самовыражения. При сравнении двух групп выявлены значимые различия во всех категориях, кроме коэффициента компенсации и начальных навыков. В среднем у подростков из контрольной группы балл выше, чем у подростков с депрессией, что свидетельствует о более развитых социальных навыках.

Таким образом, оценка собственных навыков у подростков с депрессивным расстройством значительно связана с уровнем развития собственных социальных навыков и показателями самовыражения в разговоре, а также реакцией на мнение или переживания другого человека. Однако оценка собственных навыков в контрольной группе зависела от большего количества факторов, что говорит о более сложной и дифференцированной структуре социальной компетентности. По всем категориям (кроме начальных навыков) имеются существенные различия между двумя группами, указывающие на общее снижение социального функционирования у подростков с депрессивными расстройствами.

Для оценки особенностей типичного паттерна поведения в ситуации фрустрации были проанализированы данные методики «Фрустрационный вербальный тест» (ФВТ) Собчик. Анализ проводился с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона для оценки распределения словесного и эмоционального реагирования подростка в ответ на критические замечания фрустрирующего лица, что позволило выявить устойчивые поведенческие тенденции.

Анализируя особенности паттерна поведения в ситуации фрустрации, можно отметить, что подростки с депрессивными расстройствами чаще настаивают на своем мнении в отношении всех персонажей, за исключением категории «уличные контакты», по отношению к которым подростки чаще всего проявляют ответную агрессию. Подобная реакция может рассматриваться как защитный механизм, направленный на сохранение неустойчивой самооценки. Подростки из группы «Норма», напротив,

чаще всего стараются уйти от конфликта, независимо от фрустрирующего лица, демонстрируя более адаптивные способы совладания с напряжёнными ситуациями. Примечательно, что подростки из обеих групп чаще всего испытывают негативные эмоции по отношению к оппонентам (за исключением «уличных контактов», по отношению к которым подростки из группы «Норма» чаще всего испытывают нейтральные чувства). В целом полученные результаты подтверждают наличие специфических особенностей эмоционального реагирования и социального поведения у подростков с депрессивными расстройствами, что необходимо учитывать при разработке коррекционных и профилактических программ.

Выводы. Было проведено эмпирическое исследование с целью выявления отличительных структурных особенностей социальных сравнений и навыков социальной компетентности у подростков с депрессивным синдромом. Полученные данные не полностью подтвердили выдвинутые гипотезы, однако показали некоторые различия между группами: подростки с депрессивными расстройствами больше склонны к ориентации на социальные сравнения (за счет ориентации на сравнение способностей); отличны также эмоциональное влияние сравнений и их направление в группах. Отмечается ряд значимых положительных взаимосвязей при корреляционном анализе в обеих группах. Неожиданно выглядят результаты методики «Фрустрационный вербальный тест», которые показали, что подростки с депрессивным расстройством чаще настаивают на собственном мнении, а подростки из группы нормы уходят от большинства конфликтов. Можно констатировать наличие различий между группами по частоте социальных сравнений, по характеристикам социальных навыков, однако не выявлена связь между навыками социальной компетенции и депрессивным расстройством. Для всех обследуемых подростков характерны ограничения в социальных навыках, что говорит о значимости профилактической помощи в подростковом возрасте и за пределами клиники.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаранян Н. Г. Адаптация «Шкалы ориентации на социальные сравнения (INCOM)» на российской молодежной выборке: методическое пособие. — Москва: Неолит, 2016. — 64 с.

2. Нартова-Бочавер С. К. Социальная компетентность личности: структура и ресурсы развития // Вопросы психологии. — 2018. — № 4. — С. 54–66.

3. Орлов А. Б. Психология личности и социальная компетентность. — Москва: Смысл, 2011. — 352 с.

4. Розенцвейг С. Фрустрация и толерантность к фрустрации. — Санкт-Петербург: Речь, 2002. — 192 с.

5. Собчик Л. Н. Вербальный фрустрационный тест. — Москва: Речь, 2002. — 26 с.

6. Собчик Л. Н. Психодиагностика личности. — Санкт-Петербург: Речь, 2017. — 512 с.

7. Crick N. R., Dodge K. A. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment // Psychological Bulletin. — 1994. — Vol. 115, № 1. — P. 74–101.

8. Festinger L. A theory of social comparison processes // Human Relations. — 1954. — Vol. 7, № 2. — P. 117–140.

9. Goldstein A. P., Sprafkin R. P., Gershaw N. I. Skill training for community living. — New York: Pergamon Press, 1976. — 312 p.

10. Harter S. The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations. — New York: Guilford Press, 2012. — 436 p.

11. Schaefer L. M., Burke N. L., Thompson J. K. et al. Development and validation of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4 (SATAQ-4) // Psychological Assessment. — 2015. — Vol. 27, № 1. — P. 54–67.

12. Schaefer L. M., Thompson J. K. The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-3 (PACS-3) // Psychological Assessment. — 2018. — Vol. 30, № 10. — P. 1330–1341.

ПОДХОДЫ К ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ В ДЕТСТВЕ

Платонова Наталия Владимировна,

кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела первичной психопрофилактики и психологической помощи семье Института детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Богачева Оксана Ивановна,

кандидат психологических наук, научный сотрудник отдела первичной психопрофилактики и психологической помощи семье Института детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Иванов Михаил Владимирович,
кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом первичной психопрофилактики и психологической помощи семье Института детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва
Козловская Галина Вячеславовна,
доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела первичной психопрофилактики и психологической помощи семье Института детской психиатрии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья», Москва

Аннотация.
В статье представлено описание парааутистических расстройств, а также приведены методы их психолого-педагогической коррекции. В результате реализации психокоррекционных мероприятий положительный результат был отмечен в подавляющем большинстве случаев, что доказывает эффективность психолого-педагогической коррекции, применявшейся в комплексе с социальными и медицинскими мерами, в отношении большинства нарушений у детей раннего и дошкольного возраста с психической депривацией.
Ключевые слова: *депривация, парааутизм, психокоррекция*

APPROACHES TO PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL CORRECTION OF MENTAL DEPRIVATION IN CHILDHOOD

Natalia V. Platonova,
MD, Researcher of the Department of Primary Prevention and Family Psychological Support of the Institute of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Centre", Moscow
Oksana I. Bogacheva,
PhD, Researcher of the Department of Primary Prevention and Family Psychological Support of the Institute of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Centre", Moscow

Mikhail V. Ivanov,
PhD, Associate Professor, Head of the Department of Primary Prevention and Family Psychological Support at the Institute of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Centre", Moscow
Galina V. Kozlovskaya,
Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Department of Primary Prevention and Family Psychological Support of the Institute of Child Psychiatry, Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Centre", Moscow

Abstract.
The article describes para-autistic disorders and also provides methods of psychological and pedagogical correction. Positive results were observed in the overwhelming majority of cases following the implementation of psychocorrective measures, demonstrating the effectiveness of psychological and pedagogical interventions, applied in conjunction with social and medical measures, for most disorders in early and preschool-aged children who have experienced abuse.
Key words: deprivation, para-autism, psychological correction

Впервые на возможность нарушения психического развития у детей в условиях депривации психологи и психоаналитики обратили внимание в 60-70-х годах XX столетия [8, 9, 10]. Далее, в конце 70-х – 80-е годы эту тему развили отечественные детские психиатры [1], описав «психогенный аутизм». Теми же авторами впервые было отмечено, что проявления психогенного аутизма могут фиксироваться и переходить в личностные девиации. В начале 1990-х годов группа исследователей отдела детской психиатрии и отдела по изучению психических расстройств раннего детского возраста Научного центра психического здоровья РАМН – М.Е. Проселкова, Г.В. Козловская, В.М. Башина, изучая психическое здоровье детей-сирот раннего возраста, с периода младенчества находящихся в условиях сиротского учреждения, описали сходные состояния коммуникативных нарушений и предложили новый термин для их обозначения, а именно «депривационный парааутизм» [7]. Его основными чертами являются отмечающиеся с раннего возраста неравномерная задержка психоречевого развития, эмоциональная дефицитарность, нарушения развития коммуникативной функции, двигательные нарушения в виде патологических привычных действий

аутостимулятивного характера. Однако, как было указано выше, депривационное воздействие отмечается не только в условиях собственно сиротства, но и при различных формах жестокого обращения с детьми, что позволяет обнаружить парааутистические нарушения у жертв длительного физического и сексуального насилия [3,4].

Психическая депривация является одним из механизмов нарушения психического развития в условиях физического и сексуального насилия. Депривация (англ. deprivation – лишение) обозначает недостаточность чего-либо, термин «психическая депривация» означает недостаточность удовлетворения основных психических потребностей. Состояние, являющееся результатом воздействия различных видов психической депривации, обозначается как «психогенный аутизм» или парааутизм. Таким образом, парааутизм – состояние, напоминающее по целому ряду клинических симптомов аутизм эндогенной этиологии, возникающее в результате воздействия психогенных факторов.

Основными симптомами парааутизма, сближающими его с относительно благоприятно протекающими формами эндогенного аутизма, являются когнитивный дизонтогенез, эмоциональные нарушения, а также нарушения формирования коммуникативной функции и двигательные стереотипии. Каждый из этих симптомов присутствует в клинической картине последствий длительного внутрисемейного физического и сексуального насилия, но в том и другом случае имеются определенные, характерные для данного стрессорного фактора особенности.

На основе прошлых исследований [2] были выявлены характерные для воздействия фактора внутрисемейного физического насилия психические расстройства: они проявлялись неравномерной задержкой психического развития, эмоционально-волевыми нарушениями, патологическими привычными действиями, расстройствами влечений, психопатоподобными расстройствами, ведущими к искажению формирования личности. Коммуникативные нарушения играли значительную роль в формировании искаженной личности, их выраженность позволяла говорить о парааутизме с определенной избирательностью контактов. Причиной развивающейся личностной патологии явились комплексные проявления психической депривации в виде эмоциональной (отсутствие эмоционального тепла, внимания) и социальной (безнадзорность, педагогическая запущенность, физическое насилие) депривации. Имело место психологическое пренебрежение ребенком со стороны взрослых и коммуникативная депривация, связанная с особенностями поведения самого ребенка в силу искаженного феномена привязанности и неумения общаться и устанавливать дружеские связи. Таким образом, депривационный парааутизм при

внутрисемейном физическом насилии имеет ряд отличительных черт. В нем в меньшей степени выражены собственно коммуникативные нарушения, но в большей степени девиация личности, в ряде случаев по степени выраженности приближающаяся к степени ядерной психопатии, несмотря на ее нажитой характер.

Значительную роль играло нарушение формирования привязанности; как и в случае физического насилия, формировалась особая, небезопасная, амбивалентная привязанность. В плане коммуникативных нарушений по сравнению с жертвами физического насилия жертвы сексуального насилия имели большую тенденцию к аутизации.

Немедикаментозные (психолого-педагогические) методы являются ведущими методами коррекции нарушений у детей раннего и дошкольного возраста в связи с возрастными ограничениями и относительно невысокой эффективностью имеющихся медикаментозных методов. Психотерапия и психокоррекция проводилась психологами и педагогами со всеми пациентами.

В основу методологии психотерапии и психокоррекции детей раннего и дошкольного возраста с признаками депривации мы положили следующие принципы [5, 6]:

1. Комплексность («преемственность в срезе») – задействование ряда специалистов и даже служб в организации помощи ребенку и семье одновременно.

2. Системность. Работа ведется не только с ребенком, но и с микросоциальной системой – семьей. Уделяется также внимание взаимодействию микросоциальной системы – семьи с обществом, социальными институтами поддержки ребенка. Таким образом, следует оказывать помощь ребенку без отрыва от среды – членов семьи, что способствует формированию у ребенка более правильного представления о семейных отношениях.

3. Индивидуальность. Мы полагаем, что комплекс психотерапевтических мер обязательно вытекает из комплекса выявленных диагностикой особенностей участников и обстоятельств ситуации.

Игровая психотерапия. В современной психокоррекции, игру можно использовать в групповой психотерапии и социально-психологическом тренинге в виде специальных упражнений и заданий на невербальные коммуникации, проигрывания различных ситуаций и др. Благодаря игротерапии между участниками создаются близкие отношения, снимается напряженность и тревога, пропадает страх перед окружающими, повышается самооценка, а также появляется возможность поверить в себя в различных ситуациях.

Игровая терапия может осуществляться как индивидуально (психотерапевт играет с ребенком), так и в малых группах сверстников (3-5 де-

тей) в сопровождении одного, но лучше нескольких психотерапевтов; а также в форме игровой терапии с семьей – после предварительного индивидуального консультирования членов семьи (родителей, других родственников, сибсов).

Терапевтические методики могут проводиться как одним психотерапевтом, так и мультидисциплинарной командой специалистов с предварительным распределением ролей. В нашей работе свою эффективность показало негласное, до начала сессии, закрепление психотерапевта за каждым ребенком и персонифицированная, в дополнение к централизованному ведению одним-двумя ведущими (лучше мужчиной и женщиной)), фасилитация процесса. Эффективным также оказалось ведение группового психотерапевтического процесса в сопровождении очной супервизии / интервизии, на практике нами реализовывался метод включенной супервизии / интервизии, разумеется, с последующим процесс-анализом и протоколированием результатов.

Основными тематиками ролевых игровых сессий были выбраны «Животный мир», «Сказка», «Школа», «Путешествие», обязательно также следование предложенному ребенком фантазированию. Пожелания ребенка в этом отношении учитывались в первую очередь, им в обязательном порядке следовали.

Помимо этого, в качестве терапевтических игр использовались соответствующие возрасту и развитию детские игры – «салочки-догонялки», «прятки» и др., особенно ценные для коррекции и восстановления правил физического телесного контакта.

Сказкотерапия проводилась как с использованием народных сказок, так и с сочинением сказки экспромтом.

Как ролевые игры, так и терапия творческим самовыражением опредмечивались также и работой в песочнице (использовался как песок, так и манка; как в чистом виде, так и с набором игрушек), в индивидуальном ключе и в группе, а также с семьей. Так, рисование манкой в начале сессии давало детям опыт мягкого, приятного и в то же время не опасного, расслабляющего прикосновения (первые 5-10 минут занятия).

Работа в песочнице происходила как индивидуально, так и в группе. Тематика песочных картин и сказок по ним давалась либо по инициативе ребенка (в основном на начальном этапе работы), либо задавалась специалистом. Заданные темы в основном были посвящены поиску и созданию ресурсной картины, а именно «Счастливый день», «Остров доброты», «Веселая прогулка», «Радость». Приветствовалось введение разных сказочных персонажей, особенно помогающих и защищающих, а также использование разных природных материалов

(ракушек, камушков, бесформенных деревяшек), которые сами по себе действуют успокаивающе.

Рисование манкой в конце занятия (10-15 минут) подводило итог, снимая напряжение (если таковое имело место), релаксировало и успокаивало детей за счет мягкой стимуляции нервных окончаний на ладошках; кроме того, сами картины нежно-белого и молочного цвета и мягкие плавные линии (как в сухом песке, так и на манке в особенности), сглаживали возможные резкие порывы, успокаивали и радовали эстетичностью, поднимая также самооценку ребенка, так как были созданы его руками.

Описанные выше активные формы терапии сочетались с более пассивными релаксирующими подходами: сухой бассейн, пребывание и игры ребенка в сенсорной комнате, предоставление ребенку песочницы и набора игрушек для свободных игр, что снижало уровень астенизации и тревожности.

Пребывание в сухом бассейне позволяет ребенку получить позитивные сенсорные впечатления от тела, «присвоить» себе свое тело обратно как источник удовольствия. Также указанные эффекты через общее позитивное воздействие снижают тревожный фон, мышечное физическое напряжение ребенка, беспокойство; способствуют расслаблению, снятию физической астенизации. Кроме того, такие безопасные и доставляющие удовольствие тактильные и проприоцептивные ощущения являются составляющей частью лечения соматизированных расстройств.

В прошлом исследовании [2] было доказано уменьшение психосоматических проявлений у детей после проведения психокоррекционных мероприятий.

Представленный нами комплекс психокоррекционных и психотерапевтических методик способствует значительному уменьшению выраженности как соматоформных расстройств, так и поведенческих нарушений у детей, пребывающих в ситуации депривации, но не ведет к полной их редукции.

Заключение. Проведенные в соответствии с вышеизложенными принципами коррекционные мероприятия у детей раннего и дошкольного возраста, перенесших физическое и сексуальное насилие и имеющих опыт депривации, особенно – в комплексе социальных, медицинских и психологических мер, эффективны, в частности, в отношении тревожных, депрессивных, психосоматических и поведенческих симптомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981. 206 с.
2. Марголина И.А., Платонова Н.В., Иванов М.В. Депривационный парааутизм вследствие жестокого обращения с детьми. Методы психолого-педагогической коррекции // Дефектология. – 2021. – № 5. – С. 36-46.
3. Марголина И.А. Платонова Н.В. Полякова Е.О. Депривационный парааутизм как последствие перенесенного физического и сексуального насилия // Психическое здоровье. 2018. № 12. С. 10–17.
4. Марголина И.А., Платонова Н.В. Депривационный парааутизм у детей, подвергшихся физическому и сексуальному насилию // Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 75-летию Научного центра психического здоровья. М., 2019. С. 119–121
5. Платонова Н.В., Полякова Е.О. Психические нарушения у детей, подвергшихся сексуальному насилию в раннем возрасте, принципы психотерапевтической коррекции и медикаментозного лечения // Психическое здоровье. 2015. №12. С. 32–37.
6. Платонова Н.В. Клиническая картина психических расстройств и особенностей психического развития у детей, подвергшихся сексуальному насилию: автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. мед. наук. М., 2014. 26 с.
7. Проселкова М.Е., Башина В.М., Козловская Г.В. Особенности психического развития детей раннего возраста из условий сиротства. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1995. № 5. С. 52–56.
8. Ainsworth M. Deprivation of Maternal Care. In A Reasess ment of its Effect. Genewa, 1962. P. 151–155.
9. Bolby J. Child care and the growth of love. L., 1987.
10. Freud A. The Ego and The Mechanism of Defence. L., 1961.
11. Spitz R. The First year of life: A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. N.Y., 1965.

РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БАЗЫ РЕЧИ КАК ОСНОВА ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Поленкова Евгения Алексеевна,
магистрант кафедры дефектологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина», Тамбов

Аннотация.
В статье рассматривается значение психологической базы речи для процесса речевого развития, ее роль в преодолении задержки речевого развития у младших дошкольников. Также описаны методы формирования психологической базы речи и ее ключевые компоненты. В статье представлены педагогические рекомендации для педагогов и родителей.

Ключевые слова: *психологическая база речи, задержка речевого развития, младший дошкольный возраст, коррекционная работа.*

DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGICAL BASIS OF SPEECH AS A BASIS FOR OVERCOMING DELAYED SPEECH DEVELOPMENT IN PRESCHOOL CHILDREN

Evgenia A. Polenkova,
Master's student of the Department of Defectology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tambov State University named after G.R. Derzhavin,» Tambov

Abstract.
The article examines the importance of the psychological basis of speech for the process of speech development, its role in overcoming delayed speech development in younger preschoolers. Methods of forming the psychological base of speech and its key components are also described. The article presents pedagogical recommendations for teachers and parents.

Keywords: *psychological basis of speech, delayed speech development, younger preschool age, corrective work.*

Психологический фундамент речевого развития представляет собой совокупность взаимозависимых психических функций, формирующих основу для освоения речевых навыков. В отличие от узкоспециализированных логопедических методик, акцентирующих внимание на артикуляции и синтаксисе, работа с психологической базой речи направлена на трансформацию глубинных когнитивных процессов, лежащих в основе речевой активности.

Проблема задержки речевого развития (ЗРР) занимает центральное место в современной детской психологии и логопедии. Статистические данные свидетельствуют о том, что от 3 до 10 процентов дошкольников сталкиваются с отставанием в освоении речевых навыков, которые не соответствуют возрастным нормам. Особую значимость приобретает своевременная диагностика и коррекция речевых отклонений в возрасте 3–4 лет, поскольку данный период характеризуется как сензитивный, то есть наиболее благоприятный для формирования речевой функции.

Психологическая база речи включает такие психические процессы, как восприятие, внимание, память и мышление. Эти процессы формируются по мере развития ребенка и являются фундаментом для овладения речью. Л.С. Выготский подчеркивал взаимосвязь речи и мышления: развитие одного невозможно без прогресса другого.

Основные компоненты психологической базы речи следующие:

1. Внимание: способность концентрироваться на речевых стимулах; умение переключать внимание между объектами и действиями; объём и устойчивость внимания к вербальной информации.

2. Память: слухоречевая память (запоминание и воспроизведение слов, фраз); зрительная память (связь образа и слова); двигательная память (артикуляционные движения).

3. Восприятие: фонематическое (различение звуков речи); зрительное (узнавание предметов, символов); пространственное (понимание предлогов, ориентировка в пространстве).

4. Мышление: наглядно-действенное (решение задач через практические действия); наглядно-образное (представление объектов и ситуаций); элементы логического (сравнение, классификация, обобщение).

5. Эмоционально-волевая сфера: мотивация к общению; эмоциональная отзывчивость; способность к саморегуляции в коммуникативных ситуациях.

6. Моторика: общая (координация движений, равновесие); мелкая (точность движений пальцев); артикуляционная (подвижность органов речи).

Многочисленные исследования подтверждают прямую взаимосвязь между отставанием в развитии любого из компонентов психологической базы речи и возникновением или усугублением задержки речевого развития. Это проявляется следующим образом:

- Проблемы с вниманием. Недостаток внимания ведет к тому, что ребенок упускает речевые сигналы и испытывает трудности с выполнением указаний.
- Слабая слухоречевая память. Ограничивает словарный запас и способность строить длинные предложения.
- Нарушения восприятия. Затрудняют различение звуков речи и понимание пространственных связей.
- Недоразвитие мышления. Мешает освоению грамматики и формированию связной речи.
- Эмоциональная нестабильность. Снижает желание общаться и может вызывать запинки в речи.
- Моторные трудности. Замедляют произношение звуков и мешают развитию навыков письма.

Для эффективного коррекционного воздействия необходима комплексная диагностика психологической базы речи, включающая в себя: обследование внимания (методика «Найди пару» - концентрация; игра «Что изменилось?» - переключение; корректурная проба с картинками – устойчивость); оценка памяти (запоминание 5-7 слов – слухоречевая память; воспроизведение последовательности движений – двигательная память; узнавание изображений после паузы – зрительная память); исследование восприятия (различение близких по звучанию слов, таких как «бочка»-«почка»; узнавание перечеркнутых и наложенных изображений; понимание предлогов «над», «под», «между»); анализ мышления (складывание разрезных картинок – 4-6 частей; классификация предметов по признакам; установление причинно-следственных связей); диагностика моторики (пальчиковые упражнения; графические задания – обводка, штриховка; артикуляционная гимнастика – удержание поз, переключения).

На основании проведенной диагностики разрабатывается индивидуальная программа, которая включает в себя следующие направления:

1. Развитие внимания: игры на поиск отличий; задания на следование многоступенчатым инструкциям; упражнения с переключением между видами деятельности.

2. Тренировка памяти: заучивание коротких стихов с опорой на картинки; игры «Запомни и повтори»; пересказ простых сюжетов с визуальной поддержкой.

3. Совершенствование восприятия: сортировка предметов по цвету, форме, размеру; конструирование по образцу и по представлению; аудиоигры на различение звуков природы, бытовых шумов.

4. Стимуляция мышления: логические задачи; сюжетно-ролевые игры; составление рассказов по серии картинок.

5. Формирование моторной базы: пальчиковая гимнастика с речевым сопровождением; лепка, работа с мозаикой, аппликация; артикуляционные упражнения с контролем в зеркале.

6. Развитие коммуникативных навыков: хороводные игры с пением; драматизации коротких сказок; диалоги по ролям с использованием игрушек.

Принципы коррекционной работы: системность, поэтапность, индивидуализация, игровая форма, мультисенсорность, партнерство с родителями.

Практические рекомендации для педагогов:

- Включение в занятие упражнений на развитие внимания и памяти.
- Использование наглядной опоры (картинки, схемы, предметы).
- Стимулирование речевой активности через вопросы и комментарии.
- Создание ситуаций успеха для повышения мотивации.

Для родителей:

- Регулярное общение с ребенком, комментарии к действиям.
- Чтение книг и обсуждения иллюстраций.
- Лепка, пальчиковые игры, рисование.
- Ограниченное экранное время; больше живой коммуникации.
- Выполнение домашних заданий логопеда и психолога.

Таким образом, можно говорить о том, что развитие психологической базы речи представляет собой не что иное, как фундаментальный подход к преодолению задержки речевого развития у детей младшего дошкольного возраста. Систематическая и целенаправленная работа над вниманием, памятью, восприятием, мышлением, эмоционально-волевой сферой и моторикой создает устойчивые предпосылки для расширения активного словаря, улучшения грамматического строя речи, формирования связной речи, повышения коммуникативной активности. Раннее включение методов развития психологической базы речи в коррекционную практику позволяет не только преодолеть имеющиеся речевые трудности, но и предупредить вторичные нарушения в когнитивной и социальной сферах. Эффективность данного подхода подтверждается как теоретическими исследованиями, так и практической работой с детьми дошкольного возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Выготский Л. С. Мышление и речь. — М.: АСТ, 2023.
2. Лурия А. Р. Язык и сознание. — М.: Педагогика, 2022.
3. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Коррекция нарушений речи у дошкольников. – М.: Просвещение, 2024.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИНЕТИЧЕСКОГО ПЕСКА В РАЗВИТИИ ТАКТИЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ И ТОНКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Пчелкина Ирина Евгеньевна,
учитель-дефектолог, учитель-логопед, Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение № 7, Калуга

Аннотация.
В статье обосновывается применение кинетического песка в коррекционно-развивающей работе с детьми старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития (ЗПР). Автором предложены игровые упражнения, которые можно использовать для решения различных коррекционных задач, в частности для преодоления дефицитов тактильного восприятия и тонкой моторики, являющихся ключевым звеном в структуре дефекта при задержке психического развития. Описывается интегративный потенциал предлагаемой методики для междисциплинарной работы дефектолога и логопеда.

Ключевые слова: *задержка психического развития, старший дошкольный возраст, тактильное восприятие, мелкая моторика, сенсомоторное развитие, кинетический песок.*

USE OF KINETIC SAND IN THE DEVELOPMENT OF TACTILE PERCEPTION AND FINE MOTOR SKILLS IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN WITH DELAYED DEVELOPMENT

Irina E. Pchyolkina,
special teacher, speech therapist teacher, Municipal budgetary preschool educational institution № 7, Kaluga

Abstract.
The article substantiates the use of kinetic sand in correction and development work with older preschool children with developmental delay. The author proposes game exercises that can be used to solve various correction tasks, in particular, to overcome the deficits of tactile perception and fine motor skills, which are the key link in the structure of the defect in

developmental delay. The article describes the integrative potential of the proposed methodology for interdisciplinary work by a special teacher and a speech therapist.

Keywords: *delay of mental development, senior preschool age, tactile perception, fine motor skills, sensory motor development, kinetic sand.*

Современная система дошкольного образования, руководствуясь принципами Федеральных государственных образовательных стандартов и идеями инклюзивной педагогики, ориентирована на создание условий для развития каждого ребенка, включая детей с ограниченными возможностями здоровья. Среди данной категории особую группу составляют дети старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. Согласно эпидемиологическим данным, распространенность ЗПР в детской популяции носит устойчивый характер, достигая в различных регионах и группах 10-15%, что определяет высокую социальную и педагогическую значимость разработки эффективных коррекционно-развивающих технологий для данной категории обучающихся [2].

ЗПР представляет собой гетерогенное по структуре и этиологии состояние, проявляющееся в замедленном темпе созревания высших психических функций, несформированности эмоционально-волевой и познавательной сфер, что приводит к стойким трудностям в обучении и социальной адаптации. Ключевым звеном в сложной структуре дефекта при ЗПР, особенно в дошкольном возрасте, является недостаточность базовых сенсорных систем и моторного развития. Нарушения тактильного восприятия и мелкой моторики носят у таких детей системный характер.

Тактильное восприятие, являясь фундаментальной основой познания предметного мира, напрямую связано с развитием мышления и речи. Недостаточная дифференциация тактильных ощущений, сниженная чувствительность или, напротив, сенсорная защита, затрудняют формирование целостных образов предметов, что негативно сказывается на операциях анализа, синтеза и сравнения. В свою очередь, несформированность тонкой моторики, слабость мышечного тонуса кистей рук, нескоординированность движений пальцев создают серьезные препятствия для овладения практическими навыками самообслуживания, предметно-орудийными действиями и, что критично на этапе подготовки к школе, графо-моторными навыками, лежащими в основе обучения письму [6].

Таким образом, сенсомоторное развитие выступает не только как самостоятельная цель коррекционной работы, но и как важнейшее

условие и база для преодоления вторичных нарушений в речевой, интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах у детей с ЗПР.

В контексте теории Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития и концепции сенсорной интеграции А. Джин Айрес, целенаправленное воздействие на сенсорные каналы и моторные функции способствует построению и укреплению нейронных связей, обеспечивающих более сложные формы психической деятельности [3].

Согласно современным представлениям (В. И. Лубовский, У. В. Ульенкова, Е. С. Слепович), в основе ЗПР лежит нарушение темпов созревания познавательных процессов, часто на фоне минимальной мозговой дисфункции. Это находит прямое отражение в состоянии сенсорной и моторной сфер [6].

В области тактильного восприятия для детей с ЗПР характерна сенсорная недифференцированность. Исследования многих авторов указывают на сниженную тактильную чувствительность, трудности в идентификации предметов на ощупь (стереогноз), особенно при усложнении формы или фактуры. Часто наблюдается симультанная агнозия в тактильной модальности – ребенок, правильно опознав часть предмета (например, колесо у машинки), не может синтезировать целостный образ. Страдает также процесс вербализации тактильных ощущений, что затрудняет формирование эталонов и обобщенных представлений о свойствах материалов.

В развитии тонкой моторики у старших дошкольников с ЗПР отмечается выраженная несформированность праксиса – способности к выполнению целенаправленных двигательных актов.

Таким образом, у детей с ЗПР наблюдается распад между тактильной и проприоцептивной обратной связью, с одной стороны, и моторным исполнительным звеном, с другой. Мозг получает обедненную, недостаточно дифференцированную сенсорную информацию от рук, что затрудняет формирование точных двигательных программ. В свою очередь, неточные, неловкие движения не обеспечивают качественного тактильного обследования предметов, замыкая порочный круг сенсомоторной дезинтеграции.

В поиске эффективных средств преодоления сенсомоторных дефицитов у детей с ЗПР особый интерес представляет кинетический песок – инновационный материал со свойствами одновременно натурального песка и полимерных материалов. С дидактической точки зрения, его уникальность обусловлена не развлекательным характером, а комплексом физических и сенсорных характеристик, которые могут быть целенаправленно использованы в коррекционно-развивающих целях.

Использование кинетического песка органично встраивается в ключевые методологические принципы работы с детьми с ЗПР:

● принцип мотивационной обеспеченности: игровой, исследовательский характер взаимодействия с песком естественным образом поддерживает познавательный интерес и внутреннюю мотивацию, дефицит которых является типичным для детей с ЗПР.

● принцип «обходных путей» (Л.С. Выготский): кинетический песок, в силу своей податливости и интерактивности, позволяет сформировать навык в обход традиционных, более сложных для ребенка моторных программ, создавая основу для их последующего развития [3].

● принцип деятельностного подхода: любое упражнение с песком – это целостная практическая деятельность с мотивом, целью и результатом, что соответствует потребности детей данного возраста в предметно-практическом освоении мира.

Представленные выше методологические принципы находят свою конкретную реализацию в разработанной системе игровых упражнений с кинетическим песком. Каждое упражнение служит практическим инструментом для воплощения теоретических положений в коррекционно-развивающей деятельности.

1. «Здравствуй, песок»

«Песок не сухой и не мокрый, а как будто живой, он движется. Давайте мы с ним поздороваемся и познакомимся. Опустите руки на поднос, сожмите песок в кулачках, разожмите кулачки, опять сожмите, разожмите. Понаблюдайте, как песок вытекает из ладошки, как ручеек. Переверните руки тыльной стороной, положите на песок погладьте его. Что вы чувствуете? Этот песок такой же, как и в песочнице? А чем отличается?»

2. «Мы – кондитеры»

Для этой игры мы используем формочки для выпечки пирожных, формочки для печений и простые формочки для песка. Благодаря тому, что песок отлично держит форму, получаются настоящие кондитерские шедевры. Получившиеся изделия аккуратно и без осыпания режутся пластиковым ножом на ровные части: «Угости тортиком кукол».

3. «Прятки»

Игра «Прятки» основана на естественном для детей интересе к поиску. Педагог заранее закапывает в массе песка различные мелкие предметы (фигурки, игрушки). Задание для ребенка варьируется: можно искать конкретный предмет, все спрятанные объекты или заданное их количество (например, «найди 5 диких и 5 домашних животных»), что позволяет варьировать сложность.

4. «Угадай-ка»

На гладкой поверхности песка создаются отпечатки различных предметов (фруктов, игрушек). Четкость полученных следов позволяет ребенку легко опознать исходные объекты. Для поддержания интереса и

вовлеченности игровые роли можно менять: теперь ребенок сам создает отпечаток для взрослого.

5. «Фигуры»

Использование штампов геометрических фигур служит эффективным дидактическим приемом, обеспечивающим наглядное и эмоционально привлекательное знакомство с сенсорными эталонами формы. Песочная поверхность выступает в качестве полифункциональной плоскости, где отпечатки трансформируются в элементы творческого проектирования, позволяя ребенку синтезировать предметные изображения из геометрических компонентов [8].

Дальнейшее развитие моторного навыка и тактильного гнозиса достигается через лепку фигур по образцу. Усложнение деятельности происходит за счет введения операции зрительного соотнесения: созданные из песка объемные формы сопоставляются с их плоскими графическими репрезентациями на карточках, что способствует формированию операции обобщения [1].

Важнейшим достоинством предлагаемых игровых методик является их высокая степень адаптивности. Каждое упражнение может быть модифицировано по уровню сложности, длительности и сенсорной насыщенности, что позволяет выстроить индивидуальную траекторию развития для ребенка с любыми стартовыми возможностями.

Увлекательный, игровой характер деятельности обеспечивает высокий уровень познавательной мотивации и добровольного включения ребенка в деятельность, что является критически важным условием для эффективности любой коррекционной работы.

Межпредметные связи и командная работа: применение упражнений с кинетическим песком не являются узкоспециализированным, они могут быть успешно включены в работу не только дефектолога, но и учителя-логопеда. В логопедической практике кинетический песок выступает как мощное средство для решения следующих задач:

● для автоматизации и дифференциации поставленных звуков в слогах, словах и фразах через рисование песком соответствующих букв;

● для стимуляции речевого высказывания и запуска речи у неговорящих детей за счет создания предметно-игрового контекста, провоцирующего на номинацию и комментирование действий;

● для развития лексико-грамматического строя речи (согласование, словообразование) в процессе обыгрывания созданных сюжетов («Что слепил?», «Чего не хватает у домика?»);

● для совершенствования связной речи через составление рассказов по «песочным картинам» [4].

Таким образом, предлагаемые игры трансформируются в универсальный инструментарий, способный обогатить коррекцион-

но-развивающее пространство в работе специалистов различного профиля.

Подводя итог, можно сказать, что кинетический песок трансформируется из простого игрового материала в сложноорганизованную развивающую среду. Его свойства позволяют выстроить иерархическую систему упражнений, начиная от простейших тактильных контактов и релаксации и заканчивая сложными конструктивными и сюжетными заданиями, требующими высокого уровня зрительно-моторной координации и планирования. Это делает песок очень гибким инструментом, с помощью которого можно точечно работать именно с теми проблемами в движении и ощущениях, которые есть у дошкольников с задержкой психического развития. В процессе лепки, конструирования или создания «песочных картин» коррекционные задачи естественно интегрируются в целостный контекст осмысленного действия, что резко повышает мотивацию и прочность формируемых навыков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреенко Т. А. Использование кинетического песка в работе с дошкольниками / Т. А. Андреенко. – СПб: Детство-пресс, 2017. – 128 с.

2. Волобуева Ю. В. Использование интерактивной песочницы как средства развития зрительного восприятия у детей с задержкой психического развития / Ю. В. Волобуева, О. Г. Жаркова, М. М. Посохова // Молодой ученый. Исследования молодых ученых (CII) – 2025. С. 52 – 56. – URL: https://moluch.ru/conf/stud/archive/536/18932

3. Выготский Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – Москва : АСТ, 2011. – 87 с.

4. Ефименкова Л. Н. Формирование речи у дошкольников / Л. Н. Ефименкова – Москва : Национальный книжный центр, 2021. – 176 с.

5. Кильдигушева, З. Т. Использование кинетического песка в работе с детьми с ОВЗ / З. Т. Кильдигушева // Международный педагогический портал «Солнечный свет» - 2021. – URL: https://solncesvet.ru/opublikovannyie-materialyi/master-klass-ispolzovanie-kineticheskogo.1857895/?ysclid=miw1fsp4yn368224402

6. Мамедова, Л. В. Развитие мелкой моторики у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / Л. В. Мамедова, Н. В. Бараханова // Историко-критические обзоры и современные исследования – 2022. – URL: https://elibrary.ru/brwaof?ysclid=miyo33fjjd48708992

7. Перекрестова Е. В. Логопедическая ритмика и кинезиологические упражнения как факторы коррекции речевого развития у детей дошкольного возраста / Е. В. Перекрестова, Т. А. Шеремет // Образование и проблемы развития общества. – 2020. №3 (12). С. 59 – 67. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/logopedicheskaya-ritmika-i-kineziologicheskie-uprazhneniya-kak-faktory-korrektsii-rechevogo-razvitiya-u-detey-doshkolnogo-vozrasta

8. Сиротюк А. Л. Упражнения для психомоторного развития дошкольников / А. Л. Сиротюк. – Москва : АРКТИ, 2014 – 60 с.

РАЗВИТИЕ САМОСОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ПРОЦЕССЕ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Рубан Ольга Васильевна,

кандидат психологических наук, доцент кафедры детской и подростковой клинической психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», Москва

Аннотация.

В статье представлен анализ развития коммуникативной компетентности детей с ограниченными возможностями здоровья на фоне восполнения базовых форм самосознания. Описаны возможности применения детских игр для решения коррекционных задач. Представлены результаты апробации системы оценки базовых форм самосознания у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: *дети с ограниченными возможностями здоровья, коммуникация, самосознание.*

DEVELOPMENT OF SELF-AWARENESS IN CHILDREN WITH DISABILITIES THROUGH PLAY ACTIVITIES

Olga V. Ruban,

Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of Child and Adolescent Clinical Psychology, Non-governmental

educational private institution of higher education «Moscow Institute of Psychoanalysis», Moscow

Abstract.

The article presents an analysis of the development of communicative competence in children with disabilities against the background of replenishing basic forms of self-awareness. The possibilities of using children's games to solve correctional tasks are described. The results of testing a system for assessing basic forms of self-awareness in children with disabilities are presented.

Keywords: *children with disabilities, communication, self-awareness.*

На сегодняшний день у специалистов не возникает сомнений в значении роли коммуникации в развитии адаптационных механизмов у ребенка с ОВЗ. Однако в научных работах практически не представлены методы оценки коммуникативной компетентности для детей с различными нарушениями развития, позволяющих тонко определять сферу дефицитов. На индивидуальных занятиях психологи активно формируют коммуникативные навыки, учат детей называть свое имя, вежливо здороваться и прощаться, обращаться с просьбой. Дети охотно осваивают эти приемы и с легкостью называют свое имя взрослому. Сложности возникают, когда дошкольники с ОВЗ остаются без организующего начала специалистов или родителей. Оказывается, что одни играют сами по себе, другие бегают вместе по комнате, подбадривая друг друга радостными криками, но самостоятельно не организуют совместные игры. Наблюдение за таким поведением детей приводит к постановке очевидного вопроса: почему заинтересованный и успешный на индивидуальных занятиях ребенок не способен выстроить адекватную коммуникацию со сверстниками?

В 2023 году нами были организованы групповые занятия. В группы коммуникативного развития были отобраны дети с расстройствами аутистического спектра, синдромом Дауна, сенсомоторной алалией в возрасте 5.6 – 5.9 лет; все были способны использовать речь для коммуникации. Дети были разделены на две группы: в первую группу вошли дошкольники с легкой интеллектуальной недостаточностью, во вторую – с задержкой психического развития. Занятия проводились регулярно один раз в неделю в течение двух лет с 2023 по 2025 год. В течение учебного года мы занимались на базе АСПР «Петра», а в летний период на базе МООИ «Инвакон».

Уже на первых занятиях мы столкнулись со значительными трудностями взаимодействия детей между собой. Они охотно и успешно участвовали в организованных специалистами играх, но в свободное время не играли вместе, не вступали в диалог. В процессе тематической беседы выяснялось, что представления о себе были у них неполными: детям было трудно рассказать о своей внешности, интересах, любимых игрушках, мультфильмах, о своих родителях. Они свободно называли имя мамы и папы, однако затруднялись дать им качественную оценку, характеристику. Такие описания, как, например, «мама добрая» или «папа сильный», оказались недоступными. Сложным оказалось и рассказать о занятиях родителей. Репертуар собственных эмоциональных переживаний был узким, и не всегда участники понимали эмоциональное состояние другого человека. Нежелание играть в определенную игру приводило к растормаживанию. Участники начинали бегать, вместо того чтобы рассказать о своем недовольстве или попросить другую форму активности. Таким же образом они вели себя и в ситуации неуспешности. Неудача не отражалась в мимике, дети не предпринимали попыток попробовать снова, научиться. Вместо этого начинали смеяться или прыгать. Таким образом, после проведения качественной оценки стало очевидно, что эти трудности связаны не просто с неумением выстраивать коммуникацию, а с дефицитами в структуре базового уровня самосознания. Такое понимание проблемы позволило нам сместить акценты с необходимости формирования коммуникативных навыков на восполнение дефицитов самосознания.

Для более достоверной диагностики и определения эффективности нашего подхода мы разработали систему оценки. Занятия фиксировались на видеокамеру и подвергались экспертной оценке, данные заносились в протоколы. Предложенная диагностика включала фиксированные параметры и критерии оценки, параметры были сгруппированы по смысловым блокам.

В рамках первого блока исследовалось представление ребенка о себе и своей семье. Наблюдение проводилось в процессе тематической беседы с детьми. Оценке подвергались следующие параметры: представление о своей внешности, представление о своей одежде, представление о своих качествах («я хороший», «я веселый»), представление о своих интересах, представление о том, что нравится и не нравится. Представление о родителях: ФИО родителей, профессия родителей, рассказ о родителях и их качествах. Экспертам предлагалось выставлять оценку 3 балла в случае получения самостоятельного ответа; 2 балла – если ответ был дан по аналогии с примером, представленным взрослым; если звучали наводящие вопросы – 1 балл; и при отсутствии ответа выставлялась оценка 0 баллов.

Второй блок предполагал оценку эмоциональной компетентности, которую мы проводили в процессе игрового взаимодействия, созда-

вая игровые ситуации, побуждающие детей к проживанию различных эмоций. В первую очередь, оценивалась способность детей понимать собственные эмоциональные переживания и психические состояния. В фокусе внимания экспертов оказывались параметры: «скучно», «сложно», «я злюсь», «я расстроен», «мне обидно», «мне приятно», «мне радостно». Далее оценивалось наличие сложных эмоций: «удивление», «смущение», «опасение», «восхищение», «стыд», «отвращение», «вина», «удовольствие». И в заключение блока исследовался феномен осознанности желаний: просьба ребенка поиграть в определенную игру, желание или нежелание участвовать, желание быть водящим в игре, желание обладания игрушкой, желание и предвосхищение события.

В третьем блоке представлены параметры оценки, позволяющие изучить, насколько дети способны понимать состояние другого человека. Наблюдение мы проводили также в контексте игрового взаимодействия с активным участием детей и взрослых. Создавались игровые ситуации, побуждающие детей к проживанию различных эмоций. Мы обращались к детям с просьбой дать характеристику переживаниям сверстников и взрослых. Эмоциональная компетентность оценивалась по параметрам: «ему скучно», «ему сложно», «он злится», «он расстроен», «ему обидно», «ему приятно», «ему радостно». Оценивалась возможность сопереживания. В случае если ребенок давал вербальное описание состояния и демонстрировал соучастие, эксперты выставляли 3 балла; если ребенок демонстрировал адекватное разделение эмоции и проявлял соучастие без вербальной поддержки − 2 балла; если наблюдалось изменение поведения и растерянность − 1 балл; при отсутствии реакции выставлялась оценка 0 баллов. Также подвергалась оценке возможность имитации при повторении моторной схемы в активных играх (игры с мячом, игры с препятствиями). Если ребенок стремился самостоятельно повторить моторную схему, независимые эксперты выставляли оценку 3 балла; если требовались разъяснения и возникала необходимость повторного показа, выставлялось 2 балла; за выполнение игрового задания с физической поддержкой полагался 1 балл и за невыполнение − 0 баллов.

Кроме того, нам казалось важным определить, насколько ребенок способен оценить чувства другого человека в процессе тактильного взаимодействия и при этом регулировать свое аффективное состояние. 3 балла выставлялось в том случае, если ребенок демонстрировал адекватный контакт, регулируя интенсивность взаимодействия и удерживая границы; 2 балла − при дефиците границ; 1 балл − при трансляции негативных переживаний через тактильный контакт и переживании негативных эмоций в процессе тактильного взаимодействия; 0 баллов − при грубом отказе от тактильного взаимодействия (ребенок отталкивал руку

другого участника, проявлял агрессию и / или трудности в регуляции интенсивности контакта).

В течение двух лет мы трижды проводили оценку самосознания детей с НИР и ЗПР.

На основании результатов диагностики разрабатывалась структура занятий и ставились цели на каждом этапе коррекционной работы. Программа занятий включала тематические беседы, игровое взаимодействие, развитие социально-бытовой компетентности и формирование активной среды, способствующей генерализации умений и навыков, полученных в рамках организованных, структурированных занятий.

Очень важной коррекционной мишенью в нашей работе стало формирование наиболее полного представления ребенка о себе. Тематические беседы мы всегда проводили с учетом личности ребенка. Через личность каждого участника рассматривался семейный круг. Нам было важно создать у детей представление о своих интересах, предпочтениях и увлечениях. В связи с тем, что дети из двух групп не смогли ответить на вопросы о том, какая еда им не нравится, какие герои мультфильмов им несимпатичны, что они не любят делать (мы получили очень низкие результаты по параметру оценки «не нравится»), была поставлена задача предоставить возможность осознания противопоставлений: «нравится» – «не нравится», «приятно» – «неприятно», «интересно» – «неинтересно». Также через личность мы подходили к актуализации или проявлению в сознании ребенка картины мира. Мы обсуждали, какое время года самое хорошее, что приятно в это время делать. Приятно ли плавать в море, кататься с горки? Что неприятно – может быть, попасть под дождь или упасть в грязь? Также важными темами для наших бесед стало обсуждение понятия времени, воспоминание о событиях прошлого, ощущение настоящего и фантазии о будущем.

Огромный потенциал для развития самосознания детей с легкой степенью интеллектуальных нарушений и с задержкой психического развития мы обнаружили, подбирая игры для занятий. Мы отобрали командные игры, побуждающие участников учитывать другого ребенка, его положение в пространстве. Играя в такие игры, дети должны были соотносить свои действия с действиями товарищей. Для решения задач формирования образа действия и внутреннего плана деятельности были выбраны игры с пантомимой. Следуя правилам игры, ребенку нужно было показать, например, бытовое действие («я чищу зубы»), не используя речь. Мы активно использовали игры с акцентом на внешности и одежде ребенка. Наибольший успех у детей получила игра «краски», по условиям которой дети находили определенный цвет на своем теле или на своей одежде. Если цвет не был найден, ребенок пробегал мимо водящего, чтобы не быть пойманным. Очень хорошо себя заре-

комендовали игры-драматизации, которые позволяли поставить задачи понимания и проживания определенных эмоциональных состояний.

Для расширения понимания моделей полоролевого поведения были созданы два направления: «мастеровые» и «принцессы». Девочки учились танцевать «как принцессы» и мастерить подходящую одежду из подручных материалов, а мальчики овладевали ручным инструментом: делали кораблики и машинки.

Социально-бытовая компетентность также является важным аспектом самосознания. Формирование позиции «Я – могу» и «Я – сам» в этом контексте приобретает особое значение. В рамках социально-бытового направления ставились задачи развития предвосхищения, планирования и осмысленности процесса деятельности, а также формирование моделей безопасного поведения. Мы стремились создать представление о понятиях: горячее, холодное, острое, тяжелое, учили детей взаимодействовать с этими предметами, чтобы не причинить вреда товарищу. Также в рамках этого направления расширялись возможности детей соприкасаться с различными фактурами (вязкие продукты, мокрая тряпка, грязная картошка), что влияло на развитие адаптационных механизмов и способствовало преодолению брезгливости.

Занятия у детей из двух групп имели некоторые различия. Например, игровые правила для детей с ЗПР подавались вербально, а при работе с детьми с нарушениями интеллектуального развития (НИР) мы использовали наглядные опоры. Темп и интенсивность игрового взаимодействия у группы НИР были более спокойными. В этой группе, особенно в начале занятий, использовалась в большей степени организующая роль специалистов.

В результате анализа полученных данных можно сделать вывод о позитивной динамике в развитии самосознания у детей. На фоне динамики развития самосознания можно отметить значительные улучшения во взаимодействии: появилась свобода в построении диалога, дети находили общие темы для обсуждения, были внимательны к своим сверстникам. Дети с ЗПР самостоятельно организовывали и развивали сюжетно-ролевую игру. Для детей с интеллектуальной недостаточностью все же требовалась организующая помощь специалистов, однако они могли продолжительное время играть вместе, поддерживать сюжет, добавлять некоторые детали. Наиболее важными для нас стали сведения о генерализации коммуникативных возможностей: при поступлении в школу дети не демонстрировали трудностей в установлении коммуникации с одноклассниками, достаточно легко адаптировались к школьным условиям.

Основным выводом по результатам проведенного исследования является понимание того, что формированию коммуникации у детей с

задержкой психического развития и легкой интеллектуальной недостаточностью препятствуют дефициты самосознания. Также становится очевидно, что дефициты базовых аспектов самосознания возможно выявить только в процессе коммуникации. Необходима разработка тонких инструментов, не только выявляющих поверхностные феномены, но и позволяющих проникнуть в глубину проблемы.

В дальнейшем мы предполагаем провести корреляционный анализ между данными о развитии самосознания и оценками коммуникативных проявлений.

СЛОЖНОСТЬ И КОМПАРТМЕНТАЛИЗАЦИЯ Я-КОНЦЕПЦИИ У ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМ САМОПОВРЕЖДЕНИЕМ

Рыжов Андрей Леонидович,
факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва
Тишина Мария Сергеевна,
отдел транскультуральной психиатрии, ФГБНУ НЦПЗ, Москва

Аннотация.
В статье приводятся результаты использования метода классификации личностных черт для исследования сложности Я концепции и компартментализации оценочного знания о себе у подростков с несуицидальным самоповреждением в сравнении с подростками группы условной нормы. Результаты показывают значимые различия между группами по показателям самокомпартментализации, т.е. несбалансированной оценки одних аспектов своей личности как крайне негативных, других – крайне позитивных, в то время как показатели сложности Я концепции не различают две группы. Обсуждаются методические ограничения подхода.

Ключевые слова: *подростки, несуицидальное самоповреждение, сложность Я, самокомпартментализация*

SELF-COMPLEXITY AND COMPARTMENTALIZATION OF EVALUATE SELF-KNOWLEDGE IN ADOLESCENTS WITH NON-SUICIDAL SELF-INJURY

Andrey L. Ryzhov,
psychology department, Lomonosov MSU, Moscow

Tishina Maria Sergeevna,
division of transcultural psychiatry, FSBSI MHSC, Moscow

Abstract.
The article reports results of the study of self-complexity and self-comparmentalization in adolescnts with NSSI compared to normative group by means of the personal attributes sorting task. Statistically significant differences were found in self-compartmentalisation indexes, suggesting the unbalanced negative or positive evaluation of different self-aspects, while no differences in self-complexity were found. Some methodological limitations are described.

Keywords: *adolescents, NSSI, self-complexity, self-compartmentalization.*

Исследования несуицидального самоповеждения (НССП), ранее находившиеся в тени исследований разных форм суицидального поведения, в последние десятилетия вызывают большое внимание как специалистов, так и общественности, что связано с их стихийным распространением, особенно среди младших поколений [1]. В пятой редакции DSM синдром несуицидального самоповреждения предлагается для рассмотрения, как «расстройства для дальнейшего изучения». Указания на роль особенностей Я-концепции в понимании несуицидального самоповреждения можно встретить у авторов различных теоретических ориентаций. Наглядной демонстрацией существующей связи можно считать клиническую картину пограничного типа расстройства личности, критерии которого включают как выраженные нарушения личной самоидентичности, так и импульсивные рискованные формы поведения, включающие самоповреждения. В психодинамических объяснениях самоповреждения наделяются разным смыслом, включая попытки укрепления чувства автономии, испытания границ Эго и атак на отвергаемые части собственного Я [8]. Указания на двойственный характер поиска собственного отличия и индивидуальности и, одновременно, принадлежности и групповой идентичности, есть в социально-психологических работах [4]. Р. Баумайстер рассматривает разные формы самоповреждения как бегство от осознания неприятных, связанных с инсайтом по поводу собственного Я, аффектов [5]. Ограничимся указанием на схожие идеи в рамках теории персональных конструктов, диалектически-бихевиоральной терапии и т.д.

Гипотезы о роли структурных особенностей Я-концепции в целом идут в двух направлениях. Первое, клинико-психологическое, предполагает негативную роль отсутствия интегрированного представления о себе, несогласованности, противоречивости и неустойчивости эмоциональных и когнитивных аспектов образа Я, и связано с такими понятиями, как расщепление, диффузия идентичности, дихотомическое мышление. Второе, более социально-психологическое, напротив, подчеркивает негативные последствия одномерного, упрощенного, стереотипного представления о себе, с жесткой идентификацией с социальной ролью.

Хотя эти точки зрения не являются, строго говоря, противоположными и могут рассматриваться как взаимодополняющие аспекты дифференциации и интеграции Я-концепции [3], они ставят вопрос о том, какие именно характеристики Я-концепции, операционализируемые для психологической диагностики, могут рассматриваться, как наиболее важные для предсказания и понимания несуицидального самоповреждения и рассмотрения их в качестве возможных мишеней психологической коррекции. Конструкт «сложности Я», введенный П. Линвиль [9], подразумевает тенденцию к дифференцированному, многоаспектному восприятию собственной личности, играющую протективную роль по отношению к резким сменам аффекта, и описываемую метафорой «не класть все яйца в одну корзину». В противовес, П. Шолдерс [11] предложила оценку «компартментализации оценочного знания о себе», как недостатка интеграции позитивных и негативных характеристик собственной личности, используя метафору «хранить гнилые яблоки отдельно». Оба понятия операционализируются разными показателями выполнения одного задания, классификации личностных черт, одним из достоинств которого является то, что оно может быть гармонично включено в отечественные традиции «качественного» патопсихологического обследования.

Целью данного исследования была оценка возможностей метода классификации личностных черт в работе с подростками с НССП. Задачи включали сравнительный анализ показателей сложности Я и самокомпартментализации, а также сравнение этих результатов с данными стандартизированного самоотчета.

Методы: Методика «классификация личностных черт» более подробно была описана ранее [2]. Предъявляется набор из 40 карточек, содержащих слова – личностные характеристики (20 позитивных, 20 негативных). По инструкции, испытуемого просят представить разные стороны собственной личности (например, характеризующие человека в разных ситуациях, значимых отношениях и пр.), и отобрать для каждой подходящие карточки из набора (каждую карточку можно использовать несколько раз). Сложность Я оценивалась с помощью показателей числа выделенных групп, индекса пересечения (показатель сходства характеристик, используемых в разных группах), и их произведения, индекса сложности Я [10]. Самокомпартментализация оценивалась с помощью

показателя фи- (основанного на статистике хи-квадрат), отражающего равномерность выбора позитивных и негативных характеристик в разные группы, а также общей пропорции негативных характеристик во всех группах [11].

Дополнительно использовался ранее апробированный перевод опросника «Индекс расщепления» [7]. Опросник из 30 пунктов дает показатели по трем шкалам, оценивающим, на основе самоотчета, склонность испытывать противоречивые эмоции и суждения по поводу собственной личности, родителей и друзей.

Участники исследования: 25 подростков с верифицированными самоповреждениями (средний возраст – 15 лет, 7 мальчиков и 18 девочек), проходивших стационарное и полу-амбулаторное лечение в НПЦ ПЗДП ДЗМ имени Г.Е. Сухаревой, сравнивались со схожей по характеристикам группой 25 подростков условной нормы.

Результаты и их обсуждение:

При использовании методики «Классификация личностных черт» не было получено значимых различий между группами по показателям Сложности самоописания, но были выраженные и значимые различия по показателям самокомпартментализации, с ожидаемо большей выраженностью в группе подростков с НССП. Средние показатели «сложности я»: количество групп при классификации 5,24 (НССП) и 5,04 (контроль); индекс пересечения – 0,31 и 0,34, «индекс сложности Я» – 21,8 и 21,7. Показатели самокомпартментализации: фи-коэффициент – 0,63 (НССП) и 0,43 (контроль), процент негативных характеристик – 43,8 и 24,1, различия значимы при $p<0,001$ (критерий Стьюдента). Таким образом, у подростков с НССП можно предполагать тенденцию к «негативной самокомпартментализации», когда негативные аспекты собственной личности являются рельефными, легко доступными для осознания, и делают подростка особо уязвимым при попадании в релевантные ситуации.

Характерно, однако, что показатели группы условной нормы демонстрируют, возможно, более яркую «аномальность» по сравнению с литературными данными, а именно неожиданно выраженную интеграцию (отсутствие компартментализации). Средние показатели индекса в других исследованиях (не на подростках) находятся в диапазоне 0,6-0,75. Таким образом, если подростки с НССП отличаются от ожидаемых результатов высокой пропорцией негативных ответов, то подростки условной нормы – редкостью компартментализации. Учитывая недостаточность литературных данных о выполнении методики подростками, интерпретация этого результата должна делаться с осторожностью; однако именно результаты группы нормы представляют интерес и требуют уточнения, принимая во внимание стереотипы «юношеского максимализма» и импульсивности подростков, как возрастной черты.

Внимание на себя обращает то, что подростки с НССП выбирали меньше черт (7,4 в среднем) в каждую группу. Такое выполнение встречалось и в норме, но не было групповой чертой: средний показатель – 11 черт, т.е. четверть от всех карточек на группу, при максимальном числе в 29 черт (так девушка охарактеризовала себя «на работе»). С одной стороны, выбор большего числа характеристик сам по себе увеличивает теоретическую вероятность того, что группировки будут более гетерогенными.

С другой стороны, это кажется важной содержательной характеристикой. Подростки с НССП испытывают трудности с отнесением определений к себе, более избирательны в выборе характеристик. Подростки в норме легче сравнивают себя с другими, примеряют к себе обыденные, простые описания. Для этого могут быть разные объяснения: как повышенное чувство "инаковости» у подростков с НССП, так и менее ответственное выполнение задания подростками в группе нормы, которые не чувствуют, что ошибка или неточность в выборе признаков могут иметь принципиальное значение, и не пытаются охарактеризовать себя максимально точно. Отметим, что даже когда подростки контрольной группы в наших данных выбирали по 5-6 характеристик на группу, они не всегда давали компартментализированные решения.

Таким образом, именно тенденция описывать, рассматривать разные стороны своей личности, роли, переживания себя в отношениях как исключительно позитивные или исключительно негативные является чертой, наиболее отличающей в данном исследовании подростков с НССП. Речь идет не только о самокритичных, обесценивающих характеристиках себя. Для подростков с НССП характерным является как раз выделение лишенных негативных черт аспектов собственной личности, часто ситуативно обусловленных (я в больнице, я с дедушкой и бабушкой и пр.) и противопоставленных остальному жизненному опыту. Так, девочка 15 лет описывает «себя в дружбе» как любящую, понимающую, внимательную, «себя с мамой» как неорганизованную и раздражительную, «себя в школе» как ленивую, рассеянную, бесполезную и недовольную, «себя по жизни» как любящую, творческую, внимательную, веселую и отзывчивую, а «себя в больнице» (видимо, пытаясь создать хорошее впечатление) как организованную, дружелюбную, творческую, спокойную и ответственную (тенденция описывать себя в стационаре исключительно позитивными характеристиками встречалась у нескольких подростков, но не у всех, у некоторых, наоборот, именно этот аспект оказывался наиболее сбалансированным). Следует также отметить, что, по крайней мере в данном исследовании, тенденция к компартментализации едва ли может объясняться более равномерной пропорцией негативных и позитивных признаков в группе подрост-

ков с НССП, так как крайние значения сопровождались как низкой, так и высокой пропорцией.

Результаты сравнения двух групп по шкалам опросника "Индекс расщепления» заключаются в большей склонности подростков с НССП к расщеплению (поляризации) представлений о членах семьи ($p<0,05$) и о друзьях ($p<0,01$), но не значимы (хотя и в том же направлении) для представлений о собственном Я. Таким образом, подростки двух групп в равной мере соглашаются с такими высказываниями, как «иногда я не уверен, кто я на самом деле», «Мое отношение к самому себе меняется из крайности в крайность» и пр., что позволяет предположить, что методика скорее отсылает к переживаниям, доступным каждому подростку, а индивидуальную ранимость показывает лишь в оценке отношений с близкими, как менее стабильных. Значимых корреляций с показателями классификации личностных черт выявлено не было. Но в чем-то эти результаты согласуются с данными классификации личностных черт, подчеркивая значимость разных контекстов, более устойчивых и более турбулентных, в переживаниях подростков с НССП.

Таким образом, методика классификации личностных черт может рассматриваться как перспективный инструмент в патопсихологической диагностической работе с подростками, а особенности Я-концепции, прежде всего тенденция к самокомпартментализации – характеристикой, указывающей на риск самоповреждений, и могущей выступать, как отправная точка или мишень коррекционной работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. – М.: Ленанд, 2017. – 320 с.

2. Рыжов А. Л. Перспективные методические подходы к исследованию Я-концепции в рамках патопсихологического исследования // Поляковские чтения 2023. — издательство МГППУ Москва: 2023. — С. 84–91.

3. Соколова Е. Т. Клиническая психология утраты Я. Издание 3-е. — Москва: Смысл, 2024. — 566 с.

4. Adler, P. A., Adler P. The tender cut: inside the hidden world of self-injury. – New York: New York University Press, 2011. – 264 p.

5. Baumeister, R. F. Suicide as escape from self. // Psychological Review. – 1990. – 97(1). – pp.90-113.

6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR / American Psychiatric Association. — Arlington, VA: APA Publishing, 2022. – 1051 p.

7. Gould J. R., Prentice N. M., Aisnlie R. C. The Splitting Index: Construction of a scale measuring the defense mechanism of splitting //Journal of Personality Assessment. – 1996. – Vol. 66. – №. 2. – P. 414-430.

8. Levy, K., Yeomans, D., Diamond, D. J Psychodynamic Treatments of Self-Injury / Journal of clinical psychology, - 2007 - 63(11), 1105–1120.

9. Linville P. W. Self-complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket //Social cognition. – 1985. – Vol. 3. – №. 1. – P. 94-120.

10. Sakaki M. Effects of self-complexity on mood-incongruent recall //Japanese Psychological Research. – 2004. – Vol. 46. – №. 2. – P. 127-134.

11. Showers C. Compartmentalization of positive and negative self-knowledge: keeping bad apples out of the bunch //Journal of personality and social psychology. – 1992. – Vol. 62. – №. 6. – P. 1036-1049.

ПРИЕМЫ И СТРАТЕГИИ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СИСТЕМЕ НАЧАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кондрашова Валентина Владимировна,
учитель-логопед, Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение Средняя общеобразовательная школа № 22, Екатеринбург
Созина Дарья Александровна,
педагог-психолог, Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 22, Екатеринбург

Аннотация:
В статье рассматриваются приемы и стратегии поддержки детей с расстройством аутистического спектра в системе начального образования. Раскрываются направления работы педагога и специалистов сопровождения, описываются условия организации инклюзивной образовательной среды, а также формы взаимодействия с семьей.

Ключевые слова: *расстройство аутистического спектра, начальное образование, инклюзивная среда, педагогическая поддержка, образовательные стратегии.*

TECHNIQUES AND STRATEGIES FOR SUPPORTING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN PRIMARY EDUCATION

Valentina V. Kondrashova,
teacher, speech therapist, Municipal Autonomous General Education Institution Secondary General School No. 22, Ekaterinburg
Sozina Darya Aleksandrovna
educational psychologist, Municipal Autonomous General Education Institution Secondary General School No. 22, Ekaterinburg

Abstract. *This article touches methods and strategies for supporting children with autism spectrum disorder in primary education. It explores the work of teachers and support specialists, describes the conditions for creating an inclusive educational environment, and describes the forms of interaction with families.*

Key words: *autism spectrum disorder, primary education, inclusive environment, pedagogical support, educational strategies.*

В настоящее время возрастает число детей с расстройством аутистического спектра, которые приходят в массовую начальную школу. Это обусловлено как ростом распространенности данного нарушения, так и развитием инклюзивной практики: учебные заведения, как часть системы образования, стремятся обеспечить доступность образования для каждого ребенка. Учителю начальных классов необходимо владеть специальными знаниями и практическими приемами, позволяющими создать условия для успешного обучения и развития таких учеников [1, с. 5].

Расстройство аутистического спектра рассматривается специалистами как сложное нарушение развития, затрагивающее сферу социального взаимодействия, коммуникации и поведения. Для детей с этим диагнозом характерны трудности в понимании намерений других людей, ограниченность интересов, ригидность поведения, особенности сенсорной чувствительности. В условиях начальной школы перечисленные особенности могут проявляться в форме избегания контакта, отказа от совместной деятельности, бурных реакций на изменения распорядка дня или на внешние раздражители [3, с. 14].

Теоретической основой разработки стратегий педагогической поддержки являются культурно-исторический подход к развитию, идеи деятельностного обучения, а также современные исследования в области специальной психологии и коррекционной педагогики. Отечественные

авторы подчеркивают, что ребенок с особенностями развития способен осваивать образовательную программу при условии правильной организации среды, поддержки его активности и учета зоны ближайшего развития [4, с. 19].

Одним из ключевых направлений является организация физической и социальной образовательной среды. Для ребенка с расстройством аутистического спектра важно, чтобы пространство класса было понятным, структурированным и предсказуемым. Практически это выражается в выделении постоянных рабочих мест, использовании наглядных указателей, обозначении зон для индивидуальной и групповой работы, а также места для отдыха. Уменьшение лишних звуковых и зрительных раздражителей помогает снизить уровень тревожности и предотвратить перегрузку [3, с. 57].

Особое значение имеет использование визуальной поддержки. Визуальные расписания, пиктограммы, карточки последовательности действий позволяют ребенку лучше ориентироваться в структуре учебного дня, понимать, какие задания его ожидают, и заранее готовиться к смене видов деятельности. Педагог может создавать индивидуальные планы на урок, используя простые картинки и короткие подписи. Такая форма организации информации помогает компенсировать трудности восприятия устных инструкций и способствует формированию учебной самостоятельности [5, с. 44].

Коммуникационная поддержка включает упрощение и структурирование речи учителя. Рекомендуется использовать четкие, краткие фразы, избегать переносных значений, двусмысленности, сложных оборотов. Инструкции лучше разбивать на отдельные шаги, проговаривать их медленно и при необходимости сопровождать жестами или наглядно. Важно проверять понимание, опираясь не только на устный ответ, но и на практическое выполнение задания. При наличии у ребенка альтернативных средств коммуникации педагог должен поддерживать их использование на уроках [4, с. 73].

Неотъемлемой частью стратегии поддержки является формирование социальных навыков. В начальной школе такая работа может осуществляться через специально организованные игры, упражнения на развитие умения ожидать очереди, делиться материалами, просить о помощи, выражать согласие и несогласие приемлемым способом. Эффективными оказываются совместные задания в малых группах, где педагог моделирует ситуации сотрудничества и поэтапно обучает детей правилам взаимодействия. При этом важно учитывать, что некоторым детям с расстройством аутистического спектра необходима более длительная подготовка и подробное обсуждение предстоящих форм активности [2, с. 89].

Особого внимания требует работа с эмоциональной сферой и поведением. Педагогу следует уметь распознавать признаки нарастающего напряжения у ребенка, отслеживать ситуации, в которых чаще всего возникают сложные формы поведения. Применение методов позитивной поведенческой поддержки предполагает анализ функций нежелательного поведения, поиск более приемлемых способов выражения потребностей и систематическое подкрепление желательных реакций. Важным является составление индивидуального плана поддержки поведения с учетом мнения семьи и специалистов [4, с. 65].

Академическое обучение детей с расстройством аутистического спектра в начальной школе требует адаптации заданий без снижения основных требований программы. Возможна дифференциация по объему, степени сложности, форме представления материала. Например, при обучении чтению и письму целесообразно широко использовать наглядность, опору на интересы ребенка, четкую пошаговую инструкцию. При решении математических задач полезно предлагать больше практических действий с предметами, схемами и моделями. При этом важно сохранять общую структуру урока, чтобы ребенок мог предвидеть последовательность этапов и постепенно овладевать навыками учебной деятельности [3, с. 70].

Ключевым условием эффективности является взаимодействие учителя с семьей. Родители обладают уникальной информацией о привычках ребенка, его предпочтениях, трудностях и способах успокоения. Регулярные встречи, совместное планирование целей, обмен наблюдениями помогают выстроить единую линию требований и поддержки. Учитель может рекомендовать родителям простые упражнения для закрепления навыков, сформированных в школе, но учителю необходимо также учитывать и семейные ресурсы при планировании учебной нагрузки [2, с. 96].

Важную роль в системе поддержки играет школьный психолог и другие специалисты сопровождения. Психолог проводит углубленную диагностику особенностей развития ребенка, помогает педагогу подобрать адекватные методы и приемы работы, участвует в разработке индивидуального образовательного маршрута. Логопед занимается коррекцией речи и развитием коммуникативных навыков, а при необходимости подключаются специалисты по лечебной физкультуре, дефектологи. Междисциплинарное взаимодействие позволяет рассматривать развитие ребенка в целостности и обеспечивать согласованность воздействий [1, с. 45].

Не менее важно формирование толерантного отношения в детском коллективе. Учитель начальных классов может обсуждать с учениками темы дружбы, взаимопомощи, различий между людьми, используя доступные формы работы: рассказы, обсуждения, совместные проекты. При этом информация о конкретном ребенке должна сообщаться с учетом

этических норм и только с согласия семьи. Позитивный микроклимат в классе создает условия для включения ребенка с особенностями развития в совместную деятельность и снижает риск социальной изоляции [5, с. 75].

В заключение следует подчеркнуть, что приемы и стратегии поддержки детей с расстройством аутистического спектра в системе начального образования должны рассматриваться как часть целостной инклюзивной политики школы. Они включают продуманную организацию среды, использование визуальной и коммуникационной поддержки, формирование социальных и академических навыков, работу с поведением, взаимодействие с семьей и междисциплинарное сотрудничество специалистов. Системный подход позволяет не только повысить успеваемость и уровень адаптации детей, но и способствует развитию гуманистической культуры всей образовательной организации [1, с. 52].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баенская Е.Р., Никольская О.С., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. Москва: Теревинф, 2010. 288 с.

2. Никольская О.С. Ребенок с аутизмом в обычной школе. Москва: Просвещение, 2014. 192 с.

3. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. Москва: Аркти, 2011. 320 с.

4. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. Москва: Московский университет, 2015. 240 с.

5. Лорд К., Раттер М. Аутизм и расстройства аутистического спектра. Москва: Практика, 2017. 352 с.

ИНКЛЮЗИВНАЯ ПЕРЕМЕНА. ПРОСТРАНСТВО НЕФОРМАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кондрашова Валентина Владимировна,
логопед, учитель-дефектолог, муниципальное автономное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа №22, г. Екатеринбург
Созина Дарья Александровна,
педагог-психолог, муниципальное автономное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа №22, г. Екатеринбург

Аннотация.
В статье рассматривается трансформация школьной перемены из периода неструктурированного времени и социального хаоса в целенаправленно организуемое пространство неформального инклюзивного образования. Предлагается концепция перепланировки рекреационных зон по принципу многофункционального кластера. Описывается новая роль педагога как фасилитатора и модератора, а также представлен алгоритм внедрения модели инклюзивной перемены в образовательной организации.

Ключевые слова: *инклюзивная перемена, дети с ограниченными возможностями здоровья, зонирование образовательной среды, педагог-фасилитатор, сенсорная разгрузка, развитие мягких навыков (soft skills), алгоритм внедрения инклюзии.*

INCLUSIVE CHANGE. THE SPACE OF INFORMAL EDUCATION

Valentina V. Kondrashova,
teacher, speech therapist, Municipal Autonomous General Education Institution Secondary General School No. 22, Ekaterinburg
Sozina Darya Aleksandrovna
educational psychologist, Municipal Autonomous General Education Institution Secondary General School No. 22, Ekaterinburg

Abstract. *The article examines the transformation of school breaks from a period of unstructured time and social chaos into a purposefully organized space for informal inclusive education. The article proposes a concept of redesigning recreational areas according to the principle of a multifunctional cluster. The article describes the new role of a teacher as a facilitator and moderator, and presents an algorithm for implementing an inclusive change model in an educational organization.*

Key words: *inclusive change, children with disabilities, zoning of the educational environment, teacher-facilitator, sensory unloading, development of soft skills, algorithm for introducing inclusion.*

Приходится констатировать, что мы проектируем инклюзивные уроки, но бросаем наших детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в социальный хаос перемены. Это все равно, что научить человека плавать в бассейне и бросить его в открытое море во время шторма. Инклюзивная перемена - это не просто перерыв между уроками, это целенаправленно создаваемое пространство неформального образования, где ключевые социальные и жизненные навыки усваиваются не по учебнику, а через живой, осмысленный опыт [7].

Почему перемена – это «слепое пятно» инклюзии? Дело в том, что на уроке все структурировано: цели, роли, регламент. Ребенок с РАС, ДЦП или нарушением слуха понимает правила игры. Но когда звенит звонок, эти правила исчезают. Наступает время стихийной, быстро меняющейся социальной жизни, к которой многие дети с ОВЗ просто не готовы [10, с. 45].

Сенсорная перегрузка, оглушительный гам, мелькание детей в коридоре - это ежедневный стресс для ребенка с аутизмом или тревожным расстройством, ведущий к истощению ресурсов [5, с. 34]. Как присоединиться к игре? Как понять шутку? Неявные правила этих и других ситуаций часто являются непреодолимым барьером [2, с. 43]. Есть и физические барьеры: подвижные игры в быстром темпе недоступны для ребенка на коляске или с нарушениями опорно-двигательного аппарата [1, с. 79].

Результат – ребенок у стены, «в телефоне» или в кабинке туалета. Формально он в школе, но на самом деле он в изгнании. Это сводит на нет все усилия по инклюзии на учебных занятиях.

Мы должны перестать думать о перемене как о «перерыве в образовании». Это полноценная образовательная сессия, цель которой - развитие soft skills (гибких навыков) через специально организованную среду [7, с. 75]. Ее философия основана на принципах универсального дизайна обучения (UDL), предполагающего предоставление множества способов вовлечения, репрезентации и действия.

Ключевые принципы инклюзивной перемены следующие:

- предсказуемость и структура (хаос нельзя устранить, но его можно ограничить четкими рамками и зонированием);
- выбор и автономия (ребенок должен сам определять, как ему отдыхать, исходя из своего состояния и потребностей);
- безопасность во всех ее проявлениях: физическая, сенсорная, эмоциональная [9, с. 58].

Архитектура инклюзивной перемены заключается в том, что нужно спроектировать среду для всех. Вместо единого шумного пространства мы создаем многофункциональный кластер, где каждый найдет свою «экологическую нишу» [3, с. 40].

Зона «Энерджайзер» (для разрядки и развития моторики)

Цель: легализовать и структурировать двигательную активность.

Оборудование: мягкие спортивные модули, «умный пол» - проекция интерактивных игр, дартс на липучках или на магнитах.

Инклюзивный компонент: задания разной степени сложности. Ребенок на коляске может быть судьей или бросать кольца с более близкого расстояния, что соответствует принципам UDL.

Зона «Коворкинг» (для коммуникации и кооперации)

Цель: создать естественные поводы для общения.

Оборудование: столы для инклюзивных настольных игр («Диксит», «Дженга»), доска для графических комментариев, конструкторы.

Инклюзивный компонент: визуальные правила игр; игры, не требующие быстрой речи. Наличие «хранителя игр» (из числа старшеклассников-волонтеров) для помощи в объяснении правил [8, с. 102].

Зона «Сенсорный оазис» (для эмоциональной и сенсорной разгрузки)

Цель: предоставить возможность уединения и восстановления ресурса.

Оборудование: пуфы, кресла-мешки, ширмы, наушники с шумоподавлением, тактильные панели.

Инклюзивный компонент: эта зона – спасение для детей с РАС. Правило: «Человек в этой зоне не хочет общаться. Его нужно оставить в покое». Это прямое применение идей сенсорной интеграции Айрес [5, с. 112].

Зона «Творческий хаос» (для самовыражения)

Цель: дать выход эмоциям через творчество.

Оборудование: мольберт, материалы для лепки, магнитная доска со словами.

Инклюзивный компонент: адаптивные кисти, материалы, не требующие тонкой моторики.

Работа по принципу «неподцензурного» творчества – здесь нет критериев «правильно / неправильно» [6, с. 77].

Роль взрослого смещается от «надзирателя» к «садовнику». Учитель на такой перемене кардинально меняет роль с надзирателя на фасилитатора процесса [8, с. 105].

Он «фасилитатор» – не командует, а помогает организовать деятельность. «Ребята, вижу, вы скучаете. Может, сыграем в «Диксит»? Я объясню правила за 3 минуты».

Он «наблюдатель-диагност»: отслеживает, кто из детей постоянно находится в одиночестве, и мягко создает ситуацию успеха для него, что соответствует идеям Выготского о социальной ситуации развития [4, с. 215].

Он «модератор границ»: следит, чтобы правила зон соблюдались.

С чего начать внедрение модели инклюзивной перемены? Проведите «аудит перемены»: понаблюдайте, чем дети занимаются сейчас, где находятся точки напряжения и изоляции [7, с. 80]. Создайте проектный офис. Включите в него администрацию, педагогов, школьного психолога, дефектолога, а главное – самих детей. Начните с малого: выделите

одну рекреацию и создайте там 2-3 пилотные зоны. Обучите «агентов перемен» – проведите инструктаж для учителей и подготовьте группу старшеклассников-волонтеров.

Собирайте обратную связь, регулярно опрашивайте детей: «Что понравилось? Что неудобно? Чего не хватает?».

Можно назвать целый ряд ожидаемых результатов и эффектов от внедрения модели. Системная организация инклюзивной перемены позволяет прогнозировать комплекс позитивных изменений в образовательной среде школы. Согласно исследованиям Т. Д. Савенковой, целенаправленная работа по созданию инклюзивного пространства неформального общения приводит к статистически значимому улучшению психологического климата в детских коллективах [7, с. 78-79].

Для учащихся с ОВЗ: снижение уровня тревожности и стресса благодаря наличию предсказуемых, безопасных зон рекреации [5, с. 128], формирование практических социальных навыков (таких, как инициирование и поддержание контакта, совместная деятельность, разрешение микроконфликтов) в щадящих, структурированных условиях, повышение академической успеваемости за счет возможности сенсорной и эмоциональной разгрузки, которая ведет к восстановлению когнитивных ресурсов для последующих уроков.

Для нейротипичных детей: развитие эмпатии, взаимоуважения и коммуникативной гибкости через постоянное взаимодействие с разнообразным социальным окружением, обогащение жизненного опыта и формирование инклюзивной картины мира как естественной нормы, улучшение навыков кооперации и лидерства через принятие на себя ролей модераторов и организаторов в зонах активности.

Для педагогического коллектива: снижение количества конфликтных ситуаций на переменах благодаря их структурированию и занятости детей; появление нового инструмента педагогической диагностики – наблюдая за свободной деятельностью детей в зонах, педагог может выявить скрытые лидерские качества, проблемы во взаимоотношениях, неявные интересы учащихся [8, с. 110]; формирование профессионального сообщества учителей-единомышленников, объединенных общей гуманистической миссией.

Коснемся теперь потенциальных рисков и путей их минимизации. Внедрение любой инновации сопряжено с трудностями, но анализ потенциальных рисков позволяет их своевременно нивелировать.

Риск 1: сопротивление педагогического коллектива. Часть учителей может воспринять нововведение как дополнительную нагрузку.

Пути минимизации: поэтапное внедрение, проведение мотивационных семинаров с привлечением внешних экспертов, включение обязанностей по модерации перемен в индивидуальные планы развития педагогов с соответствующим стимулированием.

Риск 2: «зарегулированность» и потеря спонтанности. Чрезмерный контроль может лишить перемену ее главного преимущества - неформальности.

Пути минимизации: создание гибких, вариативных сценариев активности, предоставление детям максимально возможной автономии в выборе занятий, позиция учителя как «старшего товарища», а не контролера.

Риск 3: возникновение новых ситуаций травли (например, связанных с доступом в популярные зоны).

Пути минимизации: четкое формулирование и визуализация правил пользования зонами, ротация популярного оборудования, организация дежурств учеников-волонтеров для помощи в разрешении споров.

Перспективы развития: модель «Инклюзивной перемены» не является статичной. Ее естественное развитие представляется нам в следующих направлениях:

интеграция с учебным процессом (темы и проекты, начатые на уроках, могут находить свое продолжение и развитие в пространстве перемены, например, создание макетов для зоны «Коворкинг» на технологии, написание сценариев для интерактивного пола на информатике);

расширение возрастного диапазона (разработка специфических моделей для средней и старшей школы, где потребности в общении и форматы рекреации кардинально меняются);

проектирование «инклюзивного расписания» (создание гибкого графика перемен, позволяющего разным параллелям классов использовать ресурсы зон без перегрузки, а также введение «длинных развивающих перемен» для проектной деятельности 1-2 раза в неделю);

превращение школы в общественный ресурсный центр (организация на базе школьных пространств в вечернее время и в каникулы досуговых инклюзивных программ для детей из микрорайона, что будет способствовать дальнейшей социализации учащихся с ОВЗ за пределами школьного коллектива).

Заключение

Инклюзивная перемена – это не про дорогой ремонт; это – про смену оптики. Это инвестиция в социальный капитал класса и школы, соответствующая духу Закона «Об образовании» и ФГОС [1, 2]. Когда мы проектируем перемену как пространство неформального образования, мы получаем не просто более спокойную и дружелюбную атмосферу – мы получаем детей, которые учатся понимать и принимать друг друга не по указке, а по велению сердца. И это, возможно, самый главный урок, который они вынесут из школьных стен.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон РФ «Об образовании в Российской Федерации» N 273-ФЗ

2. ФГОС НОО обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

3. Волкова О.А. Проектирование инклюзивной образовательной среды как одно из актуальных направлений современного образования. // Трибуна ученого. 2021. № 2. С. 39–44.

4. Выготский, Л. С. Психология развития ребенка. - М.: Смысл, Эксмо, 2005. - 357 с.

5. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. - М.: Теревинф, 2009. - 272 с.

6. Краснощекова, Н. В. Диагностика и развитие личностной сферы детей старшего дошкольного возраста. Цветовой тест отношений. - М.: Владос, 2007. - 145 с.

7. Леонова О.А. Формирование инклюзивной культуры в образовательной организации // Мир науки. Педагогика и психология. 2022. Т. 10. № 1.

8. Карпенкова, И. В. Тьютор в инклюзивной школе: сопровождение ребенка с особенностями развития. - М.: ЦЕТИ, 2010. - 224 с.

9. Гакаме Ю.Д. Организация психологически безопасной образовательной среды в условиях инклюзивного образования // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. Т. 37. С. 251– 255.

10. Дмитриева Т.П. Организация деятельности координатора по инклюзии в образовательном учреждении. – М.: Школьная книга, 2010. - 175 с. (Серия «Инклюзивное образование», вып. 3).

ОРГАНИЗАЦИЯ ВНЕУРОЧНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ СЛАБОСЛЫШАЩИХ ДЕТЕЙ

Соколова Светлана Александровна,

Казенное общеобразовательное учреждение Воронежской области «Бобровская школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», Бобров, Воронежская обл.

Соколова Юлия Александровна,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежская государственная академия спорта», Воронеж

Аннотация.
В статье освещается проблема организации свободного времени учеников начальных классов с нарушением слуха. Рассматриваются пути стимулирования речи и социального развития детей в игровой форме во внеурочное время, с применением подвижных игр в качестве мотивирующего фактора.

Ключевые слова: *подвижные игры, школьники, нарушение слуха, развитие речи, физическое развитие.*

ORGANIZATION OF EXTRACURRICULAR TIME FOR HEARING IMPAIRED CHILDREN

Svetlana A. Sokolova,
State general education institution of the Voronezh region «Bobrovskaya boarding school for students with disabilities», Bobrov, Voronezh region)
Yilia A. Sokolova,
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Voronezh State Sports Academy», Voronezh)

Abstract.
This article concerns the matter of free time management for elementary school students with hearing impairments. It examines ways to develop children's speech and social development through play outside of school hours, using active games as a motivating factor.

Keywords: *active games, schoolchildren, hearing impairment, speech development, physical development.*

Цель данного исследования – изучение специфики социального развития, а также стимуляции речи у детей с нарушением слуха.

Задачи: 1. Проанализировать научно-методическую литературу по проблеме исследования;

2. Разработать программу, способствующую развитию речи и социального развития детей с нарушением слуха.

Развитие устной речи, как и её восприятие, имеет колоссальное значение для детей с нарушением слуха. Именно устная речь является средством освоения языка и важным инструментом мышления. Свободное овладение устной речью содействует свободному взаимодействию детей в обществе даже вне стен школы-интерната, выбору профессии, последующему трудоустройству, достижению определённого социального статуса и т.д.

Установлено, что преимущественным фактором, затрудняющим устную речь слабослышащих детей, является страх, стеснение произнести слова неправильно. Поэтому часто наблюдается такое явление, как отказ от речи в пользу языка жестов у детей, которые способны к устной речи. Однако именно речевое общение выступает ключевым фактором успешной социализации и налаживания коммуникаций в социуме, особенно после окончания школы. Этим и определяется актуальность данной темы.

Подвижные игры с использованием речитативов являются одним из наиболее эффективных методов стимулирования речи и социального развития учеников начальной школы.

Игра является важной деятельностью для учеников младшего школьного возраста. Она служит мотивацией для занятий по развитию речи. Одновременно при использовании подвижных игр решается проблема физического развития, а также воспитания таких полезных качеств, как дисциплинированность, коллективизм, взаимовыручка, самостоятельность и т. д. Помимо этого, в процессе игры у детей появляются навыки общения со сверстниками, преодолеваются барьеры общения, страх произнести слова неправильно. Что, в свою очередь, будет способствовать приобретению коммуникативных навыков у детей с нарушением слуха.

У детей данного возраста существует базовая потребность в движении и общении со сверстниками, за счет чего они познают мир и расширяют свой кругозор. Все эти потребности можно закрыть с помощью подвижных игр.

Во время игры дети действуют в соответствии с правилами, которые регулируют поведение играющих, способствуют выработке коллективизма, честности, дисциплинированности, умения работать в команде, ловкости и быстроты реакции. Особенно эти игры актуальны для детей с ОВЗ по слуху, так как они корректируют речевое, физическое и психическое развитие [1].

Они учат детей быть внимательными к своей речи и речи взрослого, слышать и корректировать речевые ошибки, правильно произносить звуки, развивают интонационную выразительность речи, грамматический строй, внимание и память, а также углубляют представления об окружающем.

Многие ученые-педагоги установили, что разнообразные подвижные игры являются действенным средством профилактики и коррекции на-

рушений речи у детей в процессе физического воспитания [2, 3]. С этой целью можно использовать следующие подвижные игры.

● Игры с подражанием звукам и движениям животных. Их чаще всего используют для преодоления страха и стеснения издавать звуки и выполнять двигательные действия. Это, например, «Веселый зоопарк», «Угадай, кто», «Прогулка по лесу» и так далее. Основная задача данных подвижных игр – произнести как можно громче и четче название животного, звук, который издает это животное, и показать, как оно двигается. Или издать звук и показать движение, а другие должны отгадать, что это за животное [1, 2].

● Бессюжетные подвижные игры, в них нет четко заданного сюжета. Например: «Съедобное-несъедобное», «Лисонька-Лиса», «Земля, воздух, огонь, вода» и т.д. Здесь развивается быстрота реакции – как движений, так и мышления (быстрота ответа) [2]. Текст в данных играх простой, детям дается возможность импровизировать, проявлять творческие навыки и находчивость, то есть проявлять свои ментальные способности.

● Сюжетно-ролевые – в них существует четко заданный сюжет, например: «Весёлые ракеты», «Два мороза», «Волки и овцы», «Гуси-лебеди», «Кошки-мышки» и др. Суть данных подвижных игр состоит в том, что у каждого ребенка есть своя роль, которую он играет. Правила обусловливают начало и прекращение движения, определяют поведение и взаимоотношения играющих, уточняют ход игры [3]. Для успешной игры все участники должны подчиняться правилам и действовать в команде. Также данный вид игр сопровождается уже более сложным текстом или стихотворением, который необходимо не только выучить, но и громко и четко произнести. В процессе данных игр у детей появляется желание говорить, проговаривать слова и исправлять как свои ошибки в произношении, так и ошибки товарищей, что является мощным толчком в речевом и социальном развитии для слабослышащих детей.

Выводы:

1. На основании всего вышесказанного можно утверждать, что физическая активность стимулирует развитие речи и социального развития детей с нарушением слуха. Также при их использовании происходит сплочение учеников, приобретаются навыки работы в команде и взаимовыручки, уважение к одноклассникам. А это особенно актуально для учеников школы-интерната.

2. При использовании подвижных игр развиваются коммуникативные навыки, преодолевается страх произнести неправильно слова или попросить повторить слово, которое не расслышал. Это будет способствовать адаптации детей в обществе вне стен школы.

3. На основании вышесказанного можно утверждать, что при организации досуга детей таким способом решаются следующие задачи: физического воспитания (приобретаются двигательное умения и навыки, развиваются физические качества); развития речи; социализации детей в обществе; сплочения коллектива; воспитания морально-волевых качеств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова, Л.Н. Подвижная игра как эффективное средство развития двигательного творчества детей с ограниченными возможностями здоровья // Образование: вчера, сегодня, завтра: сборник материалов VIII Международной научно-практической интернет-конференции: в 2-х ч. Ч. 1. / сост. О.П. Широкова, М.Ю. Михайлова; научн. конс. А.И. Щетинская. Оренбург: ООДТДМ, 2013. 252 с. С. 31-33.

2. Беженцева, Л.М. Основы методики физического воспитания: учебное пособие / Л.М. Беженцева, Л.И. Беженцева. – Томск : ТГУ, 2009. – 157 с.

3. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. - 2-е изд., испр. и доп. – М. : Академия, 2001. – 480 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИЕМОВ МОЗЖЕЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БАЛАНСИРОВОЧНОГО КОМПЛЕКСА «БАЛАМЕТРИКС»

Ханнанова Диляра Ленаровна,

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад комбинированного вида №53» Нижнекамского муниципального района, Республика Татарстан

Аннотация.

Приемы мозжечковой стимуляции с помощью балансировочного комплекса «Баламетрикс» эффективны для коррекции моторных, сенсорных и когнитивных дефицитов у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В статье анализируется механизм воздействия на вестибулярный аппарат и мозжечковые связи, приводящего к улучшению координации, внимания и социального взаимодействия. Результаты демонстрируют, что комплекс «Баламетрикс» является эффективным инструментом для стимулирования мозжечковой активности и развития моторных и когнитивных функций у детей с РАС.

Ключевые слова: мозжечковая стимуляция, расстройства аутистического спектра, моторика, координация, сенсомоторное развитие.

USING OF CEREBELLAR STIMULATION TECHNIQUES IN THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH ASD USING THE BALAMETRICS BALANCE COMPLEX

Dilyara L. Khannanova,
Municipal Budgetary Preschool Educational Institution «Combined-Type Kindergarten No. 53» of the Nizhnekamsk Municipal District, Republic of Tatarstan

Abstract.
Cerebellar stimulation techniques using the Balametrics balance complex are effective for correcting motor, sensory, and cognitive deficits in children with autism spectrum disorders (ASD). The article analyzes the mechanism of influence on the vestibular apparatus and cerebellar connections, which leads to improvements in coordination, attention, and social interaction. The results demonstrate that the Balametrics complex is an effective tool for stimulating cerebellar activity and for developing motor and cognitive functions in children with ASD.

Keywords: *cerebellar stimulation, autism spectrum disorders, motor skills, coordination, sensorimotor development.*

Расстройства аутистического спектра представляют собой группу сложных нарушений нейроразвития, распространенность которых, согласно данным ВОЗ, составляет 1 случай на 100 детей. Традиционные методы коррекции РАС включают поведенческую терапию, логопедическую работу и медикаментозное лечение, однако в последние десятилетия возрастает интерес к методам, основанным на нейропластичности мозга. Исследования последних лет демонстрируют структурные и функциональные изменения мозжечка у детей с РАС. Мозжечок участвует не только в координации движений, но и в регуляции когнитивных функций, речи, внимания и эмоциональной обработки информации.

Балансировочный комплекс Баламетрикс представляет собой программу мозжечковой стимуляции, разработанную для улучшения вестибулярной функции и проприоцептивной обработки информации. Методика включает выполнение упражнений на балансировочной доске с одновременным выполнением когнитивных и зрительно-моторных задач, что способствует интеграции сенсорных систем и активизации нейронных связей.

В нашем исследовании приняли участие два мальчика с установленным диагнозом РАС (F84.0 по МКБ-10) в возрасте 5 и 6 лет. На момент начала занятий оба ребенка демонстрировали выраженные нарушения координации движений, трудности в понимании речевых инструкций, связанных с глаголами действия, и низкую толерантность к физической нагрузке. Время удержания баланса на балансировочной доске составляло 2-3 минуты, после чего наблюдались признаки усталости и отказ от продолжения деятельности.

Занятия проводились 3 раза в неделю продолжительностью от 10 до 25 минут. Структура занятия включала три основных этапа: разминку, основную часть и релаксацию.

Разминка длительностью около 3-5 минут начиналась с раскачивания на балансире, во время которого ребенок повторял за педагогом движения руками: поднимал руки вверх и держал 10 секунд, затем разводил руки в стороны и также удерживал позицию. Данный этап способствовал активизации вестибулярного аппарата и подготовке нервной системы к основной нагрузке. Основная часть, продолжительностью около 10-15 минут, включала серию упражнений возрастающей сложности. На начальном этапе работа проводилась методом «рука в руке», когда педагог физически направлял движения ребенка. Использовались сенсорные мешочки различного веса, что позволяло развивать тактильную чувствительность и формировать правильный двигательный паттерн броска и ловли. Постепенно вводились задания с мячами различного диаметра (от 10 до 25 см). Упражнения усложнялись: от ловли одного предмета двумя руками до попеременной ловли правой и левой рукой, затем до чередования мешочков и мячей. Во время выполнения упражнений педагог постоянно проговаривал действия («лови», «кидай»), счет (количество пойманных предметов) и названия конечностей («правая рука», «левая рука»), что способствовало формированию связи между словом и действием. Релаксация, длительностью около 2-3 минут, завершала каждое занятие. Ребенок сидел на балансире под спокойную музыку, выполняя медленные раскачивающие движения. Данный этап был необходим для нормализации тонуса мышц, снижения уровня тревожности и закрепления положительных эмоций, связанных с занятием.

На протяжении всего периода обучения применялась жетонная система подкрепления. За каждое успешно выполненное задание ребенок получал жетон, который визуализировался на специальной доске. По окончании занятия накопленные жетоны обменивались на предпочитаемое ребенком поощрение (игрушка, лакомство, время для любимой деятельности). Данный метод соответствует принципам прикладного анализа поведения (АВА) и способствует повышению мотивации и формированию устойчивого интереса к занятиям.

За год систематических занятий наблюдалась значительная положительная динамика. Время удержания баланса на балансировочной доске увеличилось с 2-3 минут до 15-18 минут в среднем, что свидетельствует о развитии компенсаторных механизмов постурального контроля и повышении общей выносливости. Качественные изменения включали улучшение координации движений: дети научились контролировать положение тела в пространстве, выполнять целенаправленные движения руками при сохранении баланса, что указывает на развитие способности к распределению внимания между несколькими задачами одновременно.

На начальном этапе дети не демонстрировали понимания глаголов «лови» и «кидай» даже при физической подсказке. К концу года занятий оба ребенка могли самостоятельно выполнять данные действия по речевой инструкции без дополнительных подсказок. Значимым достижением стало понимание и выполнение составных инструкций: «подними руки наверх и держи 10 секунд», «подними руки в стороны и держи 10 секунд». Данные инструкции включают два компонента (действие и временной параметр), что требует более высокого уровня обработки речевой информации и рабочей памяти. Дети начали различать правую и левую руку в контексте упражнений, что свидетельствует о развитии латерализации и схемы тела. Понимание счета также улучшилось: дети могли отслеживать количество пойманных предметов до 20.

Прогресс в освоении навыков ловли и броска отражает развитие зрительно-моторной интеграции. Последовательность освоения была следующей:

- Ловля сенсорных мешочков разного веса двумя руками (1-3 месяц)
- Ловля мячей различного диаметра двумя руками (3-6 месяц)
- Попеременная ловля одной рукой (6-9 месяц)
- Чередование ловли мешочков и мячей (9-12 месяц)

Данная последовательность соответствует естественному развитию двигательных навыков и демонстрирует способность детей к постепенному усложнению задач.

Систематизация структуры занятия (одинаковое начало и окончание) способствовала снижению тревожности и формированию предсказуемости среды, что особенно важно для детей с РАС. Дети стали проявлять ожидание начала занятия, положительно реагировали на переход к этапу релаксации. Использование жетонной системы способствовало развитию способности к отсроченному подкреплению и пониманию причинно-следственных связей между усилием и вознаграждением. Частота нежелательного поведения во время занятий снизилась на 70-80% по сравнению с начальным периодом.

Полученные результаты согласуются с теоретическими представлениями о роли мозжечка в развитии детей с РАС. Мозжечковая стимуляция через балансировочные упражнения активизирует вестибулоцеребеллярные и церебеллокортикальные пути, что способствует улучшению нейронной пластичности. Улучшение понимания речевых инструкций может быть связано с тем, что мозжечок участвует в обработке речи, особенно в аспектах времени и последовательности. Структурированность занятий отвечает потребности детей с РАС в предсказуемости и рутине.

Результаты годичного применения балансировочного комплекса Баламетрикс у двух детей с РАС демонстрируют значительную положительную динамику в развитии моторных навыков, в понимании речи и саморегуляции. Увеличение времени удержания баланса в 6-7 раз, освоение сложных зрительно-моторных навыков и улучшение понимания речевых инструкций указывают на эффективность мозжечковой стимуляции как метода коррекционной работы с детьми с РАС.

Комплексный подход, включающий структурированные занятия, систему подкреплений и постепенное усложнение задач, создает оптимальные условия для развития. Метод может быть рекомендован к включению в индивидуальные программы реабилитации детей с РАС в качестве дополнительного инструмента развития. Перспективы дальнейших исследований включают проведение контролируемых исследований с большей выборкой, изучение долгосрочных эффектов метода, а также исследование влияния мозжечковой стимуляции на другие аспекты развития детей с РАС: социальную коммуникацию, речевую продукцию и академические навыки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипов Б.А., Максимова Е.В., Семенова Н.Е. Уровень тонической регуляции в генезе детского аутизма // Детская и подростковая реабилитация. 2010. № 2 (15). С. 36–43.

2. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. М.: Генезис, 2007. 474 с.

3. Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2022. 86 с.

4. Строганова Т.А., Орехова Е.В., Галюта И.А., Цетлин М.М., Посикера И.Н. Электроэнцефалографическое исследование процессов зрительного внимания у детей с расстройствами аутистического спектра // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. 2019. Т. 69, № 1. С. 38–53.

5. Мальцева Н.А. Особенности временных представлений у подростков с расстройствами аутистического

спектра: дис. канд. психол. наук. М.: Институт коррекционной педагогики РАО, 2020. 197 с.

6. Амелина Е.Г. Нейропсихологическая дифференциация и коррекция расстройств аутистического спектра у детей и подростков // Современное дошкольное образование. 2018. № 6 (88). С. 4–17.

ДРУДЛЫ КАК СРЕДСТВО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ МЛАДШИХ ШКОЛНИКОВ С ОВЗ

Чернова Светлана Александровна,
учитель-логопед, Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 31 с углубленным изучением отдельных предметов», г. Чебоксары, Республика Чувашия

Аннотация.
В статье рассматривается использование технологии «Друдлы» как средства речевого развития у младших школьников с ОВЗ. Представленный материал может быть полезен учителям – логопедам, дефектологам, учителям начальных классов, родителям.

Ключевые слова: *технология «Друдлы», обучающиеся с ОВЗ, мышление, речевое развитие.*

DRUDLES AS A MEAN OF SPEECH DEVELOPMENT IN YOUTH SCHOOL STUDENTS WITH SPECIAL NEEDS

Svetlana A. Chernova,
teacher, speech therapist, Municipal Budgetary General Education Institution Secondary School No. 31 with in-depth study of certain subjects, city of Cheboksary, Chuvash Republic

Abstract.
The article concerns the use of the "Drudles» technology as a means of speech development for younger students with disabilities. The presented material can be useful for speech therapists, defectologists, primary school teachers, and parents.

Keywords: *"Drudles» technology, students with disabilities, thinking, and speech development.*

Формирование речи у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – важная и трудная задача. Для развития речи детей с особыми образовательными потребностями необходимо использовать все возможные доступные технологии и практики. «Друдлы» – одна из таких технологий. Основная мысль этой техники – уметь видеть что-то необычное в обычном.

Друдлы (загадочные рисунки, каракули, загадки-головоломки и т. д.) – это графическая головоломка, которую нужно додумать, найти как можно больше вариантов увиденного и доступно изложить. Здесь нет правильного ответа, каждый увиденный образ – верный, а словесная передача этого образа способствует речевому развитию, коррекции звукопроизношения. Помимо речевого развития, использование друдлов позволяет развивать творческое рассказывание, зрительное восприятие, внимание, память, мышление, закреплять навыки эффективного взаимодействия и коммуникации (диалога) между детьми.

В процессе работы с техникой «Друдлы» дети осваивают построение более сложных грамматических структур, что позволяет им формировать развернутые предложения, развивать навыки построения сложных предложений и обогащать речь.

Работа с друдлами состоит из нескольких этапов: 1) подготовительная работа (игры на развитие воображения); 2) знакомство с технологией «Друдлы» (игры «Перевёртыш», «Волшебные линии», «На что похоже?»); 3) развитие фразовой речи (игры «Дорисуй», «Создай свой друдл»); 4) составление рассказа по получившимся картинкам.

Вот некоторые варианты игр с друдлами.

Игра «Чудо фигуры». Обучающимся дают листок с нарисованными кругами, треугольниками, квадратами и прямоугольниками. Нужно дорисовать эти фигуры так, чтобы получились картинки [1, с. 2].

Игра «Перевёртыши». Обучающимся раздаются карточки с друдлами (всего 12 штук). Задача: выбрать карточку, внимательно рассмотреть изображение, поворачивая её, и придумать, на что это похоже. Каждый участник по очереди высказывает свою версию. Побеждает тот, кто последним предложит оригинальную интерпретацию рисунка [2].

Игра «О чём говорят друдлы?» Обучающимся раздают карточки с рисунками-загадками (друдлами). Им нужно выбрать 2-3 из них и составить предложение [3].

Игра «Дорисуй и придумай свою историю» (развитие способности использовать воображение для создания более развернутых и понятных речей).

Игра «Я замечаю интересное в том, что кажется обычным».

Задача для детей: нарисовать друдл на заданную тему (например: мебель, еда и т. д.). После этого они меняются рисунками и угадывают, что изображено на каждом.

При использовании технологии «Друдлы» на логопедических занятиях младшие школьники с ОВЗ начинают уверенно овладевать речью, точно и полно описывать увиденное на картинках, допуская лишь небольшие неточности в построении предложений. Они способны самостоятельно или с минимальной поддержкой создавать связные и последовательные рассказы, проявляя при этом фантазию и придумывая оригинальные сюжеты. Также в ходе таких занятий происходит коррекция звукопроизношения.

Для адаптации друдлов к потребностям детей с ОВЗ можно использовать следующие подходы:

- Выбор уровня сложности заданий. Существует классификация друдлов по уровням сложности: простой, средний, сложный. Выбор нужного уровня зависит от индивидуальных особенностей детей.

- Использование предметных изображений. На начальных этапах работы применяют картинки, которые легко ассоциируются с предложенным друдлом. Например, используют друдлы и параллельно к ним изображения радуги, скакалки, ведра с ручкой, платочка, схожие по форме с этими друдлами.

- Ограничение темы ответов. Можно сузить границы поисков, например, вопросом, что это за зверь. Так ребёнку будет проще сосредоточиться и увидеть в каракулях нужный объект.

- Предложение дополнительных материалов. Можно использовать дополнительные друдлы, которые выполняют роль расходного материала. Дети смогут их дорисовывать, раскрашивать, а на пустых квадратах рисовать свои друдлы.

- Использование игрового персонажа. Чтобы заинтересовать детей, можно сделать объёмную игрушку-стимулятор в стилистике друдлов.

Друдлы разделяются по уровню сложности (простой, средний, трудный), по тематике (животные, игрушки, фрукты и т. д.); используются также сборники друдлов («Любимые сказки», «Сочини историю», «Четвёртый лишний», «Ассоциации», «Культурно-гигиенические навыки», «Профессии» и т.д.), авторские друдлы (дети сами придумывают головоломки-загадки).

Чтобы дети могли легко освоить друдлы и активно участвовать в занятиях, нужно подготовить следующие материалы:

● Наборы карточек с друдлами. Выбирайте темы, близкие детям, например, животные, игрушки или предметы быта.

● Рисовальные принадлежности. Чёрный карандаш или фломастер на белой бумаге – это всё, что нужно для создания самих друдлов.

● Разнообразные карандаши. Простые и цветные карандаши понадобятся для выполнения заданий, например, в интерактивной игре «Попробуй отгадать».

● Картонные заготовки. Макеты предметов, например, ёлочки, могут стать основой для творческих игр, где дети рисуют и угадывают друдлы-животных.

● Визуальные материалы. Иллюстрации к сказкам и друдлы, которые нужно дорисовать, будут полезны для игр на внимательность и логику, вроде «Поищи-ка».

● Вспомогательные вопросы: Заранее подготовленные наводящие вопросы помогут детям справиться с любыми затруднениями.

В технологии «Друдлы» используются: многогранное описание изображения; реализация творческих идей; формулирование вопросов, подсказывающих желаемый ответ; взаимодействие в парах; формирование сюжетов, исходя из нескольких изображений-друдлов.

Друдлы подходят для работы с детьми с ОВЗ от 5 лет [4, с. 10]. Использование друдлов происходит по принципу от простого к сложному.

Использование технологии «Друдлы» помогает детям развивать активную речь, логическое мышление и творчество, что в конечном итоге улучшает их коммуникативные навыки, звукопроизношение и общее развитие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузьмина С. Н., Халезова А.В. Развитие функциональной грамотности детей старшего дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи через технику «друдлы» // Педагогическое мастерство: материалы XL Междунар. науч. конф. (г. Казань, декабрь 2022 г.). — Казань: Молодой ученый, 2022 - С. 1-10.

2. Рубанцев В. Д. Друдлы, пятна Роршаха и другие загадочные картинки - СПб: БХВ-Петербург, 2018. - 126, [2] с.

3. Воскресенская С.А. Методическая разработка «Друдлы: отдыхаем, играем, творим» / С.А. Воскресенская, Е.В. Палочкина. https://nsportal.ru/detskii-sad/vospitatelnayarabota2021/02/26/metodicheskaya-razrabotka-drudly-otdyhaem-igraem-tvorim

4. Рубанцев В. «Друдлы, пятна Роршаха и другие загадочные картинки», Издательство: БХВ-Петербург, 2017. – 128 с

ФОРМИРОВАНИЕ ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Шабалова Анастасия Александровна,
учитель-дефектолог, Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Школа для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», г. Мытищи

Аннотация.
Формирование геометрических навыков у детей с интеллектуальными нарушениями – важная задача коррекционно-педагогического процесса. Особенности психофизического развития таких детей вызывают трудности в усвоении материала, что требует разработки эффективных методов обучения. В статье представлены результаты исследования методики формирования связанных с геометрией навыков, показавшей значительный прогресс у детей с интеллектуальными нарушениями. Комплексный подход с использованием наглядных материалов и дидактических игр способствует успешному обучению и социальной адаптации.

Ключевые слова: *формирование навыков геометрии, интеллектуальные нарушения, коррекционно-педагогический процесс, познавательная деятельность, методы обучения.*

DEVELOPING GEOMETRIC CONCEPTS IN CHILDREN WITH SEVERE AND MULTIPLE DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Anastasia A. Shabalova,
special teacher, Municipal Budgetary Educational Institution «School for Students with Disabilities», Mytishchi, Moscow region

Abstract.
Developing geometric skills in children with intellectual disabilities is an important task in the special education process. Their psychophysical developmental challenges pose challenges in learning material, necessitating the development of effective teaching methods. This article presents the results of a study on a methodology for developing geometric skills, which demonstrated significant improvement in children with intellectual disabilities. An integrated approach using visual aids and didactic games promotes successful learning and social adaptation.

Keywords: *developing geometric skills, intellectual disabilities, special education process, cognitive activity, teaching methods.*

Формирование навыков, связанных с геометрией, у детей с интеллектуальными нарушениями является важнейшей задачей коррекционно-педагогического процесса. Геометрические знания способствуют развитию познавательной деятельности, моторики, логического мышления и речи, а также формируют основу для дальнейшего обучения и социализации. Ученики с интеллектуальными нарушениями сталкиваются со значительными трудностями в усвоении геометрического материала вследствие особенностей их психофизического развития, познавательных процессов и моторики. Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки эффективных методов и приемов для коррекции и развития геометрических навыков у этой категории обучающихся.

Особенности познавательной деятельности детей с интеллектуальными нарушениями, такие как проблемы дифференциации геометрических фигур, трудности классификации и узнавания фигур в предметах окружающего мира, а также сложности при работе с чертежными инструментами, требуют специальных коррекционных методик. Формирование базовых геометрических знаний и умений способствует развитию высших психических функций и практических навыков, что важно для самостоятельной жизни и профессиональной ориентации данных детей.

Цель исследования – изучение методов и приемов формирования связанных с геометрией навыков на уроках математического цикла у детей с интеллектуальными нарушениями.

Задачи исследования:

- проанализировать научно-методическую литературу по проблеме формирования связанных с геометрией навыков у детей с интеллектуальными нарушениями;
- выявить особенности и уровень сформированности этих навыков у обучающихся данной категории;
- подобрать и использовать диагностический комплекс для их оценки;
- разработать и апробировать методику формирования навыков на уроках;
- сформулировать методические рекомендации по работе с детьми с интеллектуальными нарушениями.

Геометрия изучает мир с помощью различных специальных геометрических моделей, то есть представляет собой описание с помощью математических символов явлений окружающей действительности. Напри-

мер, к таким геометрическим моделям можно отнести геометрические формы, которые непосредственно встречаются в реальном окружающем нас мире [2, с. 19].

Формирование связанных с геометрией навыков у детей с интеллектуальными нарушениями – сложный процесс, требующий учета особенностей их познавательной, эмоционально-волевой и моторной сфер. Геометрический материал не только развивает математические знания, но и способствует коррекции нарушенных функций, улучшая зрительно- пространственную координацию, логическое мышление, речь и моторику.

Большую роль в обучении учеников с интеллектуальными нарушениями играет работа с чертежными и измерительными инструментами, так как навыки работы с ними дают возможность подготовить учащихся к жизни и играют исключительно важную роль в коррекции нарушений развития у таких детей [6, с. 4].

При изучении единиц измерения у учащихся развиваются такие функции, как анализ, синтез, обобщение, сравнение; развиваются память, мелкая моторика; дети учатся правильным и точным измерениям; совершенствуется целенаправленная деятельность, что ведет к решению коррекционных задач, а также к развитию личности ученика в целом [4, с.67].

Интеллектуальные нарушения характеризуются стойким снижением познавательной деятельности, обусловленным органическим поражением мозга. Эти особенности влияют на успешность усвоения геометрического материала: дети с трудом выделяют существенные признаки фигур, классифицируют и сравнивают их, испытывают трудности с пространственной ориентировкой и практическим применением знаний. Постоянное повторение и наглядность являются ключевыми факторами для усвоения нового материала.

Учебная деятельность – важный критерий продуктивности обучения школьников с интеллектуальными нарушениями. В учебной деятельности у детей формируются необходимые им знания и умения, сознание и мышление, а также формируется и само умение учиться. Она включает в себя познавательно-учебные мотивы, учебные задачи, операции, действия [7].

Одна из главных и важных задач педагога заключается в подборе специальной методики, которая раскроет необходимое содержание геометрического курса в его полном объеме [5].

Основными критериями отбора геометрического материала в школах, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы, является доступность и практическая значимость формируемых знаний [1, с.2923].

Изучение геометрии включает знакомство с разными геометрическими фигурами, их свойствами, пространственными отношениями, а также практические навыки измерения и черчения. Программа обучения строится по принципу постепенного углубления и расширения знаний с каждым классом, а алгоритмы учебных действий разбиваются на понятные и последовательные шаги, что облегчает процесс усвоения.

Особое значение в процессе обучения имеет использование дидактических игр, упражнений на развитие восприятия, внимания, памяти и моторики. Эти методы способствуют формированию умений абстрагироваться, анализировать и обобщать информацию, что является основой для дальнейшего успешного обучения и социальной адаптации детей с интеллектуальными нарушениями.

Для того, чтобы ученики школы, реализующей адаптированные основные общеобразовательные программы, более эффективно и полно усвоили геометрические навыки, учителю необходимо учитывать специфический состав класса, знать причины, степени интеллектуального нарушения каждого ученика, его сохранные и нарушенные функции, специфические особенности, тем самым осуществлять индивидуальный и дифференцированный подход на каждом уроке изучения геометрический знаний, представлений, формирования геометрических умений, навыков, для проведения успешной коррекционной работы [3, с. 68].

Исследование проводилось на базе школы для детей с ограниченными возможностями здоровья с участием 8 детей 1 класса с диагнозом интеллектуальные нарушения и аутизм. Исследование включало два этапа: констатирующий эксперимент, направленный на диагностику исходного уровня навыков, и формирующий эксперимент, включающий систему специально разработанных уроков и упражнений по формированию геометрических навыков.

В ходе эксперимента использовался комплекс заданий на узнавание, рисование, классификацию геометрических фигур, построение и работу с пространственными отношениями. Методика включала использование наглядных материалов, дидактических игр, пальчиковой гимнастики и разнообразных упражнений с учётом индивидуального и дифференцированного подхода.

Согласно итогам констатирующего эксперимента, уровень сформированности связанных с геометрией навыков у участников распределялся следующим образом: высокий уровень отсутствовал (0%), средний уровень наблюдался у 25% (2 из 8) детей, низкий — у 75% (6 из 8). Это свидетельствует о значительных трудностях, с которыми сталкиваются учащиеся с интеллектуальными нарушениями в освоении геометрического материала.

Формирующий эксперимент включал систематическую педагогическую работу, направленную на поэтапное развитие у детей с интеллектуальными нарушениями элементарных геометрических навыков. В основу

методики лег комплекс специально разработанных уроков, нацеленных на развитие восприятия, моторики и логического мышления через игровые и наглядные формы.

Среди предложенных детям инновационных средств обучения была использована «Геометрическая сказка», в которой рассказывалось, как геометрические фигуры отмечали Новый год. В сказке прямоугольник превращался в стол, квадраты становились стульями, треугольник — ёлкой, а шары выступали в роли елочных игрушек. Такая сюжетная линия позволяла детям легко запомнить свойства и назначения фигур в игровой и эмоционально насыщенной форме, что способствовало лучшему усвоению материала и развитию интереса к геометрии.

Кроме сказки, на занятиях применялись дидактические игры, упражнения на распознавание, соотнесение и классификацию фигур, а также задания на построение и измерение фигур с помощью чертежных инструментов. Комплекс уроков предусматривал использование материалов различной степени сложности, учитывая индивидуальные особенности каждого ребёнка, что обеспечивало дифференцированный подход.

Важной частью работы являлись упражнения, направленные на развитие мелкой моторики, в том числе пальчиковая гимнастика и игровые задания с применением фигур, что способствовало лучшему усвоению материала и формированию необходимых навыков.

После проведения формирующего эксперимента показатели изменились: высокий уровень сформированности обнаружен у 50 % детей (4 из 8), средний уровень — у 25 % (2 из 8), низкий уровень сохранился только у 25 % (2 из 8). Эти данные подтверждают эффективность применённой методики и значительный прогресс обучающихся.

Таким образом, исследование подтверждает эффективность применения специально подобранных методик и упражнений по формированию геометрических навыков у детей с интеллектуальными нарушениями. Систематическая работа с учётом индивидуальных особенностей учащихся способствует развитию познавательных, моторных и речевых функций, важных для их общего обучения и социальной адаптации.

Реализация комплексного подхода с использованием наглядных пособий, дидактических игр и практических заданий обеспечивает успешное преодоление типичных трудностей в изучении геометрии у данной категории детей.

Данные результаты могут быть использованы педагогами для оптимизации коррекционно-образовательного процесса в школах, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алышева Т.В. Особенности обучения математике детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью с применением новых УМК / Т.В. Алышева // Конференция АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций. 2015. №1. С. 2922-2930.

2. Богановская Н.Д. Специфика изучения математики в специальной (коррекционной) школе VIII вида / Н.Д. Богановская // Специальное образование. 2007ю №4 (8). С. 19-23

3. Боженко И.Н. Формирование практических навыков учащихся с умственной отсталостью на уроках геометрии / И.Н. Боженко // Образование и наука в России и за рубежом. 2019. №8 (56). С. 145-149

4. Дидус Е.А. Особенности формирования метрической системы мер у младших школьников в специальной (коррекционной) школе VIII вида / Е.А. Дидус // Теория и методика обучения и воспитания в современном образовательном пространстве. 2017. С. 67-71

5. Мендыгалиева А.К. Единый курс «Математика I – VI» – средство реализации преемственности в обучении математике в начальной и основной школе / Начальная школа. 2012. № 4. с. 23.

6. Перова М. Н., Эк В. В. Обучение элементам геометрии во вспомогательной школе: Пособие для учителя. – 2-е изд., перераб. – М.: Просвещение, 1992. – 144 с: ил.

7. Салыков С.С., Джапарова С.Н. Применение интерактивных методов при изучении математических понятий // Успехи современной науки и образования. 2016. Т. 1. №6. С. 141 – 144.

ИГРА КАК ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ИНКЛЮЗИВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Шевченко Екатерина Николаевна,

старший преподаватель кафедры дошкольной педагогики и психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный университет, Тверь

Аннотация.

В статье рассматривается использование игры как технологии поддержки детей с расстройствами аутистического спектра на логопедических занятиях в центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи; формы работы с родителями. Автор опирается на Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, психолого-педагогическая поддержка, игра, Эмоционально-смысловой подход, опыт разделенного переживания.*

GAME AS A TECHNOLOGY OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT OF STUDENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN AN INCLUSIVE EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Ekaterina N. Shevchenko,

Senior Lecturer at the Department of Preschool Pedagogy and Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tver State University», Tver

Abstract.

The article discusses the use of play as a technology for supporting children with autism spectrum disorders in speech therapy classes at a center for psychological, pedagogical, medical, and social assistance; forms of work with parents. The author relies on an Emotional-Semantic Approach to the correction of autism spectrum disorders.

Keywords: *autism spectrum disorders, psychological and pedagogical support, play, emotional and semantic approach, shared experience.*

Необходимость психолого-педагогической поддержки детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в инклюзивной образовательной среде обусловлена, с одной стороны, высокой распространённостью данного нарушения в детской популяции, с другой – запросом семей детей с РАС на получение качественного образования в шаговой доступности от дома.

1 марта 2018 года на базе государственного казенного учреждения «Тверской областной центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (ППМС-центр) был открыт Региональный ресурсный центр комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра.

Основными направлениями психолого-педагогической поддержки детей с РАС в ППМС-центре являются помощь детям в овладении содержанием Федеральной адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования, в том числе путем создания специальных образовательных условий, а также реализации индивидуального образовательного маршрута в рамках инклюзивной группы Центра.

Специалисты Центра работают с детьми как с установленным, так и с неуточнённым диагнозом, а также с детьми «группы риска». Большинство детей посещают группы комбинированной направленности в детском саду и нуждаются в дополнительных занятиях со специалистами психолого-педагогического профиля. Работа осуществляется на индивидуальных и групповых занятиях, на занятиях в триаде «педагог-ребенок-родитель», в рамках реализации программы «Взаимодействие», направленной на обучение родителей взаимодействию с собственным ребёнком.

С точки зрения культурно-исторической теории Л.С. Выготского, ребёнок с РАС не только выпадает из системы социальных отношений, но и система социальных отношений также начинает «выпадать из ребенка» - у него спонтанно не формируются социальные контакты. Таким образом, внешнее отчуждение сопровождается внутренним отчуждением. Это проявляется и в игре: один ребёнок с РАС все время кружится и прыгает; другой не играет, а хватает и тут же бросает игрушки; третий играет только в одну игру; четвёртый выкладывает кукол в ряд – действия детей только напоминают игру. Спонтанного развития игры у детей с РАС не происходит.

М.М. Либлинг отмечает следующие особенности игры детей с аутизмом: «направленность на аутостимуляцию, игра с неигровыми предметами, отсутствие или «свернутость» сюжета, стереотипность игры, невозможность включиться в общую игру или пассивное следование в игре указаниям других детей» [3].

Рассматривая игру как технологию психолого-педагогической поддержки детей с РАС в инклюзивной образовательной среде, мы можем сказать, что игра предполагает наличие:

- мнимой ситуации;
- удовольствия / интереса (по сути, дидактическая игра для ребенка дошкольного возраста игрой не является, хотя на занятиях используется часто. Как следствие, ребенок с РАС повторяет за логопедом слова и действия, но диалога не происходит);
- свободы выбора игры, партнера, участия / неучастия;
- соблюдения правил игры;
- «самодостаточности и самонацеленности игровых процессов, предполагающих поиск смыслов игры в самой игре» [1, с.8].

В своей работе мы опирались на Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра (О.С.Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг), концепцию генезиса общения ребенка со взрослым М.И. Лисиной, концепцию игровых эпох, а также исследования эмоционального развития Е.Р. Баенской.

На логопедических занятиях необходимо стремиться, во-первых, использовать игру с целью получения ребенком опыта разделенного переживания; во-вторых, использовать эмоционально-смысловое комментирование; в-третьих, вовлекать в коррекционный процесс родителей.

О.С. Никольская отмечает, что «ребенок с аутизмом может стать более активным и менее зависимым от постоянства в окружении, более свободным и творческим в присвоении и использовании жизненных навыков и стратегий поведения, более способным к диалогу с людьми и обстоятельствами, самовыражению и пониманию других людей, может лучше ориентироваться и адаптироваться в социальной жизни» [2].

На занятиях мы развиваем у ребенка коммуникативные, социальные навыки и игровые навыки, используя игры на установление зрительного контакта, совместные игры со взрослым и сверстниками, имитацию; в игре развиваем умение следовать общим правилам, умение просить и отказываться, умение откликаться на имя, прослеживание указательного жеста; учим выполнению инструкций.

При подборе игр мы учитываем ведущую форму общения ребёнка со взрослым – «ситуативно-личностное, ситуативно-деловое, внеситуативно-познавательное и внеситуативно-личностное» [4], а также к какой игровой эпохе он «принадлежит».

Первая игровая эпоха (от рождения до кризиса одного года). В это время развивается согласованный диалог с близкими взрослыми, ребёнок начинает воспринимать самого себя на уровне телесных ощущений, то есть происходит противопоставление ощущений своего собственного тела ощущениям окружающего мира.

Вторая игровая эпоха (от года до кризиса трех лет). Ребёнок обнаруживает свои ценности, пытается соотнести их с окружающим миром и устанавливает границы этих ценностей, формирует картину себя. В конце этой игровой эпохи ребенок начинает использовать местоимение «Я».

Третья игровая эпоха (от кризиса трех лет до приблизительно 6-7 лет). В этот период происходит защита собственной ценности в социальных отношениях, ребёнок занимает определённую позицию по отношению к себе и миру; появляются суждения о себе и о мире [1, с. 11].

Работа с родителями включает знакомство, определение тематики встреч, просмотр видеозаписей занятий (как домашних, так и со специалистом) для анализа, консультирование, совместные мероприятия, определение перспектив работы.

Таким образом, использование игры на логопедических занятиях в психолого-педагогической поддержке детей с РАС в ППМС-центре позволяет развивать совместно-разделённое переживание, что, в свою очередь, способствует появлению у детей диалога, в том числе с нормативными сверстниками. При этом необходим постепенный переход от индивидуальных игр к играм в мини-группе. Использование игры как технологии поддержки – довольно длительный процесс, он затрагивает всё дошкольное детство. А успешность реализации данного подхода зависит, в том числе, от степени заинтересованности родителей и регулярности занятий с ребёнком.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Захарова И.Ю., Моржина Е.В. Игровая педагогика: таблица развития, подбор и описание игр / И. Ю. Захарова, Е.В. Моржина. – М.: Теревинф, 2018. – 152 с.

2. Никольская О.С. Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №26. 2016. URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/emoczionalno-smyislovoj-podxod-k-korrekczii-rasstrojstv-autisticheskogo-spektra

3. Либлинг М.М. Игра в коррекции детского аутизма. // Альманах Института коррекционной педагогики. Альманах №20. 2014. URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/igra-v-korrekcii-detskogo-autizma

4. Общение и речь: Развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М.И. Лисиной; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1985.— 208 с.

«КНИГА РАЗГОВОРОВ» КАК ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Шмыгарева София Андреевна,
Тамбовское областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения», г. Тамбов
Милованова Надежда Юрьевна,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина», г. Тамбов

Аннотация:

В статье анализируется «книга разговоров» как средство развития коммуникативных навыков у детей старшего дошкольного возраста с РАС. Рассматривается теоретические основы этой методики, опирающиеся на визуальную поддержку и структурирование диалога. Описываются форматы реализации, ключевые принципы применения и механизмы воздействия, такие как обеспечение предсказуемости и моделирование коммуникативных паттернов. Делается вывод об эффективности средства для формирования диалогической компетенции и социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, коммуникативные навыки, «книга разговоров», визуальная поддержка, диалогическая речь, старшие дошкольники, социальная адаптация.*

"CONVERSATION BOOK» AS A TECHNOLOGY FOR DEVELOPING COMMUNICATIVE COMPETENCIES IN OLDER PRESCHOOL CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Sofia A. Shmygareva,

Tambov Regional State Budgetary Educational Institution «Center for Remedial Pedagogy and Differentiated Education,» Tambov

Nadezhda Yu. Milovanova,

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Tambov State University named after G.R. Derzhavin,» Tambov

Abstract.

This article analyzes the «conversation book» method as a tool for developing communicative skills in older preschool children with ASD. It examines its theoretical foundations, which rely on visual support and dialogue structuring. The article describes implementation formats, key principles of application, and mechanisms of influence, such as ensuring predictability and modeling communicative patterns. The conclusion is drawn about the effectiveness of the method for forming dialogical competence and social adaptation in children with autism spectrum disorders.

Keywords: autism spectrum disorders, communicative skills, «conversation book,» visual support, dialogical speech, older preschoolers, social adaptation.

В современной научной парадигме расстройства аутистического спектра рассматривается как медико-психолого-педагогическая проблема, имеющая большую социальную значимость. Одной из приоритетных задач специальной (коррекционной) педагогики выступает организация условий, обеспечивающих успешную социальную адаптацию и формирование жизненных компетенций у детей данной нозологии.

Особую актуальность в контексте современных вызовов – увеличения количества детей с РАС, цифровизации и социальных последствий пандемии – приобретает целенаправленное развитие коммуникативной сферы.

Расстройства аутистического спектра – группа расстройств, характеризующаяся качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и коммуникативной сфере, вызванными нарушениями эмоционально-волевой сферы [1].

Как отмечают ведущие российские исследователи в области детского аутизма: Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, О.С. Никольская, А.В. Хаустов и др., формирование полноценно развитой личности ребенка с РАС невозможно без целенаправленной работы над коммуникацией. Учёные подчёркивают, что именно коммуникативные навыки служат основой для преодоления сенсорных, эмоциональных и социальных барьеров, характерных для данной категории детей.

Эффективность формирования коммуникативных навыков находится в прямой зависимости от усвоения социальных норм и паттернов поведения. Социально-коммуникативное развитие детей с РАС существенно затруднено особенностями перцептивной обработки информации и восприятия окружающей действительности. В процессе адаптации к внешней среде, как и нейротипичный ребёнок, ребёнок с РАС ориентируется на поиск повторяющихся, предсказуемых событий для их анализа и усвоения [2].

Однако, в силу часто наблюдаемой гиперсензитивности, данная категория детей демонстрирует повышенную чувствительность к минимальным различиям между внешне сходными ситуациями. В результате, при отсутствии абсолютной идентичности, события воспринимаются ими как различные, что препятствует формированию целостных и обобщённых представлений об окружающем мире и, как следствие, негативно влияет на становление коммуникативной компетентности [4].

Коммуникативная компетентность является ключевым фактором интеллектуального роста детей и напрямую влияет на успешность их социальной адаптации.

Таким образом, существует объективная необходимость в разработке и внедрении инновационных коррекционно-развивающих технологий, направленных на целенаправленное формирование коммуникативных

навыков у детей старшего дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Одним из потенциально эффективных средств достижения этой цели может выступать методика «Книга разговоров», обеспечивающая структурированное и визуально поддерживаемое освоение коммуникативных навыков.

«Книга разговоров» представляет собой структурированное дидактическое пособие, выполняющее функцию внешней когнитивной и коммуникативной поддержки. В основе её методологии лежат принципы визуальной поддержки и социального рассказа, адаптированные для формирования диалогических умений. Дети с РАС зачастую демонстрируют «ситуационную связность» речи и испытывают значительные трудности в инициации и поддержании диалога из-за сложностей с пониманием контекста и нарушения генерализации навыков. «Книга разговоров» выступает в качестве компенсаторного инструмента, визуализирующего абстрактную структуру коммуникативного акта.

Согласно классификации визуальных средств, данное пособие может быть реализовано в двух основных форматах:

1. Пиктографический / фотографический формат, где коммуникативные шаги представлены исключительно изображениями (символами PECS, фотографиями).

2. Комбинированный формат, включающий как визуальные элементы (фотографии, рисунки), так и текстовые шаблоны реплик (вопросов, ответов, комментариев), соответствующих повседневным ситуациям («У врача», «В магазине», «На детской площадке»).

Ключевым дидактическим требованием является принцип релевантности и персонализации. Содержание книги и формы визуализации должны соответствовать актуальному уровню коммуникативного развития и личному опыту ребёнка. На начальных этапах предпочтительны фотографии самого ребенка, его семьи, знакомых мест, которые он посещает, и предметов – это обеспечивает быстрое узнавание и снижает когнитивную нагрузку. Для повышения мотивации важно включать персонализированные сценарии из реальной жизни дошкольника (например, «Обмен игрушкой на прогулке»).

Обучение строится на постепенном усложнении диалогических структур: от простых диалогов из 2-3 реплик с чёткими ролями и фиксированными ответами – к более сложным формам с открытыми вопросами, спонтанными комментариями и сменой коммуникативной инициативы. При этом развитие коммуникативных паттернов должно быть тесно связано с реальными и моделируемыми ситуациями социального взаимодействия. Оптимальный алгоритм включает:

● Предварительную отработку диалога в структурированных условиях;

● Использование “Книги разговоров» как наглядного плана непосредственно перед или во время актуальной ситуации;

● Последующее обсуждение успешности применения отработанных реплик.

Важный элемент методики – поэтапное сокращение внешней поддержки. Вначале взрослый активно направляет внимание ребёнка, даёт развёрнутые вербальные и жестовые инструкции. Затем степень помощи уменьшается: от совместного «ведения» по страницам – к самостоятельному использованию пособия, а в перспективе – к опоре на сокращённые или мысленные схемы диалога.

Эффективность «книги разговоров» объясняется её соответствием специфике когнитивного профиля при РАС [3]:

1. Структурирование и предсказуемость.

Книга предоставляет наглядный сценарий диалога, разбивая его на отдельные, последовательные шаги. Это отвечает потребности детей с РАС в предсказуемости, снижая тревожность, связанную с неопределённостью социального взаимодействия. Ребёнок получает визуальный план, где зафиксированы возможные реплики и их очерёдность.

2. Визуальная опора для удержания темы.

Одним из центральных коммуникативных дефицитов при РАС является отклонение от темы разговора или её резкая смена. Визуальный ряд книги (например, центральная фотография или пиктограмма темы) служит постоянным референтом, помогающим ребёнку удерживать в фокусе внимания предмет обсуждения, что способствует развитию способности к совместному вниманию.

3. Моделирование диалогических структур.

Книга наглядно демонстрирует порядок реплик, то есть закономерность смены роли говорящего («Я спрашиваю» – «Собеседник отвечает» – «Я реагирую»). Это помогает усвоить не только содержание отдельных высказываний, но и интерактивную, обменную природу диалога, что является критически важным для преодоления эгоцентрической речи, которая часто наблюдается при аутизме.

4. Генерализация навыков в естественных условиях.

Применение книги непосредственно в момент или перед реальной ситуацией (например, просмотр страницы «В кафе» перед его посещением) создаёт «мостик» между занятиями и естественной средой. Это позволяет перенести отработанные в кабинете паттерны в живую коммуникацию, тем самым решая проблему изолированности навыков.

Практические исследования и наблюдения показывают, что систематическое использование «книги разговоров» способствует:

● Повышению частоты и успешности инициирования диалога. Ребенок, имея перед глазами понятную схему, чаще начинает общение, используя освоенные шаблоны;

● Увеличению длины и содержательности коммуникативных обменов. Визуальная поддержка помогает строить не односложные, а развёрнутые, состоящие из нескольких связанных реплик диалоги;

● Снижению коммуникативной тревожности и нежелательного поведения. Предсказуемость процесса делает взаимодействие более безопасным для ребёнка, что ведёт к уменьшению протестных реакций, связанных с требованием общаться.

● Развитие социально-прагматических навыков. Ребёнок учится не только говорить, но и соблюдать очередность, поддерживать тему, использовать уместные в контексте ситуации реплики (приветствия, просьбы, вопросы).

Таким образом, «книга разговоров» является научно обоснованным средством, который, опираясь на сильные стороны при РАС (визуальное восприятие) и компенсируя дефициты рече-прагматической сферы, целенаправленно формирует диалогическую компетенцию, что является ключевым условием для успешной социальной адаптации старших дошкольников с расстройствами аутистического спектра.

Для устойчивого эффекта необходимо междисциплинарное взаимодействие: единый подход к использованию «Книги разговоров» должны соблюдать все участники образовательного процесса – дефектологи, психологи, логопеды, воспитатели, родителями (на занятиях, в группе, дома), что помогает закрепить навык и интегрировать его в повседневную коммуникацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Никольская О.С. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь. М.: Полиграф сервис, 2018. 245 с.

2. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2017. 288 с.

3. Хаустов А.В. Организация коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра в условиях ресурсного класса: Методическое пособие. М.: ФРЦ РАС, 2019. 145 с.

4. Лабиринт с прозрачными стенами: путеводитель по миру детей с аутизмом / И.Л. Шпицберг, А.А. Тищенков, М.В. Попова и др.; под ред. И.Л. Шпицберга. М: Просвещение, 2025. 176 с.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Щербакова Наталья Александровна,
доцент кафедры психологии и поведенческой медицины, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж
Поплевко Екатерина Алексеевна,
студентка 3 курса специальности «Клиническая психология» ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж
Пискун Александра Викторовна,
студентка 3 курса специальности «Клиническая психология» ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Аннотация.
В статье обосновывается возможность опоры на мультфильм «Головоломка», и в целом на мультимедийные материалы, как на инструмент развития эмоционального интеллекта у детей с расстройствами аутистического спектра. Представлено авторское практическое пособие «Райли и ее команда: Тренируем эмоциональный интеллект», разработанное на основе мультфильмов «Головоломка» и «Головоломка 2» и дающее ребенку (подростку) с РАС безопасный и понятный язык для обсуждения чувств.

Ключевые слова: *эмоциональный интеллект, расстройство аутистического спектра, развитие эмоций, эмоциональная регуляция*

INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF DEVELOPMENT OF EMOTIONAL INTELLIGENCE IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Natalya A. Shcherbakova,
Associate Professor of the Department of Psychology and Behavioral Medicine, N.N. Burdenko VSMU, Voronezh
Ekaterina A. Poplevko E.A.,
3rd year student of the specialty «Clinical Psychology» Burdenko VSMU, Voronezh
Alexandra V. Piskun,
3rd year student of the specialty «Clinical Psychology» Burdenko VSMU, Voronezh

Abstract.

The article substantiates the possibility of using the cartoon «Inside Out» and multimedia materials in general as a tool for developing emotional intelligence in children with autism spectrum disorder. The author's practical guide «Riley and Her Team: Training Emotional Intelligence» based on animated films «Inside Out» and «Inside Out 2» giving a safe language for naming feelings has been presented.

Keywords: *emotional intelligence, autism spectrum disorder, emotional development, emotional regulation.*

Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) – это дети с особенностями эмоционального и социального развития, которые затрудняет их интеграцию в общество и формирование межличностных отношений. Современные методы обучения, реализующие их особые потребности, все чаще включают использование мультимедийных ресурсов, которые позволяют сделать процесс обучения более доступным и интересным.

Данная статья посвящена актуальной проблеме развития эмоционального интеллекта у детей с расстройствами аутистического спектра, в частности авторскому практическому пособию «Райли и ее команда: Тренируем эмоциональный интеллект», разработанному на основе мультфильмов «Головоломка» и «Головоломка 2». Концепция этого пособия использует визуальные и сюжетные ресурсы мультфильма для создания безопасного и понятного языка обсуждения чувств. Пособие, таким образом, помогает ребенку с РАС почувствовать себя более компетентным в мире собственных чувств, что способствует улучшению социальной адаптации и качества жизни.

Мультфильм «Головоломка» содержит яркие образы и идеи, связанные с пониманием и управлением эмоциями, что делает его ценным материалом для разработки специальных упражнений. Создание пособия на основе этого мультфильма позволит специалистам и родителям предложить ребенку с РАС безопасный язык для обсуждения чувств. Упражнения могут помочь не просто «научить» эмоциям, а научить ребенка чувствовать себя компетентным в собственном мире чувств, что напрямую ведет к улучшению его социальной адаптации, снижению уровня стресса и повышению качества его жизни и жизни его семьи. Наше пособие содержит комплекс игровых упражнений для развития эмоционального интеллекта у детей с РАС по мотивам двух частей мультфильма «Головоломка».

Работа над созданием пособия включала следующие задачи:

- изучение теоретических основ эмоционального интеллекта и особенностей его развития у детей с РАС;
- исследование содержания и идей двух частей мультфильма «Головоломка» в контексте эмоционального развития;

- разработка структуры и содержания пособия с комплексом игровых упражнений для развития эмоционального интеллекта у детей с РАС по мотивам двух частей мультфильма «Головоломка»;
- формулирование практических рекомендаций по использованию авторского пособия в практике клинических психологов при работе с детьми с РАС.

Определение «эмоциональный интеллект» ввели Джон Майер и Питер Саловей в 1990 году. Эмоциональный интеллект – это способность человека распознавать, принимать и интерпретировать свои и чужие переживания, контролировать и управлять ими. Исследователи выделили 4 компонента эмоционального интеллекта:

– восприятие эмоций – умение идентифицировать свое и чужое эмоциональное состояние по мимике, голосу, жестам;

– понимание эмоций – способность распознавать причину формирования, устанавливать взаимосвязь между мыслями и ощущениями;

– управление эмоциями – навык контроля положительных и отрицательных переживаний для достижения определенного результата;

– использование эмоций – активизация когнитивной деятельности мозга с помощью эмоций [7].

Д.В. Люсин [5] замечает, что эмоциональный интеллект является динамической системой, состоящей из 4 вышеуказанных и взаимосвязанных между собой уровней. Успех в развитии эмоционального интеллекта напрямую зависит от того, насколько гармонично развиваются восприятие, понимание, управление и использование эмоций.

Важно понимать, что эмоциональный интеллект – это не врожденный талант, а навык, который человеку необходимо развивать для улучшения качества взаимодействия с другими людьми и с самим собой. Исследованием эмоционального интеллекта у детей с ОВЗ занимались ученые Е.В. Иванова, Г.В. Мищенко [4], И.В. Ковалец и др.

Расстройство аутистического спектра (РАС) характеризуется проблемами социального взаимодействия, двигательными и поведенческими стереотипиями. Проявления РАС затрагивают основы социального и эмоционального функционирования, что существенно влияет на способность ребенка адекватно взаимодействовать с окружающим миром.

Е.А. Дорошева отмечает, что дефицит социальной инициативы выражается в сниженной способности поддерживать взаимодействие со сверстниками и взрослыми. Например: недостаточная или отсутствующая реакция на обращенную речь и имя; низкий интерес к общению, ограниченный словарный запас и эхолалии [1].

R.S. Bradley и соавт. показывают, что нарушения взаимоотношений проявляются в трудностях поддержания диалога, непоследовательной речи, слабой мимике и жестикуляции. Ребенку тяжело поддерживать связь с

друзьями и близкими, понимать чувства других людей, играть или работать с кем-то в команде [6].

Ригидность и стереотипии включают в себя чрезмерную фиксацию на определенных предметах или интересных им темах, стереотипные движения, такие как бег по кругу или раскачивание. Выраженная потребность в постоянстве и предсказуемости проявляется в строгом следовании привычным маршрутам или расположению предметов, что крайне затрудняет адаптацию к новым условиям.

Психологические особенности, свойственные детям с аутизмом, проявляются в разных сферах: поведение, эмоционально-волевая сфера, познавательная сфера, целенаправленная деятельность.

Т.Н. Новожилова, Л.И. Родина замечают, что многочисленные нарушения аффективной сферы влекут за собой серьезные поведенческие проблемы. Поведение детей с аутизмом крайне своеобразно. Им свойственны тревожность, стереотипность поведения, страхи, погруженность в себя. Эти состояния могут сочетаться с повышенной возбудимостью, расторможенностью; агрессией и самоагрессией; с негативной реакцией на любые изменения привычного образа жизни, в том числе на изменения пищи, одежды, маршрута прогулок. При этом ребенок не жалуется, не обращается за помощью к близким, а напротив, еще больше отгораживается от каких-либо контактов, прибегает к аутостимуляциям для устранения возникшего дискомфорта. Дети с аутизмом, испытывающие страх перед любыми изменениями в привычном для них образе жизни, могут быть непонятны окружающим [2]. Таким образом, трудности, с которыми сталкиваются дети с РАС, носят системный характер и затрагивают именно те сферы, которые составляют основу эмоционального интеллекта.

В работах О.С. Никольской, Е. Р. Баенской и соавт. изложены традиционные методики развития эмоционального интеллекта у детей с РАС, доказавшие свою эффективность в коррекционной работе [3]. Их эффективность связана с их структурированностью и повторяемостью. Однако главный недостаток – это фрагментарность, невозможность объединить развитие эмоций в целостный, внутренне мотивированный процесс.

Авторский комплекс методик в пособии «Райли и её команда» может помочь в преодолении фрагментарности существующих подходов. Структура мультфильма обеспечивает необходимую для детей с РАС конкретизацию (через персонажей), а сюжетные повороты – гибкость, что делает такой инструмент идеальным средством для последовательного развития всех четырех компонентов эмоционального интеллекта.

Помимо прочего, в отличие от фокусировки на 5-6 базовых эмоциях, данная работа охватывает расширенный эмоциональный репертуар (включая зависть, тревожность, стыд). Это напрямую отвечает запросам не только детского, но и подросткового возраста и позволяет работать с

характерными для него социально-эмоциональными конфликтами, что является значительным шагом вперед по сравнению с базовыми программами.

Психологическая значимость «Головоломки» в том, что на этот фильм можно опираться как на инструмент для понимания эмоциональных состояний и обучения их проживанию. Фильм помогает развивать эмпатию, умение управлять эмоциями и принимать себя, что делает его полезным как для детей, так и для взрослых.

Использование кинематографических ресурсов, в частности мультфильма «Головоломка», при разработке пособия для детей с РАС основано на нескольких ключевых педагогических и психологических принципах, напрямую связанных с особенностями этого расстройства:

– Визуализация эмоциональных процессов: мультфильмы предоставляют отличную метафорическую модель для понимания абстрактных концепций эмоционального мира. Для детей с РАС, которые часто испытывают трудности с распознаванием и выражением эмоций, такая визуализация может быть очень полезна.

– Изучение спектра эмоций: демонстрация всего диапазона эмоций, их причин и последствий, помогает детям с РАС научиться идентифицировать и называть свои собственные чувства и чувства других.

– Развитие эмпатии: Сюжетные линии, где персонажи взаимодействуют, проявляют сочувствие и поддержку, могут служить примерами, образцами для развития эмпатии.

Работа с пособием «Внутренний мир и его обитатели» строится на принципах индивидуального подхода, поэтапности и погружения в игровую атмосферу, что особенно важно при работе с детьми с расстройствами аутистического спектра.

Перед началом занятий родитель или педагог должен сам тщательно изучить пособие, чтобы четко понимать цели и задачи каждого упражнения. На этом подготовительном этапе также проводится оценка текущих навыков ребенка в области распознавания и выражения эмоций. Исходя из этой оценки, выбираются наиболее подходящие упражнения, соответствующие его уровню развития, и определяется, с чего именно начать. Важно заранее создать у ребенка мотивацию, познакомив его с персонажами «Головоломки» через просмотр отрывков мультфильмов или рассматривание иллюстраций, если он еще не знаком с ними.

В процессе работы акцент всегда делается на позитивных моментах: похвала за успехи, использование поощрений, создание атмосферы поддержки. Особое внимание уделяется связи с реальной жизнью ребенка: нужно постоянно обсуждать, как эмоции, рассмотренные в пособии, проявляются в его повседневной жизни, в семье, в детском саду или школе. Например, можно спросить: «Ты сейчас похож на Гнев, когда не

получаешь желаемое. Давай вспомним, что помогает Гневу успокоиться?».

На заключительном этапе проводится обобщение пройденного материала, обсуждается, что было наиболее интересным и полезным. Оценивается, насколько ребенок стал лучше понимать и управлять своими эмоциями в повседневной жизни. Пособие может стать не только руководством для занятий, но и базой для дальнейшего творчества ребенка и его семьи, помогая всем вместе исследовать мир эмоций.

Таким образом, использование мультимедийных материалов, таких как мультфильмы, может стать эффективным инструментом обучения и развития эмоциональных навыков. В данной работе обосновывается возможность использования в качестве такого инструмента мультфильмов «Головоломка». На основе образов и сюжетов фильма разработано практическое пособие «Райли и ее команда: Тренируем эмоциональный интеллект», целью которого является создание моста между сложным внутренним миром ребенка с РАС и внешней реальностью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дорошева, Е. А. Дисрегуляция эмоций и ее нейрофизиологический базис у людей с расстройствами аутистического спектра // Российский психологический журнал, 2024 - 21(4), с. 112–128.

2. Новожилова, Т. Н., Родина Л. И. Развитие коммуникативных способностей подростков с расстройством аутистического спектра в инклюзивном театре // Вестник Московского государственного университета культуры и искусств. 2024. №1. С. 157–167.

3. Никольская, О. С. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, И. А. Костин , М. Ю. Веденина, А. В. Аршатский, О. С. Аршатская -- М: Теревинф, 2019. – 224 с.

4. Иванова Е.В., Мищенко Г.В. Коррекция и развитие эмоциональной сферы детей с ограниченными возможностями здоровья. – М: Национальный книжный центр, 2016. – 112 с.

5. Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к изменениям / под. ред. Д. В. Люсина, Д. В. Ушакова. – М: Ин-т психологии РАН, 2009. – 176 с.

6. Bradley, R. S., Onovbiona, H. U., del Rosario, E. A., & Quetsch, L. B. Current Knowledge of Emotion Regulation: The Autistic Experience. In: New Insights Into Emotional Intelligence, 2023. p. 35–50. https://doi.org/10.5772/intechopen.1000222.

7. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R. Models of emotional intelligence // Handbook of Human Intelligence (2nd ed.). New York: Cambridge, 2000.

ОТНОШЕНИЯ С РЕБЕНКОМ КАК НЕОБХОДИМАЯ ОСНОВА ДЛЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАС: ОСМЫСЛЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА С ПОЗИЦИЙ РАЗНЫХ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Яремчук Мария Викторовна,
кандидат психологических наук, педагог-психолог Региональной благотворительной общественной организации «Центр лечебной педагогики», Москва.

Аннотация.
В статье постулируется важность построения отношений с ребёнком как необходимого условия, способа и цели коррекционно-развивающей работы с детьми с расстройствами аутистического спектра. Отношения ребёнка с РАС и близких взрослых рассматриваются как фундамент для всего дальнейшего развития ребёнка через призму таких теоретических и практических подходов, как: культурно-историческая концепция Л.С. Выготского, концепция привязанности Дж. Боулби, интенсивное взаимодействие, Эмоционально-смысловой подход, средовой подход, DIRFloortime®.

Ключевые слова: *расстройство аутистического спектра, развитие, отношения, лечебная педагогика.*

RELATIONSHIPS WITH CHILDREN AS A NECESSARY FOUNDATION FOR HELPING CHILDREN WITH ASD: UNDERSTANDING PRACTICAL EXPERIENCE FROM VARIOUS THEORETICAL PERSPECTIVES

Maria V. Yaremchuk,
PhD in Psychology, educational psychologist, Regional Charitable Public Organization «Center for Curative Pedagogics.» Moscow, Russia.

Abstract.
The article postulates the need to build relationships with children as a prerequisite, method, and goal of corrective

and developmental work with children with autism spectrum disorders. Relationships between a children with ASD and their close caregivers are considered as a foundation for all subsequent development through the lens of theoretical and practical approaches, such as L.S. Vygotsky's cultural-historical concept, J. Bowlby's concept of attachment, intensive interaction, the emotional-semantic approach, the environmental approach, and DIRFloortime®.

Key words: autism spectrum disorder, development, relationships, therapeutic education.

Нарушение развития по аутистическому типу предполагает, что ребёнку может быть сложно с окружающими, сложно строить и поддерживать отношения с ними. И при этом видно, насколько мы продвигаемся в нашей работе, если такие отношения построить удалось.

Именно система отношений ребёнка с окружающими является тем самым необходимым условием, которое запускает его развитие. Л.С. Выготский называл эту систему отношений социальной ситуацией развития и видел её роль прежде всего в том, что она содержит в себе некоторое противоречие, которое побуждает ребёнка предпринимать определенную активность (позднее названную ведущим типом деятельности); результатом этой активности и будут те приобретения, которые станут итогом развития ребёнка в данном возрастном периоде (новообразования, в терминологии Л.С. Выготского). [3]

Понятие зоны ближайшего развития описывает разницу между тем, что ребёнок может сделать самостоятельно, и тем, что он может сделать с помощью взрослого. Постепенно то, что ребёнок мог сделать только с помощью взрослого, становится собственной активностью ребёнка, а с помощью взрослого ребёнок начинает осваивать что-то новое, и т.д. [3]. И в нашей работе мы видим, как это происходит.

Например, мы строим свои занятия так, чтобы дать ребёнку опыт посещения группы сверстников, но необходимым этапом перед этим являются индивидуальные занятия со специалистом, на которых как раз и будет установлен контакт между ребёнком и взрослым, сложатся отношения между ними. А затем, уже с опорой на эти отношения, ребёнок сможет участвовать в групповых занятиях.

Таким образом, получается, что первые отношения послужили своего рода базой для того, чтобы помочь развитию последующих.

Одним из объяснений специфики нарушений при расстройстве аутистического спектра является высокая тревога ребёнка, который выстраивает множественные защиты для того, чтобы справиться с ситуацией [7]. Как мы знаем из концепции привязанности Джона Боулби, дети справляются с пугающими их воздействиями и могут исследовать мир

благодаря безопасной базе, которой являются для них отношения привязанности с близким взрослым [2]. Подобные отношения, пусть и не самые близкие (не такие как с родителями), но стабильные и надёжные, в которых ребёнок может почувствовать себя в безопасности, важны и в других обстоятельствах, где ребёнок сталкивается с непонятным и не может справиться сам. Для детей с РАС таких ситуаций может оказаться довольно много, особенно когда они только начинают взаимодействовать с людьми за пределами семейного круга.

Здесь может помочь схема, предлагаемая в реализуемом в нашем Центре лечебной педагогики средовом подходе, которая помогает, используя и меняя пространственно-временные, эмоциональные и смысловые характеристики, строить и предлагать детям среды с разной степенью содержащегося в них напряжения [1].

Тогда в комфортной среде (где напряжение минимально) ребёнок сможет восстановить свои силы, почувствовать безопасность и спокойствие в присутствии близкого педагога, и с этим же знакомым педагогом ребёнок сможет осваивать новые развивающие среды, где напряжение несколько возрастает, но не «зашкаливает». Причём во многом это напряжение регулируется в сторону уменьшения как раз-таки благодаря присутствию близкого взрослого [1].

Мы видим, как это помогает ребёнку на наших занятиях. Знакомый взрослый много знает про ребёнка, понимает, что его интересует, что может помочь ему отдохнуть и успокоиться, если надо; видит его сильные стороны и точки роста; помогает видоизменить групповое занятие так, чтобы оно стало индивидуализированным для ребёнка.

Важно понимать, что далеко не все подходы ставят своей целью построить отношения с ребёнком с РАС, исходя из его интересов, опираясь на его сильные стороны, общаясь с ним на его языке, помогая ему быть с нами.

Некоторые подходы признают важность изучения интересов ребёнка, но скорее не для того, чтобы их разделить и вступить в отношения, а для того, чтобы использовать для реализации заложенной в подходе программы. Может, например, быть вариант, когда ребёнку предоставляется возможность заниматься тем, что он хочет, но взрослый не подключается к этой активности, а ждёт момента, чтобы предложить задание. Так что от ребёнка требуется прервать то дело, которым он с интересом занимался сам, выполнить дело, предлагаемое взрослым, а уже после ребёнок сможет опять вернуться к своим интересам.

Для нас сами отношения являются одновременно необходимым условием, целью, результатом программы помощи. И мы будем стараться не только вовлечь ребёнка в то, что предлагаем мы, но и вовлечься в то, что делает он. Это позволит получить как можно больше моментов

общности, что и будет способствовать построению отношений. Если мы поможем ребёнку с РАС построить отношения со взрослым, то потом он с опорой на эти отношения будет развивать свои способы коммуникации, общение между ребёнком и взрослым будет усложняться, ребёнок сможет расширять свой круг значимых отношений, осваивать новые ситуации, опять-таки с опорой на этот опыт, полученный в первых индивидуальных занятиях.

В моём личном профессиональном опыте были случаи, которые служат подтверждением этой идеи – когда простая совместная игра способствовала формированию отношений с ребёнком, которые затем помогали ребёнку встроиться в групповой процесс [9].

Однако эта простота взаимодействия кажущаяся. На самом деле выстраивать отношения может быть очень нелегко. Здесь могут помочь подходы, которые сосредоточены на поиске и поддержке интересов ребёнка, такие как интенсивное взаимодействие, эмоционально-смысловой подход, подход DIRFloortime®.

Интенсивное взаимодействие в работе с детьми с РАС отталкивается от идеи, что ребёнок словно общается с миром на своём языке. Соответственно, чтобы диалог состоялся, нужно ответить ему на его же языке, например повторив его действия, или предложив что-то, что вызывает у ребёнка практически такие же ощущения, которые он пытается получить сам, например, с помощью аутостимуляций [5].

Основной целью эмоционально-смыслового подхода является вовлечение ребёнка в разделённое со взрослым переживание, которое достигается с помощью эмоционально-смыслового комментария, а также может быть реализовано через методы совместной эмоционально-смысловой игры и совместного сюжетного рисования или эмоционально-смысловой проработки сюжета в процессе совместного с ребёнком чтения, просмотра или составления историй [7].

Подход DIRFloortime® считает основным нарушением у детей с РАС свое рода разрыв эмоционально-волевой сферы с двигательной и когнитивной. В результате ребёнок не может сам справиться со своими эмоциями, с одной стороны, а с другой – словно «застревает» в действиях и размышлениях, которые не служат какой-то цели. Собственно, и подход этот направлен на преодоление этого разрыва. Развитие ребёнка рассматривается в подходе DIRFloortime® как последовательность приобретения ребёнком всё новых и новых способностей эмоциональной сферы, которые делают активность ребёнка всё более осмысленной и функциональной, т.е. приобретения функциональных способностей эмоционального развития. Развиваются эти способности во взаимодействии с близким взрослым, причём каждый из участников взаимодействия делает свой уникальный вклад в него, так как обладает собственной уникальностью (уникальным способом обработки сенсорной информации и уникальным жизненным опытом) [4].

По сути, первые три функциональные способности эмоционального развития представляют собой некоторый путь к формированию отношений: сначала ребёнку важно быть достаточно спокойным и внимательным в нашем присутствии, потом нам важно найти что-то общее с ребёнком, создать какой-то общий фокус внимания (обычно это означает внимательно наблюдать и пытаться присоединиться к тому, что делает ребёнок – очень похоже на интенсивное взаимодействие), и, наконец, вступить в более длительное общение с ребёнком по поводу его интересов (конечно, это общение не обязательно будет вербальным, но оно будет). Получается, что на фоне спокойствия выделяется какой-то интерес, и вокруг него развивается общение, что способствует выделению взрослого и формированию отношений с ним. В дальнейшем, опираясь на этот опыт безопасности, интереса и успешного взаимодействия, ребёнок сможет осваивать и новые, более сложные ситуации, исследовать эмоциональный мир и его нюансы [4].

Таким образом, мы можем видеть, как разные подходы – как более теоретические, так и более практико-ориентированные – позволяют нам увидеть роль и ценность общения и отношений взрослого и ребёнка, в том числе и в системе помощи ребёнку с РАС.

Это согласуется, в том числе, и с результатами исследований, полученных при изучении факторов успешности терапии у взрослых, где главенствующая роль тоже отводится именно отношениям между терапевтом и клиентом, терапевтическому альянсу, а не конкретному направлению терапии [6].

Подходы, ставящие во главу угла отношения, с одной стороны более ориентированы на ребёнка и его интересы, видят в нём субъекта, признают ценность его уникальной личности, пусть и имеющей некоторые сложности, но обладающей и определёнными сильными сторонами. С другой стороны, такие подходы во многом застрахованы от причинения вреда ребёнку, так как сосредоточенность взрослого на отношениях побуждает его быть более чутким к нуждам и желаниям ребёнка и стараться поддерживать коммуникацию с ним, желая понять его сообщения, адресованные нам, или пока не адресованные нам сигналы. А значит – более бережно и уважительно относиться к ребёнку, более аккуратно и безопасно выстраивать работу с ним с опорой на принципы лечебной педагогики [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь Т.А. и др. Подготовка к школе детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы: от индивидуальных занятий к обучению в классе. М.: Теревинф, 2019.

2. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003.
3. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
4. Гринспен Ст., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф, 2012.
5. Колдуэлл Ф., Хорвуд Дж. Интенсивное взаимодействие и сенсорная интеграция в работе с людьми тяжёлыми формами аутизма. М.: Теревинф, 2019.
6. Маккергоу М. Следующее поколение ориентированной на решение практики: через расширение границ мира к новым возможностям и прогрессу. СПб.: ООО «Диалектика», 2023.
7. Никольская О.С. и др. Аутизм и расстройства аутистического спектра: диагностика и коррекционная помощь. М.: Юрайт, 2022.
8. Цыганок А.А. и др. Базовые принципы лечебной педагогики в практической деятельности ЦЛП / Особый ребёнок. Исследования и опыт помощи. Вып.9: науч.-практ. сб. М.: Теревинф, 2017.
9. Яремчук М.В. Использование средового подхода в работе с детьми с РАС. / Аутизм и нарушения развития, 2019. Том 17, № 4.