

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»

На правах рукописи



Завертяева Анна Александровна

СОСТОЯНИЕ БЕСПОМОЩНОСТИ
У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

19.00.04 – Медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель
доктор психологических наук, профессор
Залевский Генрих Владиславович

Калининград – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1 СОСТОЯНИЕ БЕСПОМОЩНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ	16
1.1 Клинико-диагностические аспекты задержек психического развития у детей 5–7 лет	16
1.2 Основные подходы к исследованию сущности, структуры, функций и механизмов беспомощности.....	27
1.3 Влияние материнского отношения на формирование беспомощности у детей старшего дошкольного возраста	40
1.4 Профилактика и коррекция беспомощности.....	47
Выводы по первой главе.....	53
ГЛАВА 2 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ, МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	55
2.1 Описание экспериментальной выборки и методов исследования.....	55
2.2 Принципы и направления коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития	79
Выводы по второй главе.....	87
ГЛАВА 3 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ БЕСПОМОЩНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	88
3.1 Особенности состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития	88
3.2 Особенности материнского отношения, детерминирующие состояние беспомощности у старших дошкольников	97
3.3 Эффективность программы, направленной на коррекцию состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития (описание результатов формирующего эксперимента и их обсуждение).....	109
Выводы по третьей главе.....	136

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	137
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	142
Приложение А Данные статистического анализа	162
Приложение Б Описание упражнений, используемых в работе с М.	170
Приложение В Программа тренинговых занятий	187

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Постоянная модернизация и реформа российского образования привели к появлению новых стандартов. В 2015 году в РФ были разработаны «Специальные основные общеобразовательные программы начального общего образования», произошел переход на ФГОС. Внедрение и реализация принципа инклюзивности на всех уровнях образования, упор на индивидуализацию образовательных траекторий способствуют появлению научно-обоснованных подходов психологического сопровождения учащихся с различными вариантами дизонтогенеза. В наиболее уязвимом положении оказывается группа детей с задержкой психического развития, тем более что в практике отечественной медицины и психологии в последние десятилетия особую актуальность приобретает проблема состояния здоровья детей и подростков как популяции, определяющей здоровье нации в будущем.

Клинико-психологическая картина ребенка с ЗПР зависит от патогенеза состояний, однако, несмотря на полиморфизм этиологических факторов и проявлений, для детей данной категории характерны признаки незрелости сложных форм поведения, недостаточность целенаправленной деятельности на фоне утомляемости, истощаемости, нарушенной работоспособности. Формирование состояния беспомощности у детей данной категории чревато изменением клинико-психологической картины и возникновением негативных тенденций в социально-личностном развитии.

Биопсихосоциоэтическая модель развития человека (Г. В. Залевский; Ю. В. Кузьмина) дает возможность подойти к вопросу формирования состояния беспомощности с позиции структурно-уровневой организации (М. С. Роговин, Г. В. Залевский) и системной детерминации (В. Е. Клочко, Э. В. Галажинский). Опора на данную модель при разработке коррекционной программы, направленной на преодоление состояния беспомощности, с детьми с ЗПР и их семьями позволяет воздействовать в единстве на все уровни развития человека как целостно-ценностное образование.

Актуальность исследования обусловлена тенденциями, связанными с высоким уровнем нарушений в сфере психического здоровья детей, которое является сложным биопсихосоциодуховным феноменом, что определяет значимость выявления особенностей психологического развития (состояния беспомощности) у детей старшего дошкольного возраста (5–7 лет) с задержкой психического развития и возможностей коррекции путем оказания профессиональной психолого-педагогической помощи дошкольникам, а также их семьям.

Степень разработанности проблемы. Рассматривается и уточняется в своем понятии термин «задержка психического развития»: появляются понятия «неосложненный психофизический инфантилизм», «вторичная ЗПР» (В. И. Гарбузов; А. И. Захаров; Д. И. Исаев; Э. Г. Эйдемиллер; В. В. Лебединский; М. С. Певзнер; Т. А. Власова и др.). Расширяется классификация ЗПР: рассматриваются соматогенный, конституциональный, психогенный, церебро-органические типы (К. С. Лебединская). Изучаются новые концепции психологической диагностики нарушенного развития (В. И. Лубовский, И. А. Коробейников, С. М. Валявко). Институтом коррекционной педагогики РАО разрабатываются Концепции дифференцированных образовательных стандартов для детей с ОВЗ, в частности, для детей с ЗПР (И. А. Коробейников, Н. В. Бабкина, Е. Л. Инденбаум). Исследуются особенности формирования высших психических функций у детей с ЗПР (Н. В. Бабкина, Е. Р. Баенская, И. Н. Серова, Л. А. Головчиц, Г. В. Чиркина, О. Е. Громова и др.). Разрабатываются программы коррекционно-педагогического сопровождения детей с психическими нарушениями и сопровождения семей, имеющих детей с психическими нарушениями (Е. А. Стребелева, С. Б. Лазуренко, А. В. Закрепина, Л. А. Ремезова и др.).

Появляются работы по изучению материнского поведения, отношению к ребенку, роли матери в семейной системе и рассматриваются нарушения в функционировании семейной системы, которые имеют важное значение для психического развития ребенка (Н. В. Римашевская, Л. Ф. Кремнева;

Л. М. Рудина, Л. А. Никифорова; Е. М. Ижванова, А. Е. Борисова; С. В. Дерменжии и др.). Выделяется новый раздел медицинской психологии – клиническая психология семьи (И. М. Никольская, Э. Г. Эдеймиллер, И. В. Добряков, А. Я. Варга, Н. В. Зверева, И. В. Рощина и др.). Рассматриваются и изучаются наиболее актуальные вопросы функционирования семьи, в составе которой есть больные с нервно-психическими заболеваниями (В. В. Николаева, Г. А. Арина, А. Б. Холмогорова, Н. В. Зверева, И. В. Рощина, К. М. Plant и др.).

Изучаются клинико-психологические закономерности психосоматического развития с позиции биопсихосоционотической модели развития человека. Рассматриваются психологические и психосоциальные факторы перинатального развития, влияние семейного воспитания, особенности формирования высших психических функций детей на разных этапах онтогенеза (Н. А. Кравцова, А. В. Катасонова, А. Ю. Довженко, В. А. Денисова, Л. Н. Рабовалюк и др.).

Уточняется и расширяется в своем значении некогда предложенная М. Селигманом модель выученной беспомощности (Seligman M. E. P.). В современной науке появляется понятие ситуативной и личностной беспомощности (Н. А. Батурин, Д. А. Циринг). Рассматриваются вопросы диагностики и коррекции личностной беспомощности в подростковом возрасте, вопросы взаимосвязи семейного воспитания и личностной беспомощности подростков (Д. А. Циринг, И. В. Пономарева, Ю. В. Честюнина, Е. А. Евстаева, К. Ю. Эвника и др.). Изучаются причины возникновения выученной беспомощности у соматически ослабленных детей и подростков (О. В. Волкова). В рамках коррекции и профилактики данного состояния на основе теории выученной беспомощности возникают полярные ей теория самостоятельности (Д. А. Циринг) и теория оптимизма (Аргайл М.; Кете де Врис М.; Seligman M. E. P. и др.). Помимо психолого-педагогических аспектов, особое внимание уделяется медико-биологическим вопросам возникновения выученной беспомощности (Haracz J.; Kumar K. B.; Karanth K. S.; Muneoka K.; Shlrayama Y.; Horlo M. и др.).

Таким образом, необходимость данного исследования определяется наличием следующих **противоречий**:

- между ориентированием современного общества на создание условий для формирования всесторонне и гармонически развитой личности и увеличением количества детей с различными отклонениями в развитии;
- между осознанием особой ситуации развития личности ребенка с задержкой психического развития как феномена современного общества и нехваткой специальных исследований на предмет изучения наличия беспомощности у данной категории детей;
- между внедрением в практику общеобразовательных учреждений «Адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования обучающихся с задержкой психического развития» и нехваткой методических разработок и рекомендаций по преодолению особенностей психологического развития (в частности, состояния беспомощности) изучаемой категории детей с опорой на биопсихосоционоэтическую модель развития человека.

Данные противоречия подтверждают актуальность **темы исследования** «Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции».

Цель исследования: выявление особенностей состояния беспомощности и возможностей коррекции данного состояния у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Объект исследования: состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции.

Гипотезы исследования:

- Задержка психического развития у детей старшего дошкольного возраста может сопровождаться специфическими особенностями состояния

беспомощности как временного, преходящего состояния в когнитивной, эмоциональной, мотивационной и волевой сферах, основным детерминирующим фактором формирования которого является особенность семейного воспитания (материнского отношения).

– Коррекция состояния беспомощности у детей с задержкой психического развития возможна с включением в комплексную программу помощи этой категории детей специальной программы с опорой на биопсихосоционоэтическую модель развития человека.

Задачи исследования:

1. На основании логико-теоретического анализа современной литературы уточнить рабочее определение термина «состояние беспомощности» и определить спектр его эмпирических референтов в поведении ребенка дошкольного возраста; обосновать ключевые методологические решения в их эмпирической экспликации.

2. Осуществить подбор методов и методик эмпирического исследования особенностей беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

3. Определить особенности состояния беспомощности, описать паттерны поведения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР с признаками беспомощности, раскрыть изменения клинико-психологической картины ребенка с ЗПР с состоянием беспомощности; показать тенденции негативного социально-личностного развития ребенка с ЗПР, детерминированные состоянием беспомощности.

4. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу, направленную на преодоление состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития с опорой на биопсихосоционоэтическую модель развития человека.

Теоретико-методологическое основание исследования:

1. Положения Л. С. Выготского о социальной ситуации развития и зоне ближайшего развития как важнейших условиях становления личности ребенка.

2. Биопсихосоционезитическая модель как интегрированный подход к изучению природы человека, его развития и здоровья, включающий идеи системной детерминации и его структурно-уровневой организации (М. С. Роговин; Г. В. Залевский; В. Е. Ключко; Э. В. Галажинский; Ю. В. Кузьмина).

3. Теоретические представления о фиксированных формах семейного поведения и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку (В. В. Столин; А. Я. Варга; Е. О. Смирнова; Г. В. Залевский).

4. Теория выученной беспомощности М. Селигмана (М. Селигман; Л. Абрамсон; Дж. Гилхам; К. Двек; Л. Джейкокс; М. Микуленсер; К. Петерсон; К. Рейвич; Н. А. Батурин; Д. А. Циринг).

Для достижения цели и решения задач исследования был использован **комплекс методов**, включающий в себя:

– *теоретический анализ и систематизацию* данных психолого-педагогических и медицинских исследований, касающихся проблемы выученной, личностной, ситуативной беспомощности; анализ исследований, направленных на изучение личностных особенностей детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, а также материалов по изучению типа родительского отношения к ребенку и влияние на развитие ребенка фиксированных форм поведения родителей;

– *методы сбора эмпирических данных*: этологический подход, с помощью которого были рассмотрены модели поведения ребенка в различных обычных ситуациях при помощи карт наблюдения и создания проблемных ситуаций (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева); выявление типа материнского отношения с помощью опросника А. Я. Варга и В. В. Столина, проведение анализа атрибутивного стиля взрослых с помощью методики стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, В. Ю. Шевяхова), ретролонгитюдный метод исследования (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева);

– *методы математической статистики*: параметрические критерии включали в себя для проверки гипотез о степени выраженности признака и

сдвига изучаемого признака t-критерий Стьюдента для независимых и зависимых выборок при нормальном распределении; для оценки зависимости использовался коэффициент корреляции Пирсона; для проверки гипотез об однородности выраженного признака был применен критерий углового преобразования Фишера для связанных выборок; внутренняя согласованность шкал оценивалась с помощью коэффициента альфа Кронбаха; для оценки распределения признака использовались критерий Шапиро-Уилка и критерий Хи-квадрат; оценка конструктивной валидности проводилась при помощи метода факторной валидности. Обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 10.0.

Исследование имеет формат детального, так как прицельно были изучены каждый из компонентов состояния беспомощности. Кроме того, особенностью работы являлся индивидуальный подход к каждому участнику исследования в связи со специфическими особенностями диагностических методик, возможных для применения к данной возрастной категории детей.

В качестве **экспериментальной и контрольной групп** выбирались равные по демографическим признакам сверстники, посещающие детские дошкольные учреждения, а также их матери. Все обследуемые дети посещали дошкольные образовательные учреждения с одинаковой программой обучения. Вывод о наличии или отсутствии задержки психического развития был сделан на основе анализа медицинских карт развития детей, а также на основе заключения невропатолога. Объем репрезентативной выборки составил 340 человек: 30 детей старшего дошкольного возраста с ЗПР и 30 матерей на этапе пилотажного исследования (2014 – 2015 г.); 140 детей старшего дошкольного возраста и 140 семей (матерей) на этапе исследования, представленного в диссертации (2015 – 2017 г.), в том числе 90 детей с ЗПР (45 детей вошли в экспериментальную группу, 45 – в контрольную) и 90 матерей, имеющих детей с ЗПР; 50 детей относительной нормы и 50 матерей, имеющих детей относительной нормы.

Эмпирическая работа проводилась на базе дошкольных образовательных учреждений общеразвивающего типа МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ

д/с № 86 г. Калининграда, работающих по типовой программе дошкольного воспитания и образования под ред. М. А. Васильевой.

Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных на их основе выводов обеспечивается использованием валидных, надежных и апробированных в психологии психодиагностических методик, которые подобраны в соответствии с целями, предметом и гипотезой исследования; репрезентативной выборкой; применением методов статистической обработки данных с использованием программы STATISTICA 10.0.

Исследование проходило в период с 2013 по 2017 г. и состояло из следующих этапов:

- 2013 – 2015 г. – был проведен теоретический анализ психолого-педагогической и медицинской литературы по проблеме диссертационного исследования, составлен план-проект диссертации, разработан и осуществлен пилотажный эксперимент;

- 2015 г. – обобщен и систематизирован изученный теоретический материал, касающийся темы исследования; организована экспериментально-исследовательская часть работы;

- 2015 – 2016 г. – проведена интерпретация полученных в ходе эмпирического исследования данных, произведен анализ проделанной работы;

- 2016 – 2017 г. – была разработана коррекционно-развивающая программа, осуществлен формирующий эксперимент; проведена систематизация и анализ данных, полученных в ходе экспериментально-психологического исследования; обобщены и уточнены выводы практической и теоретической части работы; оформлены результаты исследования.

Результаты исследования внедрялись в психологическую практику дошкольных образовательных учреждений г. Калининграда.

Научная новизна данной работы состоит в том, что:

- впервые проведено и описано исследование особенностей состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития;

– сформирована оригинальная исследовательская программа для оценки состояния беспомощности у старших дошкольников с задержкой психического развития;

– впервые на основе биопсихосоционезической модели развития человека разработана и апробирована программа коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством внедрения системы формирующих мероприятий и включения в этот процесс всех основных субъектов социальной ситуации развития ребенка.

Теоретическая значимость: в работе отражен анализ практических исследований и теоретических подходов к изучению состояния беспомощности, а также социально-психологических факторов формирования феномена «выученная беспомощность» у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, что позволяет расширить представления о научных достижениях в рамках представленной проблемы и осветить новые перспективы и способы возможности улучшения психологического статуса старших дошкольников с задержкой психического развития. Теоретические положения и выводы исследования могут служить дополнением к уже имеющимся разделам медицинской психологии (раздел «Патопсихология детского возраста»), благодаря содержащемуся в исследовании материалу, который показывает взаимосвязь наличия состояния беспомощности и задержки психического развития, а также раскрывает степень влияния стиля материнского отношения и фиксированных форм материнского поведения на формирование беспомощности детей с задержкой психического развития.

Практическая значимость:

Описание выявленных особенностей формирования беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, а также влияние материнского отношения и фиксированных форм поведения в семье на формирование беспомощности имеет практическую значимость для специалистов, осуществляющих обучение и воспитание дошкольников с

задержкой психического развития, то есть для работников образования и здравоохранения.

Предложенная коррекционная программа представляет практическую значимость в сфере коррекции семейных отношений, коррекции состояния беспомощности у старших дошкольников, позволяет нормализовать семейные отношения и тип родительского (материнского) отношения к ребенку.

Примененная в исследовании система диагностических мероприятий по выявлению каждого компонента беспомощности, содержащая качественные характеристики высокого, среднего и низкого уровней развития для каждой составляющей, а также программа коррекции данного состояния активно используется в рамках психолого-педагогического сопровождения детей с задержкой психического развития на базе МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ д/с № 86 г. Калининграда, работающих по типовой программе обучения и воспитания под редакцией М. А. Васильевой. Представленный материал используется на курсах повышения квалификации работников образования в рамках семинаров и тренингов для специалистов, работающих в ДОУ г. Калининграда.

Положения, выносимые на защиту:

1. У детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития наблюдается особое временное, преходящее, нестабильное состояние беспомощности, имеющее специфическое содержание эмоционального, волевого, когнитивного и мотивационного компонентов.

2. Семья, являясь наиболее важным и значимым фактором в формировании ребенка, сталкиваясь с ситуацией специфического развития ребенка, имеет тенденцию к изменению нормального стиля семейного воспитания и уходу в дисгармоничный стиль отношений с ребенком. Данный переход от обычного и нормального стиля семейного воспитания к дисгармоничному выражается в фиксированности семейных форм поведения. Измененный психологический климат в семье, вопрос семейной закрытости после постановки диагноза влекут за собой определенные последствия, воздействующие на ребенка.

Находясь в ситуации стресса и дисгармоничного отношения матери, постоянно оказываясь в ситуации неудачи и получая негативную оценку своей деятельности, ребенок закрепляет нежелательные формы поведения, формирует пессимистический атрибутивный стиль, что влечет за собой появление беспомощности.

3. Обращение к объяснительному потенциалу биопсихосоционезической модели развития человека позволяет расширить возможности коррекции состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР с позиции структурно-уровневой организации и системной детерминации.

4. Изменение типа материнского отношения, атрибуций родителей, формирование мотивации успеха, коррекция дефицитов эмоциональной, волевой, когнитивной и мотивационной сфер ребенка способствуют преодолению особого состояния в структуре личности ребенка, которое можно обозначить как состояние беспомощности.

5. Внедрение в дошкольные учреждения и психологические центры программы коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста способствует повышению в целом коррекционно-развивающего эффекта работы с детьми с задержкой психического развития.

Апробация и внедрение результатов исследования: Результаты исследования были представлены на научно-практических конференциях: X городском образовательном форуме «Калининградское образование – от создания условий к эффективному результату» (Калининград, 2014); «Социально-гуманитарные технологии и коммуникации в XXI веке: теория и практика» (Калининград, 2015); международных научно-практических конференциях: «Из эпохи Гуттенберга в эпоху Интернета: каким быть образованию в XXI веке» (Калининград, 2016); «Неделя российско-немецкой психологии, психиатрии и психотерапии: проблемы психологической помощи населению в России и Германии. Теория и практика» (Калининград, 2016); «Спорт и туризм: администрирование и развитие – 2016» (Калининград, 2016); I Балтийский

международный научно-гуманитарный форум «Проблемы психологии безопасности и здоровья – теория и практика» (Калининград, 2017).

Основные результаты диссертационного исследования обсуждались на заседаниях кафедры психологии и социальной работы Балтийского федерального университета им. И. Канта г. Калининграда, на заседании методологического семинара факультета психологии Национального исследовательского Томского государственного университета г. Томска.

Материалы диссертационного исследования используются в психологической работе с детьми в МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ д/с № 86 г. Калининграда.

Публикации по теме диссертации: по теме диссертации опубликовано 10 статей, размещенных в научных журналах (из них 4 статьи в журналах, включенных в перечень ВАК) и сборниках материалов научно-практических конференций.

Объем и структура работы: диссертация состоит из введения, трех глав с обзором литературы, описанием методов исследования и результатов экспериментально-психологического исследования, заключения, списка литературы, включающего в себя 211 источников (из них 30 зарубежных), 3 приложений. Диссертация содержит 10 рисунков и 30 таблиц (в том числе 2 таблицы в приложении). Текст диссертации изложен на 205 страницах.

ГЛАВА 1 СОСТОЯНИЕ БЕСПОМОЩНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Клинико-диагностические аспекты задержек психического развития у детей 5–7 лет

Термин «задержка психического развития» впервые предложила Г. Е. Сухарева в 1959 г. [154]. Тогда же произошло выделение данной категории детей в отдельную нозологическую группу. Несмотря на длительное и всестороннее изучение, задержка психического развития остается важной клинико-социальной проблемой из-за разнообразия клинических проявлений и трудностей своевременной диагностики: не существует четких диагностических критериев данной группы расстройств, нет единого мнения по поводу возрастных рамок. Неправильная диагностика состояния ведет к выбору неадекватной программы обучения, следовательно, есть вероятность возникновения школьной дезадаптации, что может привести к формированию девиантного поведения.

Задержка психического развития (ЗПР) – это вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся различные по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и особенностям динамики состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между интеллектуальной нормой и умственной отсталостью и имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе [62; 113; 162; 163].

Разнообразие в специфике подходов к изучению данной нозологической группы определяет терминологию и описание патологии специалистами: дефектологами, психиатрами, психологами. В англо-американской литературе до настоящего времени используется термин ММД (минимальная мозговая дисфункция) для обозначения задержанного темпа развития в дошкольном возрасте [51; 65]. Некоторые авторы связывают минимальные повреждения

головного мозга с гиперактивным синдромом, и относят к ММД синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) [84; 109; 161].

Особенностью данного феномена являются замедление темпов психического развития, личностная незрелость, негрубое нарушение познавательной деятельности. Задержку психического развития отличает прогностическая неоднородность. Т. А. Власова [29; 30; 31] выделяет следующие варианты прогнозов:

- постепенное улучшение развития;
- та же динамика, прерываемая возрастными кризисами;
- развитие стойкого, негрубого дефекта;
- регресс формирования состояния.

Прогноз дальнейшего развития ребенка зависит от воздействия и длительности неблагоприятных факторов

Основные клинические признаки ЗПР были выделены М. Ш. Вроно в 1983 г. [43, с. 57]:

- неравномерность развития, которая выражается в смещении познавательного развития ребенка на более раннюю возрастную ступень, однако данное явление существенно не меняет структуру сознания и личность ребенка;
- формирование процессов компенсации дефекта, которые при благоприятных условиях коррекционного воспитания и обучения способствуют сглаживанию и устранению неравномерности развития;
- временное отставание в формировании психики или отдельных ее функций, эмоциональная незрелость.

Г. Е. Сухарева в 1965 г. разработала первую классификацию ЗПР, которая была основана на этиопатогенетических механизмах данной категории расстройств [154]:

- интеллектуальные нарушения в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания или патологией поведения;
- интеллектуальные нарушения при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;

- нарушения при различных формах инфантилизма;
- вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения, письма;
- функционально-динамические интеллектуальные нарушения у детей на резидуальной стадии и в отдаленном периоде инфекций и травм.

В следующей классификации Т. А. Власовой и М. С. Певзнер выделяются две группы детей [29]:

- дети с нарушенным темпом физического и умственного развития, отличающиеся инфантилизмом в интеллектуальном, эмоциональном, личностном развитии, замедлением темпов физического развития;
- дети с функциональными расстройствами психической деятельности вследствие органического поражения головного мозга; спецификой данной группы будут неустойчивое внимание и астенические проявления.

К. С. Лебединская [102; 103] предложила классификацию ЗПР, которая основывается на генезе расстройств:

- ЗПР конституционального происхождения, обусловленная нарушениями обмена веществ и спецификой генотипа; особенностями являются задержка физического развития, интеллектуальные нарушения, эмоционально-личностная незрелость, которая проявляется в аффектах и нарушении поведения;
- ЗПР соматогенного происхождения, обусловленная длительными соматическими заболеваниями, возникает под воздействием экзогенных факторов (инфекционное заболевание, аллергические реакции); специфическими особенностями являются невротические расстройства;
- ЗПР психогенного происхождения, обусловленная неблагоприятными условиями воспитания на ранних стадиях развития ребенка; специфика – несформированность детской компетенции, произвольной регуляции деятельности и поведения, патологические расстройства личности, эмоциональные расстройства;
- ЗПР церебрально-органического происхождения, обусловленная органическими поражениями ЦНС, асфиксией, недоношенностью,

постнатальными нарушениями, патологией беременности и родов; специфические особенности – стойкость и выраженность нарушений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности.

И. Ф. Марковская [112; 113] дополнила классификацию К. С. Лебединской и выделила дополнительно два типа ЗПР церебрально-органического генеза:

- группа «А» – в структуре дефекта преобладают черты эмоциональной незрелости по типу органического инфантилизма;

- группа «Б» – в структуре дефекта преобладают интеллектуальные расстройства, вызванные стойкими энцефалопатическими нарушениями и парциальными нарушениями корковых функций.

В. В. Ковалевым [84] была предложена наиболее полная классификация ЗПР, которую применяет большинство российских психиатров:

I. Дизонтогенетические формы пограничной интеллектуальной недостаточности:

1. Интеллектуальная недостаточность при состояниях психического инфантилизма:

- А) при простом психическом инфантилизме;

- Б) при осложненном психическом инфантилизме:

- при сочетании психического инфантилизма с психоорганическим синдромом;

- при сочетании психического инфантилизма с церебрастеническим синдромом;

- при сочетании психического инфантилизма с невротическими состояниями;

- при сочетании психического инфантилизма с психоэндокринным синдромом.

2. Интеллектуальная недостаточность при отставании в развитии отдельных компонентов психической деятельности:

- А) при задержках развития речи;

- Б) при отставании в развитии школьных навыков;

В) при отставании психомоторного развития.

3. Искажённое психическое развитие с интеллектуальной недостаточностью.

II. Энцефалопатические формы:

1. Церебрастенические синдромы с запаздыванием развития школьных навыков.

2. Психоорганические синдромы с интеллектуальной недостаточностью и нарушением высших психических функций.

3. Пограничная интеллектуальная недостаточность при детских церебральных параличах.

4. Интеллектуальная недостаточность при общем недоразвитии речи.

III. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств:

1. Интеллектуальная недостаточность при врожденной или рано приобретенной глухоте и тугоухости.

2. Интеллектуальная недостаточность при слепоте, возникшей в раннем детстве.

IV. Интеллектуальная недостаточность в связи с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства.

Рабочее определение ЗПР можно сформулировать следующим образом:

– Задержка психического развития – это вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся состояния легкой интеллектуальной недостаточности, характеризующиеся замедлением темпов психического развития, личностной и эмоциональной незрелостью, нарушениями познавательной деятельности; обусловленные неблагоприятными условиями семейного воспитания, соматическими заболеваниями, энцефалопатиями, различными формами инфантилизма, отставанием в развитии отдельных компонентов психической деятельности, дефектами анализаторов; имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе.

Детальное внимание к феномену ЗПР отечественные дефектологи и психологи стали уделять в 60-е годы XX века. Образование и педагогика столкнулась с острой необходимостью теоретико-методологического обоснования ЗПР.

Теоретические основы в разработке проблемы изучения детей с задержкой психического развития были заложены Л. С. Выготским. Говоря о развитии детей в ситуации болезни и дефекта, ученый выдвинул предположение о том, что ребенок в ситуации болезни отличается в своем развитии не по уровню, а по качеству. Он отмечал, что развитие ребенка не отстает, а имеет другие специфические характеристики [44; 45; 46]. Опираясь на данное положение, мы рассматриваем задержку психического развития как специфику в нормальном развитии ребенка, которая носит временный характер. В отличие от других нарушений, задержка психического развития характеризуется незрелостью отдельных психических, психомоторных функций, а также психики в целом. Данное нарушение возникает под влиянием многих факторов: наследственных, психологических, биологических, социально-средовых. В частности, Л. С. Выготский говорил о взаимосвязи двух линий: биологической и социально-психологической – изучение данных линий в совокупности позволяет оценить вклад каждого фактора в характер развития [44; 45; 46].

Особую роль Л. С. Выготский отводит среде, относя ее к источнику психического развития ребенка. Овладение системой культурных средств, знаков, эталонов, находящихся в среде, способствует развитию высших форм психической деятельности человека [44; 45; 46]. Однако ребенок имеет возможность избирательного отношения к среде, что позволило Выготскому сформулировать положение о социальной ситуации развития. Относя данное понятие к сущностной возрастной характеристике, вместе с психологическими новообразованиями сферы сознания и личности, ученый определял структуру психологического возраста. Социальную ситуацию развития Лев Семенович понимал как «...совершенно своеобразное, специфическое для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и

окружающей его действительностью, прежде всего социальной» [44, с. 903]. Основное предназначение социальной ситуации развития состоит в разрешении конфликта, который определяет центральную линию развития ребенка и главные возрастные новообразования. Ребенок с задержкой психического развития изначально находится в особой социальной ситуации развития, которая и определяет специфику феномена. В современной психологии среда стала рассматриваться как «источник информации» или как «источник стимуляции и подкрепления» [92]. Таким образом, неблагоприятная среда (в частности, родительское отношение, наличие негативного опыта) и специфика в развитии создают благоприятные условия для формирования беспомощности на самом раннем этапе. Изменение среды позволит установить новые причинные зависимости (между внешними условиями, ситуациями и их результатом; между поведением и его следствием) и сделать взаимодействие со средой более эффективным (создать предсказуемое и управляемое социальное окружение).

Следующей задачей нашего исследования выступило описание специфики в формировании компонентов беспомощности у детей старшего дошкольного возраста в норме и при ЗПР. Феномен беспомощности характеризуется наличием четырех компонентов: эмоционального, мотивационного, волевого и когнитивного. Развитие и формирование компонентов, входящих в структуру беспомощности, на этапе старшего дошкольного возраста в норме и при задержке психического развития характеризуется разнообразием и имеет отличительные особенности. В результате литературного анализа мы выявили следующие особенности формирования компонентов беспомощности (таблица 1).

Таблица 1 – Особенности развития компонентов беспомощности у детей старшего дошкольного возраста

Компонент	Дети с нормальным развитием	Дети с ЗПР
Мотивационный	Формируются новые по содержанию социальные мотивы, появляется стремление к общественно-значимой и оцениваемой деятельности, происходит формирование обобщенных сознательных намерений, происходит возникновение иерархии мотивов.	Преобладание игровых мотивов, дезадаптивность побуждений и интересов, стремление к получению удовольствия.
Эмоциональный	Появляется эмоциональная саморегуляция поведения.	Эмоциональная саморегуляция отсутствует, эмоциональная сфера характеризуется незрелостью. Отмечается полярность эмоций, проявление реакций, неадекватных ситуации. Характерна эмоциональная неустойчивость.
Когнитивный	Формируются элементы словесно-логического мышления, развивается речь, зрительно-моторная координация, возникают другие виды деятельности (продуктивная деятельность, элементы учебной деятельности).	Элементы логического мышления не формируются к старшему дошкольному возрасту - оно развивается замедленно и имеет специфику в соотношении наглядного и словесно-логического мышления. В речи отмечается недостаточная речевая регуляция, невозможность полноценно использовать речь как средство коммуникации. Психические процессы формируются неравномерно, со значительным отставанием. Отмечается недостаточная любознательность, сниженная познавательная активность, невыраженность ориентировочного этапа познавательной деятельности. Отмечается несформированность оптико-пространственной деятельности, пространственных представлений.
Волевой	В ходе игровой деятельности закладываются предпосылки к формированию волевого компонента. Появляется произвольность внимания, контроль эмоций и поведения, сравнение с образцом своей деятельности и подчинение образцу.	Недостаточная речевая регуляция ведет к невозможности поэтапного контроля над действиями, словесного сопоставления результатов с предложенным заданием. Формирование произвольности на данном возрастном этапе затруднено. Характерна слабость волевых процессов. Произвольная регуляция деятельности не сформирована.

Рассмотрим подробнее формирование компонентов беспомощности в норме и при ЗПР, дефициты в развитии данных компонентов.

В современной психологии проблема волевого развития рассматривается с нескольких точек зрения: некоторые связывают волю с мотивационной сферой человека, другие рассматривают волю в контексте проблемы сознания.

А. Н. Леонтьев [106] предлагает рассматривать волевою регуляцию поведения как развитие и дифференциацию мотивационной сферы. Появление иерархии мотивов влияет на становление общей произвольности. Ученый уделял значительное внимание иерархии мотивов, так как, зарождаясь в старшем дошкольном возрасте, они (мотивы) являются психологическими механизмами поведения и одновременно средством связи смысловых линий деятельности человека, которые характеризуют его как личность.

Л. И. Божович [15], в свою очередь, рассматривает волю как центральную проблему психологии и формирования личности. Волевое поведение изучается как способность управлять своим поведением сознательно, направляя его на решение поставленных целей, даже если они малопривлекательные, но социально значимые.

Н. И. Непомнящая [122] отмечает, что первые предпосылки отношения цели к мотиву появляются в период дошкольного детства. Волевые действия формируются внутри сложной деятельности, которая включает отношение продукта действия к мотиву, благодаря чему становится возможным выделение его как цели.

Развитие мотивационной сферы в норме характеризуется формированием новых по содержанию социальных мотивов, появлением стремления к общественно значимой и оцениваемой деятельности, формированием обобщенных сознательных намерений, возникновением иерархии мотивов [108; 122].

Мотивационная сфера старшего дошкольника с ЗПР характеризуется преобладанием игровых мотивов, стремлением к получению удовольствия, а также дезадаптивностью побуждений и интересов [82; 123; 146].

Эмоциональная сфера является отражательной и саморегулирующей психической функцией. Своеобразие эмоций определяется личностными

свойствами, направленностью личности, ее мотивами, стремлениями, намерениями и индивидуальными психическими свойствами [122]. Нарушение эмоциональной сферы характеризуется замкнутостью, равнодушием, склонностью к чувству вины, низким контролем эмоций, появлением депрессивности и фрустрированности. При нарушении эмоциональной сферы происходит нарушение когнитивного компонента, а именно нарушается познавательная функция и когнитивная сфера в целом [66; 76; 77; 85; 137].

Когнитивное развитие отвечает за формирование и развитие всех видов мыслительных и психических процессов. Теорию когнитивного развития впервые предложил Ж. Пиаже, который говорил о том, что человек самостоятельно конструирует свои когнитивные способности при помощи собственных действий в окружающей среде [132].

Дошкольный возраст является сензитивным возрастом для реализации онтогенетического потенциала развития. На данном этапе происходит овладение социальным пространством человеческих отношений через взаимодействие с близкими людьми и значимыми взрослыми, а также через игровые и реальные взаимоотношения со сверстниками [25; 92; 108; 122].

Основным показателем психологического развития в раннем детстве является формирование феномена «Я сам», который выражается в столкновении «Хочу» ребенка и «Нельзя» взрослого. Ребенок все больше и больше стремится к самостоятельности и пытается вести себя как взрослый. Невозможность реализовать свое желание быть взрослым в современном мире ребенок компенсирует игрой. Сюжетно-ролевая игра позволяет ребенку взять на себя любую роль и смоделировать действия, проиграв воображаемую роль.

К началу старшего дошкольного возраста сюжетно-ролевая игра позволяет начать развивать волевую сферу – происходит формирование произвольности поведения и психических процессов. В игре ребенок начинает ориентироваться на образец и учиться сравнивать с ним свои действия, учиться подчиняться правилам, контролировать поведение. В ходе различных игр создаются благоприятные

условия для возникновения предпосылок к формированию произвольной памяти, внимания, моторики.

Эмоционально-волевое развитие ребенка с ЗПР в первую очередь характеризуется недоразвитием эмоций. Чаще всего ребенок испытывает неглубокие, поверхностные переживания, а также проявляет реакции, неадекватные ситуации. Отмечается полярность эмоций: повышенная возбудимость граничит с резким эмоциональным спадом. Волевые процессы развиваются слабо [101; 112; 123; 146].

В исследованиях Е. С. Слепович можно увидеть, что в ситуации некритичного принятия деятельности и поощрения за любые достижения в эмоциональной сфере детей с ЗПР отмечаются существенные изменения. В первую очередь изменяется эмоциональный фон игровой деятельности – он становится радостным и спокойным. Исчезает бесцельное и беспорядочное хождение, появляются любимые игрушки и игры. Положительная оценка взрослым успешной деятельности также вызывает смену эмоций в лучшую сторону. Эти данные дают возможность предположить, что при наличии условий и изменении среды есть возможность превенции беспомощности в состоянии ребенка [146].

У детей с задержкой психического развития ведущий вид деятельности (игра) отличается неумением развернуть игру в соответствии с замыслом без помощи взрослого [123; 146]. Игра долго не переходит в сюжетно-ролевую. Дети испытывают трудности с подчинением правилам, удержанием сюжета, взаимодействием со сверстниками внутри игры. Самостоятельное придумывание игрового сюжета на этапе старшего дошкольного возраста остается практически недоступным. Своеобразие в формирование игровой деятельности способствует тому, что игра остается ведущей деятельностью не только на этапе дошкольного детства, но и на этапе младшего школьного возраста.

Продуктивные виды деятельности в старшем дошкольном возрасте мало интересуют детей с ЗПР и остаются несформированными: дети не умеют держать карандаш и кисточку, не регулируют силу нажима, у них возникают трудности

при использовании ножниц. Любая деятельность носит недостаточно целенаправленный характер: дети быстро утомляются, легко отвлекаются, истощаются, деятельность часто импульсивная, возникают трудности при переключении с одного задания на другое [123; 146].

За счет становления и развития волевого и мотивационного компонентов у старших дошкольников происходит формирование эмоциональной сферы, а именно появляется эмоциональная саморегуляция поведения.

Все эти компоненты в совокупности оказывают свое влияние на развитие когнитивной сферы: формируются элементы словесно-логического мышления, развивается речь, зрительно-моторная координация, возникают другие виды деятельности (продуктивная деятельность, элементы учебной деятельности).

Следовательно, старший дошкольный возраст является важным периодом в жизни ребенка, во время которого закладывается огромная база для дальнейшего развития.

1.2 Основные подходы к исследованию сущности, структуры, функций и механизмов беспомощности

Первые упоминания о феномене беспомощности можно увидеть в исследованиях И. П. Павлова [125; 126]. Формируя экспериментальные неврозы у собак, он обнаружил, что выработанный условный рефлекс полностью исчезает при условии внесения дополнительного электрического раздражения. В ходе эксперимента И. П. Павлов сделал вывод о том, что различные особенности поведения живых существ и есть результат научения.

Опираясь на выводы Павлова, Skinner B. F. выявил, что особенности поведенческой и эмоциональной реакции человека на события подчиняются законам оперантного и обусловленного научения [207].

Зарождающаяся теория выученной беспомощности в контексте когнитивной и бихевиоральной науки на протяжении 60-х годов претерпевала различные изменения, пока в конце 60-х акцент теории не сместился с

воздействия внешних факторов на внутренние причины, в сторону роли индивидуального ожидания, предпочтения, выбора, контроля.

Выученная беспомощность как феномен была открыта в 1967 году Seligman M. E. P. Проводя эксперименты на собаках, он заметил, что животные, подвергавшиеся неподдающемуся контролю и неизбежному удару током в одной ситуации, в дальнейшем также не пытались избежать удара током в тех ситуациях, где это было возможным [204, с. 171]. Справедливости ради следует сказать, что еще в 20-х годах прошлого века об «обученной беспомощности» писал В. Ф. Чиж [176].

На основании своих исследований Seligman M. E. P. выдвинул следующие предположения [204; 205]:

- выученная беспомощность приводит к появлению трех дефицитов: мотивационного, когнитивного и эмоционального;
- выученная беспомощность формирует депрессию;
- отрицательный результат закрепляется и мешает дальнейшему обучению.

В своих исследованиях Seligman M. E. P. также выделил слова маркеры, которые наблюдаются в речи у людей с признаками выученной беспомощности. К данным словам он относил: «Не могу», «Не хочу», «Всегда», «Никогда», «Все бесполезно», «В нашей семье все такие» [204]. Seligman M. E. P. отмечал отсутствие позитивного опыта, повышенную тревожность и страх неудачи, скрывающиеся за этими словами.

Seligman M. E. P. также показал, что выученная беспомощность тесно связана с волевым развитием личности – в старшем дошкольном возрасте проявляются специфические особенности волевого развития [204; 205].

Seligman M. E. P. разработал модель формирования выученной беспомощности в рамках атрибутивного подхода. Данная модель представлена на рисунке 1 [204; 205].

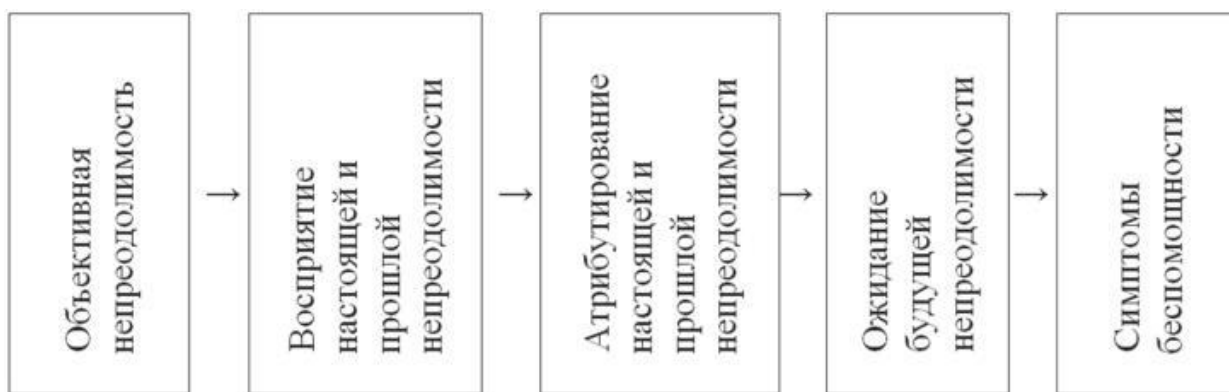


Рисунок1–Модель формирования выученной беспомощности

В результате своих исследований, Seligman M. E. P. пришел к выводу о том, что выученная беспомощность может моделировать депрессию в том, что касается симптомов, причин, предотвращения и лечения [204; 205].

Таким образом, выученная беспомощность рассматривается как состояние, возникающее в качестве реакции на неподконтрольные человеку события и имеющее тенденцию к генерализации.

В дальнейшем теория выученной беспомощности развивалась с двух позиций: одни авторы активно использовали лабораторное изучение феномена (Maier S. F., Peterson C., Schwartz B.) [198], другие пытались объяснить трудности реальной жизни парадигмой выученной беспомощности (Miller B., Hiroto D. и др.) [195]. Дальнейшее изучение беспомощности выявило наличие четырех недостатков в первоначальной теории [193; 198; 203]:

- невозможность объяснить, когда дефициты будут постоянными во времени и когда непостоянными;
- невозможность объяснить, когда дефициты выученной беспомощности будут распространяться на другие сферы деятельности и когда они будут характерны для одной области;
- невозможность объяснить потерю самоуважения у людей после ощущения беспомощности;
- невозможность объяснить различия между индивидуальными различиями человеческой уязвимости и беспомощности.

Для устранения этих недостатков Abramson L. Y., Seligman M. E. P. и Teasdale J. D. [183] пересмотрели первоначальную теорию и включили в нее индивидуальные причинные атрибуции негативных событий. Это позволило открыть важное направление в изучении выученной беспомощности – исследование связи между атрибутивным стилем и депрессией у детей и взрослых. Проведя эмпирические исследования, авторы пересмотренной теории выявили, что депрессии будут более подвержены те люди, которые приписывают жизненным событиям внутренние, постоянные и общие причины, в отличие от тех, кто создает внешние, непостоянные и частные атрибуции.

Dweck C. S. и её коллеги использовали теорию выученной беспомощности для объяснения трудностей в ориентированном на достижения поведении: академические неудачи объяснялись постоянными и глобальными причинами, а успехи – непостоянными и частными причинами [188; 189].

В дальнейшем теорию беспомощности развивали Abramson L. Y. и ее коллеги [182; 183]. Они выделили два вида беспомощности: универсальную (то, что представляется принципиально невозможным для любого человека) и индивидуальную беспомощность (определяется бессилием одного человека).

В российской психологии (Н. А. Батурин, Д. А. Циринг, Е. С. Давыдова и Е. В. Забелина) феномен выученной беспомощности рассматривается с двух точек зрения: ситуативной беспомощности и личностной [6; 54; 66; 172].

Понятие ситуативная беспомощность ввел Н. А. Батурин [5; 6; 7; 8]. В основе лежит психическое состояние, которое развивается в конкретной ситуации. Данный вид беспомощности может возникнуть у любого человека. Факторами возникновения беспомощности в этом случае будут интенсивность неудачи или негативных событий, а также адаптивность (толерантность) человека к подобным событиям. Состояние беспомощности возникает при высокой интенсивности негативных событий и низкой толерантности. Человек преодолевает состояние беспомощности за счет изменения ситуации и включения механизмов бессознательной и сознательной саморегуляции.

В противовес теории выученной беспомощности в российской психологии в 2005 г. появилась концепция личностной беспомощности, предложенная Д. А. Циринг [173]. Личностную беспомощность ученый рассматривала как устойчивое образование личностного уровня, представляющее совокупность личностных особенностей в сочетании с пессимистическим атрибутивным стилем, невротическими симптомами и определенными поведенческими особенностями. В качестве личностной характеристики беспомощность определяется как устойчивое личностное образование, сформированное в процессе онтогенеза под влиянием различных факторов. Личностная беспомощность характеризуется наличием когнитивного, волевого, эмоционального и мотивационного дефицитов. Д. А. Циринг [169; 170; 173], рассматривая личностную беспомощность, выделила еще и самостоятельность. В своем исследовании она показала основные отличительные черты двух категорий [173, с. 296]. Она также отмечает, что структуры личностной беспомощности и самостоятельности не являются устойчивыми с позиции онтогенетического подхода – со временем они заменяются когнитивной составляющей.

Феномен личностной и выученной беспомощности широко рассматривается современными авторами. В настоящее время в русле данной концепции изучаются следующие аспекты: социально-психологические особенности беспомощности и самостоятельности (Д. А. Циринг, Ю. К. Мухаметова); факторы, способствующие формированию симптомокомплекса личностной беспомощности, в частности, родительские стили воспитания и травмирующие события (Е. В. Веденеева, С. А. Сальева, Д. А. Циринг); изучается структура и психологическое содержание феномена самостоятельности (Д. А. Циринг, Ю. В. Яковлева) [25; 167; 171; 181].

Также в российской психологии нашли отражение западные исследования, основанные на позитивной психологии М. Селигмана [141; 142; 143]. Российские психологи основное внимание уделяют поиску способов превенции и профилактики беспомощности, коррекции проявлений данного состояния. Особое внимание уделяется позитивным конструкторам личности: активная жизненная

позиция (В. С. Ротенберг, И. С. Коростелева и др.); формирование уверенности в себе (В. Ромек); компетентности (Е. Е. Вахрамов); личностный потенциал (Д. А. Леонтьев); самореализация (Э. В. Галажинский, Л. А. Коростылева, И. В. Солодникова); оптимизм (Т. О. Гордеева) [48; 53; 92; 106; 136; 137; 149].

В психологии к настоящему моменту феномен выученной беспомощности стали рассматривать с разных позиций.

Когнитивно-бихевиоральный подход являлся первым и долгое время основным в описании выученной беспомощности. В рамках данного подхода беспомощность понималась как состояние, которое возникает в результате длительного по времени и неоднократно повторяющегося воздействия (как позитивного, так и негативного), избегание которого является невозможным и определяется наличием оптимистического или пессимистического атрибутивного стиля [49; 193; 198; 201].

В рамках гуманистического подхода за основу понимания феномена выученной беспомощности берется теория поля К. Левина [105]. Беспомощность рассматривается как форма полезависимого поведения, представляет собой повторяющиеся затруднения процесса творческого приспособления и связывается с отказом от достижения своих целей и преодоления препятствий (связана с ослаблением естественной потребности человека в свободе и независимости), а также с неразрешенными внутренними конфликтами и с накоплением незакрытых гештальтов. Повышение сопротивляемости человека к неудачам обосновано опытом преодоления трудностей и опытом активного поиска. Преодоление беспомощности зависит от способности человека менять свое отношение к внешним и внутренним препятствиям. В противовес выученной беспомощности в данном подходе стоит поисковая активность, которая стимулируется задачами, не имеющими однозначного решения. Г. П. Геранюшкина и О. Э. Афраймович [49; 50] выделяют признаки нарушенной адаптации беспомощной личности к социальному окружению и себе самой:

- «сопротивление удовлетворению своих потребностей;
- нарушения цикла контакта;

- наличие неразрешенных внутренних конфликтов;
- представление о непреодолимости препятствий, отказ от поиска;
- отсутствие стремления к активной деятельности, «витание в облаках»;
- неспособность к спонтанному самовыражению;
- низкая самооценка, отсутствие интереса к себе, страх неудачи;
- стереотипное, непродуктивное поведение в условиях неопределенности;
- зависимость от внешних условий и значимых лиц;
- ригидность сценариев приспособления к жизненной ситуации» [50, с. 20].

На основании проведенных исследований Г. П. Геранюшкина и О. Э. Афраймович выделили 4 типа беспомощного поведения – сценарии сопротивления: «разочарование» (убежденность человека в несоответствии своего внутреннего и внешнего мира, в невозможности воплощения своих целей и желаний в данной среде, что приводит к изоляции и противопоставлению со средой); «ответственность» (характеризуется гиперответственностью, повышенными требованиями к себе и другим, скрупулезным следованием ценностям, нормам и традициям среды); «беззаботность» (попытка избавиться от негативного воздействия путем ухода в состояние «детской беззаботности»); «зависимость» (характеризуется отсутствием самостоятельных попыток к решению проблемы и ожиданием помощи извне) [49; 50]. Данные типы разбиваются авторами на 12 подтипов, включающие описанные сценарии поведения и связанные с персональным отклонением вектора сопротивления. Степень отклонения вектора соответствует степени проявления признаков выученной беспомощности.

С позиции онтогенетического подхода выученная беспомощность характеризуется торможением моторной активности, ослаблением биологической мотивации, потерей способности к научению, появлением соматических расстройств [26; 34; 36]. Опираясь на основные показатели развития эмоциональной, когнитивной, мотивационной и волевой сфер на разных возрастных этапах, выделяются специфические новообразования, характерные для феномена беспомощности.

Психосоматический подход предполагает постепенное формирование и выучивание беспомощности под влиянием фактора социального реагирования на особенности соматического статуса ребенка. Само заболевание или осознание влияния степени и характера соматического заболевания на деятельность в данном подходе не является решающим фактором в возникновении выученной беспомощности [34; 36]. Соматическое расстройство является пусковым механизмом выученной беспомощности, в котором специфические особенности беспомощности проявляются в сочетании с ослабленным соматическим здоровьем.

В рамках субъектно-деятельностного подхода рассматривается личностная беспомощность как качество субъекта, включающее в себя единство специфических личностных особенностей, возникающих в результате взаимодействия внутренних условий с внешними. Специфической особенностью личностной беспомощности является ее целостность как психического образования: все ее компоненты взаимно влияют и обуславливают друг друга [6; 25; 55; 56; 66; 136; 174].

Основным свойством выученной беспомощности является ее способность к генерализации – активное распространение на все аспекты жизни человека. Степень генерализации выученной беспомощности полностью зависит от характера прошлого опыта человека и его психологических установок. Говоря о старшем дошкольном возрасте в ситуации болезни, О. В. Волкова отмечает, что значительная степень ответственности за содержание жизненного опыта ребенка лежит на его непосредственном социальном окружении, состав которого обусловлен частотой рецидивов проявления соматических заболеваний [40, с. 30 – 31].

В настоящее время возникновение выученной беспомощности рассматривается с позиции трех источников:

- опыт переживания неблагоприятных, неконтролируемых событий;
- опыт наблюдения беспомощных людей;

– отсутствие самостоятельности в детстве, готовность родителей делать все вместо ребенка.

Состояние выученной беспомощности часто может скрываться за сходными состояниями (апатия, чувство усталости). Однако существуют основные варианты поведения людей в состоянии беспомощности [36]:

- псевдоактивность;
- отказ от деятельности;
- ступор;
- перебор стереотипных действий в попытке найти одно, адекватное ситуации;
- деструктивное поведение;
- смещение на псевдоцель.

Опираясь на данные варианты, психологи выделили факторы, препятствующие формированию беспомощности [7; 13; 36; 50; 174; 185; 198]:

- опыт активного преодоления трудностей и собственного поискового поведения;
- оптимизм;
- высокая самооценка;
- психологические установки относительно атрибуции своего успеха и неудач.

Таким образом, выученная беспомощность возникает как защитный механизм на стрессовые воздействия, провоцируемые различными соматическими и психологическими реакциями. Так как ребенок с задержкой психического развития постоянно находится под воздействием стрессовых факторов: повышенного внимания со стороны специалистов, дополнительного медикаментозного сопровождения – к нему предъявляются особые требования, которым ребенок не всегда может соответствовать. В качестве защитной реакции у такого ребенка может сформироваться состояние беспомощности, которое может рассматриваться как неспецифический фактор риска патопсихологических расстройств.

В данной работе мы будем использовать следующее определение состояния беспомощности, наблюдающееся у старших дошкольников: это временное, преходящее, нестабильное состояние, которое свойственно дошкольному возрасту, возникающее в качестве реакции на события. Данное состояние характеризуется наличием мотивационного, когнитивного, волевого и эмоционального дефицитов. Спектр эмпирических референтов проявляется в наличии слов-маркеров («не хочу», «не буду»), смещении на псевдоцель в деятельности, быстрой смене заинтересованности на отказ от деятельности, переносе неудачного опыта на новый вид деятельности. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста формируется постепенно под воздействием нарушений в системе воспитания, травмирующих событий, наблюдения подобной стратегии со стороны значимого взрослого, фактора социального реагирования.

Ключевым звеном в теории выученной беспомощности М. Селигмана является понятие атрибутивный стиль – характерный для человека способ объяснения причины возникновения различных событий [141; 142; 143]. Опираясь на параметры атрибутивной теории мотивации достижения Б. Вайнера, М. Селигман охарактеризовал атрибутивный стиль с позиции таких параметров, как:

- локуса (направленность причинного объяснения на себя (событие вызвано внутренними причинами) или на внешний мир, других людей);
- стабильности (временная характеристика – оценка причины, имеющий постоянный или временный характер);
- глобальности (пространственная характеристика – описывает универсальность или конкретность причинных объяснений, склонность к чрезмерному обобщению или конкретному рассмотрению отдельных взятых ситуаций) [141; 142; 143].

Однако, несмотря на то что М. Селигман в своей концепции атрибутивного стиля опирался на концепцию Б. Вайнера, в ней наблюдаются некоторые противоречия, которые отмечает Н. А. Батулин [5; 6; 7; 8; 9].

1. Б. Вайнер в своей теории опирается на проведенные эксперименты, где испытуемым предлагается выполнение реальной деятельности, связанной с достижением результатов. М. Селигман рассматривает любые действия человека, даже если они не связаны с личными целями достижения и не зависят от прилагаемых усилий по достижению результата.

2. Б. Вайнер рассматривает атрибуцию в конкретной ситуации с учетом всех ее особенностей. М. Селигман обращается в основном к жизненным ситуациям, рассматривая либо обобщающую атрибуцию ситуаций одного типа, либо уже сложившийся стиль атрибуции.

3. В параметры атрибутивного стиля по Вайнеру входят две составляющие: стабильность и локализация. Селигман учитывает три составляющие атрибутивного стиля: локус (персонализация), стабильность (устойчивость), глобальность (генерализация).

М. Селигман также выделял различные сочетания параметров атрибуции. Наиболее известные получили название «оптимистический атрибутивный стиль» и «пессимистический атрибутивный стиль». При выделении этих составляющих автор обращал внимание на асимметричность восприятия позитивных и негативных событий, которые характерны для людей в состоянии психологического благополучия [141; 142; 143].

Пессимистический атрибутивный стиль характеризуется наличием объяснения неблагоприятных событий личными, постоянными и глобальными характеристиками, а успех объясняется временными, относящимися к конкретной области и вызванный внешними причинами.

Оптимистический атрибутивный стиль неблагоприятные события трактовал как внешние, временные и конкретные причины, а успех был вызван постоянными, универсальными и внутренними причинами [6; 53; 172; 194].

Таким образом, опираясь на новые данные, М. Селигман переформулировал свою теорию и сделал предположение о том, что люди, у которых преобладает пессимистический атрибутивный стиль, сталкиваясь с негативными событиями в своей жизни, будут демонстрировать симптомы выученной беспомощности в

большей степени, чем люди с оптимистическим атрибутивным стилем [141; 142; 143].

Со временем исследование атрибутивного стиля было расширено и многие авторы (Abramson L. Y., Alloy L. B., 1989 г. и др.) отказались от использования параметров персонализации и интернальности (локус), предложенных Селигманом. Связано это было с тем, что внутренний локус при объяснении неудач может скрывать не только обвинение себя и самобичевание, но и принятие на себя личной ответственности за произошедшие события. Состояние депрессии и склонность к самообвинениям, а также обвинениям других в своих неудачах не может характеризовать психологически благополучных индивидов [183; 185]. Взамен этих параметров был предложен параметр контролируемости, так как именно ощущение неподконтрольности происходящего приводит к беспомощности и депрессии [53].

С появлением новых данных в психологической науке теория атрибуций наполнялась все большим смыслом. Каждый автор вкладывал что-то новое в понимание данной теории. Отличительные особенности теории атрибуций, выведенные на основе анализа литературы, представлены нами в таблице 2.

Таблица 2 – Особенности теории атрибуций

Ф.И.О. Автора	Понимание теории атрибутивного стиля
Seligman M.E.P.	Выявил, что стиль объяснения закладывается и формируется с детства при копировании стиля объяснения значимых взрослых. Сформировавшийся в детском возрасте оптимизм или пессимизм закладывается в основу будущей личности ребенка.
Alloy L.B., Abramson L.Y.	Объяснили объединенное влияние ситуативной информации и атрибутивного стиля. Разделили ситуации на те, которые дают сильные внешние стимулы относительно причин события, и те, которые не дают таковых. Классифицировали людей по силе убеждений относительно причинности. Конечная атрибуция зависит от силы атрибутивного стиля и ситуативных стимулов.
Kelly K.A., Seligman M.E.P.	Атрибутивный стиль служит основой создания каузальных заключений, только когда ситуативные стимулы недоступны. При сильной ситуативной информации люди делают рациональные атрибуции, основанные на фактах.

Окончание таблицы 2 – Особенности теории атрибуций

Mikulincer M.	При устойчивых причинах ситуативных стимулов возникают атрибуции устойчивости. В показателе устойчивости доминирующей является ситуативная информация по сравнению с атрибутивным стилем. Неконгруэнтность между атрибутивным стилем и ситуативными стимулами решается игнорированием атрибутивного стиля. Также отметил, что большей уязвимости к возникновению дефицитов, связанных с исполнением задачи, подвержены люди, которые привычно вовлекаются в отвлеченные размышления.
Kelly K.A.	При достаточной объективной ситуативной информации возникают атрибуции, основанные на фактах. При недостаточных ситуативных стимулах возникают атрибуции, основанные на индивидуальной обобщенной теории.
Peterson C., Seligman M.E.P.	Неадекватные информационные стимулы влияют на выбор определенного объяснения индивидуальной теории причинности.
Kanousse D. E., Nisbett R. E., Ross L.	При наличии двух версий объяснения причины события человек склонен выбирать более репрезентативную версию.
Abramson L. Y.	Связь между атрибуцией и исполнением опосредуется ожиданием контроля.
Marshand O., Mikulincer M.	Первыми сделали попытку включить теорию выученной беспомощности в теорию оправданий. Объясняют влияние атрибуций на дефициты выученной беспомощности угрозой положительной самооценке. В качестве концептуальной основы для понимания процессов выученной беспомощности они использовали теорию оправданий – атрибуция неудачи действует как стратегия самозащиты.
Nolen-Hoeksema S., Girgus J. S., Seligman M.E.P.	Отметили тенденцию к изменению атрибутивного стиля по мере взросления: с течением времени у детей оптимистический атрибутивный стиль относительно хороших событий становится пессимистическим. Однако изменение оптимистической атрибуции на пессимистическую не связано с повышением уровня депрессии.
Н. А. Батурин	Выделил три уровня оценочных явлений: процессуальный уровень, интегрально-устойчивый и личностный. Относит оптимизм и пессимизм к феноменам личностного уровня, который относится к высшему уровню системы оценочных явлений.

Несомненно, атрибуция является сложным феноменом, который зависит от воздействия различных факторов: состояния человека, культурного происхождения, природы атрибуций и других.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что состояние беспомощности с большей вероятностью возникает при наличии у человека пессимистического атрибутивного стиля поведения: плохие события рассматриваются с точки зрения внутренних, постоянных и глобальных причин, а хорошие относятся к внешним, непостоянным и частным причинам. Аtribuтивный стиль закладывается с

детства, формируясь под влиянием стиля поведения родителей, учителей и значимых для ребенка фигур.

1.3 Влияние материнского отношения на формирование беспомощности у детей старшего дошкольного возраста

Многие исследователи в рамках изучения выученной беспомощности указывают на важность родительского отношения и стилей семейного воспитания как основных предпосылок формирования данного состояния. В связи с ЗПР в поведении матери может наблюдаться неадекватное понимание явлений болезни и здоровья, а также стереотипизация и фиксация на определенном типе материнского отношения (фиксированные формы родительского поведения — Г. В. Залевский, 2007), что может привести к формированию беспомощности [69, 70].

Развитие ребенка в раннем возрасте во многом зависит от отношения матери к ребенку. Н. А. Кравцова в своих исследованиях показала влияние материнского отношения на этапе пренатального и постнатального развития ребенка. Неадекватный, тревожный стиль переживания беременности повышает риск возникновения у ребенка психосоматических расстройств через формирование у него (ребенка) тревожного эмоционального фона. Н. А. Кравцова доказала, что для женщин с неадекватным стилем переживания беременности характерно преобладание деструктивных и дефицитарных Я-функций личности. Поведение матерей с тревожным стилем восприятия беременности характеризуется пассивным отношением к жизни, нестабильным отношением к себе и обидчивостью [94, 95].

Современные психологи, описывая материнское отношение, употребляют различные термины и понятия, основывающиеся на теоретических позициях автора. Однако во всех определениях можно увидеть общую составляющую: с одной стороны – любовь к ребенку, радость, удовольствие от общения с ним, принятие ребенка, стремление его защитить и обезопасить; и с другой стороны –

требовательность и контроль. Обе эти характеристики обуславливаются определенными родительскими установками или родительской позицией [35; 60; 78].

В зависимости от особенностей материнского отношения одни пытаются сами вылечить ребенка, вторые – постоянно исправляют назначения врача, а третьи водят ребенка от одного специалиста к другому.

Н. В. Зверева с позиции клинической психологии обозначила основные проблемы жизни семьи в связи с болезнью ее членов [73; 74; 75]:

- «проблема принятия болезни родственника;
- необходимость принятия решений в отношении судьбы заболевших близких;
- стигматизация и самостигматизация;
- переживание чувства вины по поводу болезни родственников;
- материальные и организационные проблемы длительного лечения и ухода за больным(и) членом(ами) семьи;
- психологические проблемы выбора способа лечения (ухода), связанные со значительными затратами усилий и личного времени на их реализацию со стороны здоровых родственников;
- изменение состава семьи в связи с болезнью одного или нескольких ее членов;
- наличие нескольких больных, особенно принадлежащих к разным поколениям;
- влияние состояния больного на качество жизни других членов семьи» [74].

Задержка психического развития начинает отчетливо проявляться к четырем годам, однако предпосылки к возникновению данного нарушения можно увидеть еще в раннем возрасте – в частности, отражаясь в специфическом речевом развитии ребенка. Выявленные проблемы способствуют изменению психологического климата в семье и изменению стиля взаимоотношений: возникают проблемы в отношении с матерью, происходит вытеснение отца из

психологической семейной жизни, следовательно, нарушается нормальное формирование личности ребенка. Изменить материнское отношение или устранить его негативное влияние становится достаточно трудно. Стремление матери сделать своего ребенка идеальным и предотвратить болезнь зачастую формируют социальную тревожность (ощущение чуждости и несоответствия требованиям социума, боязнь негативной оценки окружающих) [140].

В своих исследованиях Д. А. Циринг [169; 171] в качестве основного средового фактора формирования личностной беспомощности определяет семью и нарушение взаимоотношений в семье. Дисгармоничные стили воспитания, по исследованиям ученого, формируют личностную беспомощность, выполняющую различные функции и обеспечивающую достижение более целостных отношений индивида со средой. Проведя эмпирическое исследование, Циринг доказала, что при доминирующей гиперпротекции личностная беспомощность у ребенка выполняет манипулятивную функцию, тогда как при повышенной моральной ответственности и жестокости родителей – адаптивную, в свою очередь, защитную функцию личностной беспомощности активизирует противоречивый стиль воспитания.

Рассмотрим особенности данных стилей воспитания и их взаимосвязь с функциями личностной беспомощности.

Стиль доминирующей гиперпротекции характеризуется постоянным стремлением родителей к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка. При данном стиле воспитания ребенок лишается возможности проявлять инициативу, автономность и активность, в связи с тем что родители ограничивают самостоятельность ребенка. Таким образом, постоянное поощрение несамостоятельности ребенка со стороны родителей является условием для формирования личностной беспомощности. Данный стиль поведения закрепляется и в дальнейшем: в ситуациях, где требуется самостоятельность, ребенок будет демонстрировать манипулятивную функцию личностной беспомощности для поддержания привычной жизнедеятельности субъекта [170; 171]. Данная функция будет реализована за счет привлечения

внимания окружающих и получения поддержки за счет изменения поведения. Ребенок в состоянии плаксивости, тревожности и замкнутости будет показывать окружающим изменение привычного поведения, что будет расцениваться как угроза их благополучию, следовательно, окружающие будут реагировать в выгодном для ребенка направлении. Данный вид манипуляции будет позволять ребенку достигать определенных целей для обеспечения привычной жизнедеятельности без лишнего напряжения и дискомфорта.

Стиль воспитания, где основой является повышенная моральная ответственность и жестокость родителей, вызывает адаптивную функцию беспомощности. В данной ситуации ребенок подвергается серьезным испытаниям, которые требуют максимального восстановления адаптации. По данным Е. И. Цымбал и Т. Я. Сафоновой [177], к последствиям жестокого обращения, вызванным действиями родителей, относятся нарушения эмоционального, психологического, социального и когнитивного функционирования ребенка. В процессе жизни у ребенка формируются защитные механизмы – навыки, помогающие справиться с происходящим. Личностная беспомощность в данном случае проявляется в качестве быстрого уменьшения напряжения при помощи убеждения личности в неспособности повлиять на ситуацию, отмечается снижение мотивации, уменьшаются попытки активного вмешательства в ситуацию для изменения положения [170]. Данные качества позволяют сформировать условную психологическую безопасность, приводя к устранению психологического дискомфорта, а не к решению ситуации.

Защитная функция личностной беспомощности формируется в процессе противоречивого стиля воспитания [170]. Невозможность отследить закономерности в действиях и последствиях за эти действия, а также разницу в последствиях за одинаковое действие, влечет за собой угрозу психической стабильности ребенка. Ребенок постоянно получает опыт неконтролируемости событий, что приводит к отсутствию попыток изменить реальность. Благодаря данному защитному механизму, в дальнейшем ребенок учится сохранять стабильность самооценки и психологический комфорт, а также целостность

личности и образа «Я». Таким образом, Д. А. Циринг показывает основные функции личностной беспомощности, сформированные в процессе дисгармоничного воспитания.

К периоду старшего дошкольного возраста формируется отношение к качественной стороне окружающей действительности и происходит выбор оптимального поведенческого паттерна поведения, также к этому возрасту у ребенка происходит определение стиля восприятия окружающего мира, то есть формируется пессимистический или оптимистический атрибутивный стиль [141; 142; 204; 205]. По мнению М. Селигмана, атрибутивный стиль ребенка взаимосвязан с восприятием моделей поведения родителей, а именно матери, так как они являются единственными значимыми фигурами, наблюдаемыми ребенком в течение всего детства [141; 142; 143].

Однако основатель теории отмечает, что данный стиль не только закрепляется в качестве модели поведения, но и укрепляется и изменяется в детском сознании благодаря воздействию таких методов, как критика со стороны родителей, педагогов и других взрослых. Зарожденные предпосылки выученной беспомощности, благодаря пессимистическому атрибутивному стилю, начинают укрепляться под воздействием стресса, неправильного воспитания, низкого уровня состояния собственного здоровья [141; 142; 204; 205]. Частый и систематический негативный опыт формируют пессимизм, который характеризуется генерализацией. Постоянство негативного опыта и закрепление форм семейного поведения создают симптомы беспомощности, которые начинают распространяться на все сферы деятельности ребенка, а потом влияют на успешность самореализации взрослого человека.

Проявлением состояния беспомощности являются и фиксированные формы поведения (в частности, формирование негативных тенденций в эмоционально-волевом развитии) [69; 70]. Предиспозиционным свойством, детерминирующим проявление фиксированных форм поведения является, по мнению Г. В. Залевского, психическая ригидность как привязанность к ставшему неадекватным способу действия и восприятия или как относительную

неспособность изменить действие или отношение при принципиальной возможности и объективной необходимости их изменения. У детей с признаками беспомощности наблюдается высокая ригидность: затрудненность/невозможность изменить программу деятельности в соответствии с требованиями ситуации [69, с. 267 - 280].

В момент постановки диагноза ребенку матери попадают в новую и незнакомую для них ситуацию, которая зачастую является неожиданной и травмирующей. Нормальный и обычный стиль материнского воспитания начинает изменяться и переходить в дисгармоничный. Остро поднимается вопрос семейной закрытости: матери начинают уходить от социальных контактов, закрываться в своей семье. Изменение стиля материнского отношения к ребенку после постановки диагноза выражается в фиксированности на дисгармоничном стиле.

Волкова О. В. определяет три этапа формирования выученной беспомощности у детей, заложенной семейным стилем воспитания [38].

На этапе раннего детства взрослый начинает оценивать действия ребенка извне: иницирует действие и оценивает его, часто эта оценка негативная, с недооценкой усилий, которые приложил ребенок к выполнению данного действия.

Следующий этап характеризуется убеждением ребенка в объективности внешнего отрицательного воздействия при попытках самостоятельно инициировать деятельность и получении результата, не соответствующего ожиданиям взрослого. В результате ребенок прекращает попытки добиться результата, который бы соответствовал идеальному.

На последнем этапе происходит формирование внутреннего ощущения выученной беспомощности: ребенок начинает ограничивать себя в реализации собственных действий, намерений, воли, мотивов, мыслей, эмоций.

В исследованиях Д. А. Циринг и Е. В. Забелиной [66; 172] выявлены существенные различия между стилями воспитания беспомощных детей и самостоятельных детей. Родители беспомощных детей в большей степени

проявляют неустойчивость в стиле воспитания, а матери беспомощных детей склонны к потворствованию, максимальному и некритичному удовлетворению любых потребностей ребенка. Матери склонны к проявлению гиперопеки, а также к чрезмерным требованиям и запретам, доминированию.

Данные ученые выявили тесную взаимосвязь между выученной беспомощностью и волевым развитием личности ребенка, проявляющуюся в безынициативности, нерешительности, низком уровне организованности, настойчивости, целеустремленности, а также тесную взаимосвязь выученной беспомощности с соматическим статусом ребенка [66; 172].

Важную роль в формировании негативных тенденций в эмоционально-волевом развитии личности ребенка с ЗПР играют стереотипизированные формы семейного поведения. Фиксация членов семьи на определенном неэффективном стиле воспитания и типе родительского отношения к ребенку, неадекватное понимание имеющейся специфики в развитии ребенка приводят к формированию выученной беспомощности [1; 6; 34; 69].

С дальнейшим развитием и ростом ребенка с ЗПР поведение матери не претерпевает существенных изменений: она не увеличивает дистанцию между собой и ребенком, не меняет восприятие ребенка, применяет привычные, нефлексибельные приемы и методы воспитания, продолжает инфантилизировать ребенка, ограничивает самостоятельность, понижает требования и продолжает принимать решения за ребенка. Таким поведением мать начинает снижать уровень мотивации к достижению положительного результата деятельности. Привыкнув к такому обращению, ребенок с ЗПР на этапе школьного обучения не справляется без матери с предлагаемыми ему трудностями и вновь уходит в состояние болезни [24; 60; 78; 152].

Опираясь на систему взаимозависимостей и динамики взаимодействия матери с ребенком, которые находятся в тесной связи с конкретной жизненной ситуацией, можно предположить, что отношение матери к детям претерпевает постоянное изменение под влиянием тех или иных доминирующих факторов.

1.4 Профилактика и коррекция беспомощности

В данной главе мы разберем основные подходы к профилактике и коррекции выученной беспомощности.

Автор теории выученной беспомощности М. Селигман [141; 142; 143] основывается на своем описании оптимизма и пессимизма в качестве атрибутивного стиля. В качестве средства к преодолению беспомощности он предлагает формировать оптимизм. Опираясь на когнитивную терапию, автор разрабатывает пошаговую когнитивно-поведенческую модель НМПОА с целью преодоления пессимизма и формирования оптимизма. Этапы работы включают коррекцию следующих черт:

- Н – неприятность;
- М – мнение;
- П – следствие;
- О – обсуждение;
- А – активизация.

Исходя из данной модели, Селигман предлагает научить человека сначала идентифицировать неприятность, вызывающую негативные переживания, а также связанные с ней собственные мнения и последствия, к которым приводят данные мнения. Следующий шаг предполагает обсуждение неприятности с самим собой направленное на замену собственных негативных мнений другими, более позитивными, которые максимально отвечают оптимистическому стилю объяснения. При удачной попытке побороть негативные мысли у человека возникает активизация, подкрепляющая его новые способы объяснения [143, с. 45 – 46].

В качестве профилактики выученной беспомощности в детском возрасте М. Селигман [141; 142; 143] делает акцент на формировании и развитии у ребенка положительных эмоций и черт характера. Также автор предлагает программу коррекции пессимизма и беспомощности и воспитания оптимизма и уверенности в детском возрасте. Программа состоит из нескольких блоков:

- преодоление депрессии;
- избавление от автоматического пессимизма;
- изменение стиля объяснения;
- развитие социальных навыков.

М. Селигман в своих работах делает акцент на том, что разработанные им программы коррекции и профилактики выученной беспомощности подходят для детей школьного возраста. Он также отмечает, что в настоящее время каких-либо исследований относительно коррекции выученной беспомощности у детей дошкольного возраста не проводилось [143, с. 295].

Еще одно направление коррекции выученной беспомощности в рамках когнитивно-поведенческого подхода предполагает тренинг личной самоэффективности (personal efficacy training) [155, с. 46]. В рамках данного подхода разрабатываются программы, направленные на развитие отдельных умений и навыков и формирование частных видов компетентности. Данные программы больше нацелены на изменение поведения в целом, а не на конкретную коррекцию выученной беспомощности и пессимистического атрибутивного стиля. Хотя формируя данные навыки, человек приобретает возможность пережить положительный опыт преодоления негативной ситуации. Изменяя общие формы поведения, которые тесно связаны с оптимизмом (тренинг преодоления трудностей, тренинг настойчивости и т.д.), терапевт дает возможность человеку приобрести навыки, которые проявляются в широком спектре различных повседневных ситуаций и определяют в целом эффективность поведения.

Следующее направление, в рамках которого развивались методы коррекции выученной беспомощности, подразумевает обучение соответствующему типу атрибуций. В рамках данного подхода работали такие авторы, как С. S. Dweck.

Проведя серию экспериментов, С. S. Dweck обнаружила [188; 189], что дети с признаками беспомощности склонны были объяснять свои успехи и неудачи наличием или отсутствием способностей, а не затраченными усилиями. С. S. Dweck составила две тренинговые программы по 25 занятий. На занятиях по

первой программе дети периодически терпели неудачи, но их заставляли почувствовать ответственность за свой провал, обосновывая его недостаточными усилиями. Дети второй группы всегда находились в ситуации успеха. В дальнейшем дети первой группы показали улучшение своих достижений в ситуации неудачи и в большей степени объясняли неудачи нехваткой усилий, в то время как дети второй группы никаких улучшений деятельности и достижения результатов не демонстрировали.

Данный вид терапии («атрибутивная терапия») нашел свое отражение и в работах других авторов: Д. Гилхам, К. Рейвич, Л. Джейкокс [5; 174]. Данные ученые в процессе коррекции выученной беспомощности опирались на развитие двух компонентов: когнитивный компонент и компонент, направленный на развитие навыков разрешения социальных проблем. В процессе формирования когнитивного компонента детей обучали идентифицировать негативные убеждения, оценивать эти убеждения и находить реалистичные альтернативы. Детей обучали выявлять пессимистические объяснения и изменять их на оптимистические, тем самым корректируя атрибутивный стиль объяснения. Второй компонент заключался в изучении проблем поведения и межличностных проблем. По результатам исследования, дети, прошедшие программу, были меньше подвержены возникновению беспомощности и депрессии. Данный вид терапии нашел свое отражение в профилактике и коррекции беспомощности в раннем подростковом возрасте, а изменение пессимистического атрибутивного стиля привело к сокращению признаков депрессии.

Российский автор Н. Н. Мельникова описывает изменение атрибутивного стиля в рамках групповой работы, основанной на коррекции трех блоков:

- повышение уровня компетентности;
- формирование положительного отношения к себе и к окружению;
- повышение уровня саморефлексии и регуляции собственных действий [115].

Таким образом, данная программа влияет на три основных уровня: эмоциональный, поведенческий, когнитивный.

Следующий подход связан с условиями воспитания. Опираясь на концепцию поисковой активности В. Ротенберга [137], можно выявить, что важнейшим фактором, предотвращающим развитие выученной беспомощности, является высокая самооценка, уважение к себе и опыт преодоления трудностей. Особую роль в приобретении данного опыта играют родители и учителя, а также вся система взаимоотношений с ними.

В. Г. Ромек обозначает принципы профилактики и коррекции выученной беспомощности в процессе воспитания [136, с. 282 – 286]. Он считает, что беспомощность формируется у людей под влиянием неконтролируемости и непредсказуемости событий внешнего мира. Помешать обучиться контролю над внешним миром ребенку могут следующие обстоятельства:

- полное отсутствие последствий (депривация): обедненная последствиями и общением среда влечет невозможность сопоставить разному поведению разные реакции окружения;

- однообразие последствий: беспомощность формируется, когда разное поведение ребенка/взрослого приводит к одинаковым последствиям, т.е. отсутствует система в реакции окружающего мира на действия;

- отсутствие видимой связи между действиями и их последствиями (асинхронность): невозможность связать реакции окружения с теми или иными собственными действиями, поскольку между совершенным действием и последствием проходит достаточно много времени.

Автор предлагает строить профилактику выученной беспомощности с учетом следующих принципов:

- последствия должны быть;
- последствия должны быть разнообразными;
- промежуток времени между поведением и последствиями должен быть минимальным;
- случайные реакции лучше постоянных.

Опираясь на данные принципы, В. Г. Ромек предлагает осуществлять диагностику выученной беспомощности путем проверки причин, приводящих к беспомощности; а коррекцию – путем устранения данных причин.

Следующий подход опирается на идеи Х. Хекхаузена [165]. Данный подход предполагает коррекцию трех детерминант в поведении:

- процессы формирования уровня притязаний на основе личного стандарта;
- каузальная атрибуция успеха и неудачи;
- самооценка.

Опираясь на данные идеи, Н. А. Батурин и И. В. Выбойщик [5] описывают специфику педагогического воздействия:

- индивидуальное дозирование уровня трудности промежуточных задач, который соответствует или немного превышает уровень возможностей человека на данный момент;

- самостоятельность в выборе трудности задачи, которая повышает уровень личной ответственности человека за ее решение и создает ощущение причастности к достигнутому результату;

- ориентация атрибуции педагога (как в случае успешных результатов, так и в случае неудачи) на изменчивые внутренние факторы (в основном на величину приложенных усилий), т.е. на свойства, поддающиеся коррекции и зависящие от ученика» [5, с. 116 – 127].

Пятый подход связан с теорией мотивации достижения McClelland D. C. [199], в рамках которой преобладание в 2–3 раза мотива стремления успеха над мотивом избегания неудачи является наиболее благоприятным. Следовательно, для коррекции выученной беспомощности необходимо изменить соотношение мотивов стремления к успеху и избегание неудачи на благоприятное. McClelland разработал курсы мотивационного тренинга, в основе которого лежал анализ содержания рассказов по ТАТ с выделением ключевых категорий мотивации достижения, а также разбирались конкретные случаи поведения, направленного на достижение, происходила отработка реалистичного целеполагания в игровой форме, анализировался собственный образ жизни и его совмещение с

деятельностью достижения. В современном варианте данных тренингов учитывается теория атрибуций и представления об индивидуальных относительных нормах.

Подход к коррекции беспомощности, основанный на психотерапевтических теориях гуманистического направления и базирующийся на идеях Д. Робертса, К. Роджерса, А. Маслоу [5; 174], делает акцент на необходимости преодоления позиции «жертвы» и восстановления автономии, формировании адекватной оценки себя и окружающего мира, повышении уверенности, развитии творческого подхода к разрешению проблем, изменении неадекватных стереотипов поведения, формировании способности самостоятельно решать жизненные задачи. Путем включения в систему ценностей общего позитивного отношения к себе и к окружающему миру происходит переосмысление этой системы и, как следствие, корректируется состояние беспомощности.

Д. А. Циринг [173; 174], выделяя личностную беспомощность, характеризующуюся мотивационным, эмоциональным, когнитивным и волевым компонентами, и рассматривая особенности данных компонентов на разных возрастных этапах, предлагает строить коррекционную работу, опираясь на ведущий компонент и проводя «атрибутивную терапию» с учетом коррекции всех дефицитов.

Таким образом, коррекция и профилактика выученной беспомощности основывается на следующих подходах:

- когнитивно-поведенческой терапии;
- обучении соответствующему типу атрибуций;
- коррекции и профилактике выученной беспомощности в процессе воспитания;
- идее Х. Хекхаузена;
- теории мотивации достижений;
- психотерапевтических теориях гуманистического направления;
- интегрированном подходе Д.А. Циринг.

Универсальной не является ни одна из предложенных программ, однако комплексное использование методов может быть весьма эффективным в коррекции и профилактике беспомощности. На наш взгляд, наиболее эффективная коррекция беспомощности будет в сочетании когнитивно-поведенческой терапии, «атрибутивной теории» с изменением стилей воспитания и фиксированных форм поведения. При выборе любой формы коррекции необходимо учитывать возрастные и структурные особенности беспомощности. Отсутствие программ коррекции состояния беспомощности в дошкольном возрасте дает возможность дальнейшего развития нашего исследования.

Выводы по первой главе

1. Задержка психического развития — это вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся состояния легкой интеллектуальной недостаточности, характеризующейся замедлением темпов психического развития, личностной и эмоциональной незрелостью, нарушениями познавательной деятельности, обусловленными неблагоприятными условиями семейного воспитания, соматическими заболеваниями, энцефалопатиями, различными формами инфантилизма, отставанием в развитии отдельных компонентов психической деятельности, дефектами анализаторов; имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе.

Клинико-психологическая картина ЗПР в дошкольном возрасте включает в себя следующие проявления:

- неравномерное и замедленное развитие психических функций;
- неравномерное формирование психических процессов;
- дефициты в эмоционально-личностной сфере, нарушения общих характеристик деятельности и работоспособности; интеллектуальная сфера характеризуется нарушением логических форм мышления при относительно высоком уровне формирования наглядного мышления;
- неблагоприятный перинатальный период, патология родов;

– синдром церебральной астении: повышенная утомляемость; нарастание психической медлительности или импульсивности; недостаточная концентрация внимания; расстройства настроения; сонливость; вялость; гиперактивность;

– неврозоподобный синдром (тики, энурез) и психопатоподобный синдром (расторможенность влечений, лживость, агрессивность).

2. Состояние беспомощности – это временное, преходящее, нестабильное состояние, которое свойственно дошкольному возрасту, возникающее в качестве реакции на события. Данное состояние характеризуется наличием мотивационного, когнитивного, волевого и эмоционального дефицитов. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста формируется постепенно под воздействием нарушений в системе воспитания, травмирующих событий, наблюдения подобной стратегии со стороны значимого взрослого, фактора социального реагирования, фиксированных форм поведения родителей.

3. Состояние беспомощности с большей вероятностью возникает при наличии у человека пессимистического атрибутивного стиля поведения: плохие события рассматриваются с точки зрения внутренних, постоянных и глобальных причин, а хорошие относятся к внешним, непостоянным и частным причинам. Атрибутивный стиль закладывается с детства, формируется под влиянием стиля взаимоотношения с ребенком родителей, учителей и значимых для ребенка фигур. Атрибутивный стиль ребенка взаимосвязан с восприятием моделей поведения матери, так как она является единственной значимой фигурой, наблюдаемой ребенком в течение всего детства.

ГЛАВА 2 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ, МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Описание экспериментальной выборки и методов исследования

Целью нашего исследования является выявление особенностей состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, а также поиск оптимальных путей коррекции данного феномена.

Результаты теоретического анализа проблемы определили задачи нашего исследования:

1. Уточнить методы диагностики состояния беспомощности детей, апробировать методику диагностики моделей поведения ребенка при помощи карт наблюдений и создания проблемных ситуаций.

2. Исследовать особенности беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР.

3. Исследовать взаимосвязь форм семейного воспитания, материнского отношения и формирования беспомощности.

4. Разработать и апробировать программу коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР с опорой на биопсихосоциальноэтическую модель развития человека.

Общей теоретико-методологической основой исследования послужили положения Л. С. Выготского (1983) о социальной ситуации развития и зонах ближайшего развития, биопсихосоциальноэтическая модель развития человека Г. В. Залевского (2006, 2007), концепция выученной беспомощности М. Селигмана (1967). Конкретная методологическая основа исследования представлена теоретическими представлениями о фиксированных формах семейного (родительского) поведения Г. В. Залевского (2007) и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку.

1. Положения Л. С. Выготского (1983, 1985) о социальной ситуации развития и зоне ближайшего развития как важнейших условиях становления

личности ребенка. Важнейшим источником психического развития ребенка является социальная среда. Социальная ситуация развития позволяет конкретизировать механизмы отношений и взаимодействия с социокультурной средой. Зона ближайшего развития определяется как расхождение между уровнем актуального развития, который достигается ребенком в самостоятельной деятельности, и уровнем потенциального развития, который достигается в сотрудничестве с взрослым. Новый социокультурный опыт и развитие новых психических способностей присваиваются ребенку в форме сотрудничества с взрослым в процессе обучения [44; 45; 46].

2. Биопсихосоциоэтическая модель как интегрированный подход к изучению природы человека, его развития и здоровья, включающий идеи системной детерминации и его структурно-уровневой организации (М. С. Роговин, 1977; М. С. Роговин, Г. В. Залевский, 1988; В. Е. Ключко, Э. В. Галажинский, 2000; Э. В. Галажинский, 2002; Г. В. Залевский, 2009 – 2010; Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, 2012). В рамках данной модели любой феномен рассматривается как системный феномен с системной (причинной и непричинной) детерминацией; системной структурно-уровневой организацией (психический – функциональный, психологический – душевный, психологический – духовный) в их интимном и специфическом отношении с физическим (соматическим) [48; 67; 135].

3. Теоретические представления о фиксированных формах родительского поведения и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку (В. В. Столин, 1981; А. Я. Варга, 1985; Е. О. Смирнова, 2001, Г. В. Залевский, 2007). У детей с признаками беспомощности наблюдается высокая ригидность. Фиксированные формы материнского поведения играют негативную роль в развитии ребенка [24; 69; 152].

4. Теория выученной беспомощности М. Селигмана (М. Селигман, Л. Абрамсон, Дж. Гилхам, 1991; К. Двек, 1999; Л. Джейкокс, М. Микуленсер, К. Петерсон, К. Рейвич, 2000; Н. А. Батулин, 2000; Д. А. Циринг, 2005) –

состояние, возникающее в результате длительного по времени, неоднократно повторяющего воздействия, избегание которого является невозможным. Характеризуется наличием четырехкомпонентной структуры (мотивационный, эмоциональный, когнитивный, волевой дефицит); возникает под влиянием различных факторов, в частности в детском возрасте ведущим фактором является атрибутивный стиль значимого взрослого [6; 173; 182; 188; 202; 203; 204; 205].

Данные методологические подходы позволяют достаточно глубоко проанализировать и исследовать компоненты формирования состояния беспомощности у детей, их взаимосвязь с типом материнского отношения, объяснить причины формирования состояния беспомощности в дошкольном возрасте, полноценно рассмотреть биопсихосоционезическую модель развития человека как основу коррекции и превенции состояния беспомощности.

Изучение особенностей состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста предполагает многоуровневую систему психологических требований к профессионалу. Основу исследования должен составлять системный подход. На методическом уровне это предполагает использование широкого спектра психологических диагностических процедур при выявлении особенностей состояния беспомощности у старших дошкольников в целом и взаимосвязи фиксированных форм семейного поведения и типа материнского отношения на формирование беспомощности в частности.

Так как особую роль в диагностике феномена беспомощности играет построение психологического исследования, которое должно учитывать все многообразие проблемы беспомощности и факторов, влияющих на ее формирование, необходимо выбрать адекватный инструментарий, который позволит осуществить поуровневый анализ основных субъективных составляющих данного феномена.

Диссертационное исследование проводилось поэтапно в течение 2013 – 2017 годов.

На первом, *поисково-теоретическом*, этапе (2013 – 2015 гг.) – определялись цели, задачи, осуществлялась теоретическая разработка проблемы на основе

изучения работ психологов, биологов, социологов, определялась концепция исследования. На данном этапе было проведено пилотажное исследование, результаты которого позволили сформулировать концепцию дальнейшего исследования и определить методологическую базу.

На втором, *эмпирическом*, этапе (2015 г.) разрабатывалась программа и определялась база эмпирического исследования, была проведена психологическая диагностика.

На третьем, *описательно-аналитическом*, этапе (2015 – 2016 гг.) полученные данные анализировались и обобщались с помощью качественного, количественного, корреляционного и сравнительного анализа. На основании результатов исследования были выявлены особенности состояния беспомощности у старших дошкольников, особенности типа и стиля семейного отношения к ребенку, описана взаимосвязь материнского отношения и состояния беспомощности. Выявленные особенности стали основными мишенями в дальнейшей работе и легли в основу коррекционной программы.

На четвертом, *итоговом*, этапе (2016 – 2017 гг.) был проведен формирующий эксперимент по коррекции состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР. По итогам эксперимента осуществлялся контрольный срез диагностируемых показателей с целью определения эффективности программы и проверки выявленных закономерностей.

В эмпирическом исследовании приняли участие 140 семей: 90 детей с ЗПР и их матери, а также 50 детей относительной нормы и их матери. Экспериментальная группа (ЭГзпр), сходная по возрастным характеристикам с контрольной группой (КГзпр), была представлена 45 детьми с ЗПР и их родителями. В выборке детей относительной нормы участвовало 43 мальчика и 7 девочек, средний возраст воспитанников составлял 6,4 года. В выборке детей с задержкой психического развития участвовало 76 мальчиков и 14 девочек, средний возраст – 6,6 лет. Вывод о наличии/отсутствии задержки психического развития был сделан на основе анализа медицинских карт, заключения невролога. Все дети посещали дошкольные образовательные учреждения, работающие по

типовой программе дошкольного воспитания и образования под редакцией М. А. Васильевой. Клиническая оценка состояния здоровья детей, а также верификация диагноза осуществлялась врачами-невропатологами (таблице 3).

Таблица 3 – Характеристика диагностических групп (дети)

№ п/п	Критерии		Группа детей с ЗПР (N=90)	Группа детей относительной нормы (N=50)
1	Заключение невролога	ММД, ММД+СДВГ	10	
		ЗПР	68	-
		ЗППР	12	-
2	Пол	Девочки	14	7
		Мальчики	76	43
3	Возраст	5 – 6 лет	28	13
		6 – 7 лет	62	37

Матери детей относительной нормы имели преимущественно благоприятный социальный статус: средний возраст – 30,3 года; высшее образование у 38%, среднее специальное у 54%; 74% респондентов замужем; работает 82% матерей. В группе матерей детей с ЗПР средний возраст соответствовал 30,9 годам; среднее специальное образование было у 55,5%, без образования – 28,8%; 80% матерей данной группы в разводе; неблагополучные семьи составили 24,4%, малообеспеченные респонденты данной группы составили 51,1% (таблица 4).

Таблица 4 – Характеристика диагностических групп (матери)

№ п/п	Критерии		Группа матерей детей с ЗПР (N=90)	Группа матерей детей относительной нормы (N=50)
1	Возраст	20-25	2	-
		26-30	39	23
		31-35	43	26
		36 - 40	6	1
2	Образование	высшее	12	19
		незаконченное высшее	2	4

Окончание таблицы 4 – Характеристика диагностических групп (матери)

		среднее специальное	50	27
		без образования	26	-
3	Семейное положение	Замужем	12	37
		В разводе	72	13
		Не замужем	6	-
4	Форма занятости	Работает	70	41
		Не работает	20	8
		Учащийся	-	1
5	Тип семьи	Неблагополучная	22	-
		Благополучная	68	50
		Полная	12	37
		Не полная	78	13
		Многодетная	39	7
		Малообеспеченная	46	8
		Обеспеченная	39	37
		В достатке	5	5

Эмпирическая работа проводилась на базе дошкольных образовательных учреждений общеразвивающего типа МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ д/с № 86 г. Калининграда, работающих по типовой программе дошкольного воспитания и образования под ред. М. А. Васильевой.

Результаты исследования внедрялись в психологическую практику дошкольных образовательных учреждений г. Калининграда.

Состояние сложно диагностировать напрямую, поэтому мы использовали ряд показателей, характеризующих проявление беспомощности с различных сторон: эмоциональной, когнитивной, мотивационной и волевой сферы. Также использовались диагностики для изучения детско-родительских отношений, выявления типа материнского отношения. Особое внимание уделено изучению атрибутивного стиля и наличию признаков беспомощности у матери. Для достижения данной цели и реализации поставленных задач нами были использованы следующие методики: рассмотрены модели поведения ребенка в различных ситуациях при помощи карт наблюдения и создания проблемных ситуаций (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева); выявлен тип материнского отношения с помощью опросника А. Я. Варга и В. В. Столина, проведен анализ

атрибутивного стиля взрослых с помощью методики стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, В. Ю. Шевяхова), проведен ретролонгитюдный метод исследования (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева). Подобранный набор методик позволяет качественно и количественно оценить наличие симптомов беспомощности у детей.

Этологический подход в изучении поведения ребенка (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева).

Методика «Этологический подход: изучение модели поведения ребенка» включает в себя заполнение карты наблюдения за поведением ребенка в стандартных условиях и при решении им проблемных ситуаций. Данный метод предполагает выявление основных форм и моделей поведения ребенка в различных, но естественных для ребенка условиях: в хорошо знакомых и известных ребенку. Анализ поведения ребенка позволяет качественно и количественно оценить особенности мотивационной, когнитивной, эмоциональной и волевой сфер.

Шкалы методики.

Карта наблюдений.

Наблюдение проводится с акцентом на компоненты, включающие в себя следующие критерии:

Эмоциональный компонент:

- выраженный контроль эмоций;
- эмоциональная устойчивость;
- спокойствие, отсутствие фрустрированности;
- открытость, легкость.

Волевой компонент:

- инициативность, решительность, смелость;
- организованность, настойчивость;
- выдержка, целеустремленность;
- ответственность.

Когнитивный компонент:

- оптимистический атрибутивный стиль;
- отсутствие слов-маркеров в речи ребенка («не могу», «не хочу», «все бесполезно» и т.д.);
- сформированное дивергентное мышление;
- познавательная активность.

Мотивационный компонент:

- преобладание стремления к принятию (принятие заданий, готовность их выполнять);
- стремление к общественно значимой и оцениваемой деятельности;
- преобладание мотивов достижений над мотивацией избегания неудач.

Деятельность ребенка и показатели оцениваются в нескольких ситуациях при изучении нового материала и закреплении старого материала: игровая деятельность, учебная деятельность, режимные моменты (прогулка, прием пищи), свободная деятельность ребенка.

Количественная оценка заданий производится следующим образом:

За ответ «никогда» присваивается 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «всегда» – 2 балла.

По результатам наблюдения выделяются три группы детей:

- 0 – 81 балл (0–45%) – с наличием признаков беспомощности;
- 82 – 144 балла (46–80%) – с показателями средней величины;
- 145 – 180 баллов (81–100%) – с отсутствием признаков беспомощности.

Проблемная ситуация.

Состояние беспомощности часто появляется в тот момент, когда ребенок находится в состоянии неопределенности и новизны. В этом случае у ребенка появляется выбор – либо генерировать, получить новый опыт и решить возникшую проблему, либо уйти в состояние беспомощности. Для того чтобы посмотреть, как ребенок будет реагировать в той или иной ситуации, мы предлагаем ему для решения несколько блоков игр.

Первый блок состоит из решения 5 проблемных задач во время игровой деятельности. Первая игра направлена на удачное решение проблемы,

следующие три игры не имеют решения и обречены на неудачу, последняя игра направлена на удачное решение проблемы.

Второй блок игр состоит из решения двух проблемных задач в новых, незнакомых для ребенка условиях. Обе задачи имеют решение.

Количественная оценка заданий производится следующим образом:

0 баллов ставится в тех случаях, когда ребенок не сотрудничает с взрослым, ведет себя неадекватно по отношению к заданию и не понимает его цели.

1 балл – ребенок принимает задание, начинает сотрудничать с взрослым, стремится достичь цели, но самостоятельно выполнить задание не может; в процессе диагностического обучения действует адекватно, но после обучения не переходит к самостоятельному выполнению заданий.

2 балла – ребенок сотрудничает с взрослым, принимает задание, понимает его цель, но самостоятельно задание не выполняет; в процессе диагностического обучения действует адекватно, а затем переходит к самостоятельному способу выполнения задания. Наблюдаются отдельные элементы беспомощности.

3 балла – ребенок сразу начинает сотрудничать с взрослым, принимает и понимает задание, самостоятельно находит способ его выполнения. Признаки беспомощности отсутствуют.

По результатам выделяются три группы детей:

- 0–7 баллов (0–33%) – с наличием симптомов беспомощности;
- 8–14 баллов (34–66%) – с показателями промежуточной величины;
- 14–21 балл (67–100%) – с отсутствием симптомов беспомощности.

Протоколы обследования.

Результаты диагностического обследования заносятся в таблицы и рассчитываются все показатели этапа заполнения карт наблюдений и этапа решения проблемных ситуаций.

Протокол «Карты наблюдений» представлен в Таблице 5.

Таблица 5 – Протокол обследования "Карта наблюдений"

Показатели	Всегда	Иногда	Никогда
Игровая деятельность: знакомая ребенку игра			
Открытость, легкость			
Контроль эмоций			
Эмоциональная устойчивость			
Спокойствие, отсутствие фрустрированности			
Мотивация достижений			
Стремление к деятельности			
Стремление к принятию			
Оптимистический стиль			
Отсутствие слов - маркеров			
Дивергентное мышление			
Познавательная активность			
Инициативность			
Организованность			
Выдержка			
Ответственность			
Игровая деятельность: новая игра			
Открытость, легкость			
Контроль эмоций			
Эмоциональная устойчивость			
Спокойствие, отсутствие фрустрированности			
Мотивация достижений			
Стремление к деятельности			
Стремление к принятию			
Оптимистический стиль			
Отсутствие слов - маркеров			
Дивергентное мышление			
Познавательная активность			
Инициативность			
Организованность			
Выдержка			
Ответственность			
Учебная деятельность: знакомый материал			
Открытость, легкость			
Контроль эмоций			
Эмоциональная устойчивость			
Спокойствие, отсутствие фрустрированности			
Мотивация достижений			
Стремление к деятельности			
Стремление к принятию			
Оптимистический стиль			
Отсутствие слов - маркеров			
Дивергентное мышление			
Познавательная активность			

Продолжение таблицы 5 – Протокол обследования "Карта наблюдений"

Инициативность			
Организованность			
Выдержка			
Ответственность			
Учебная деятельность: новый материал			
Открытость, легкость			
Контроль эмоций			
Эмоциональная устойчивость			
Спокойствие, отсутствие фрустрированности			
Мотивация достижений			
Стремление к деятельности			
Стремление к принятию			
Оптимистический стиль			
Отсутствие слов - маркеров			
Дивергентное мышление			
Познавательная активность			
Инициативность			
Организованность			
Выдержка			
Ответственность			
Режимные моменты			
Открытость, легкость			
Контроль эмоций			
Эмоциональная устойчивость			
Спокойствие, отсутствие фрустрированности			
Мотивация достижений			
Стремление к деятельности			
Стремление к принятию			
Оптимистический стиль			
Отсутствие слов - маркеров			
Дивергентное мышление			
Познавательная активность			
Инициативность			
Организованность			
Выдержка			
Ответственность			
Свободная деятельность ребенка			
Открытость, легкость			
Контроль эмоций			
Эмоциональная устойчивость			
Спокойствие, отсутствие фрустрированности			
Мотивация достижений			
Стремление к деятельности			
Стремление к принятию			
Оптимистический стиль			

Окончание таблицы 5 – Протокол обследования "Карта наблюдений"

Отсутствие слов - маркеров			
Дивергентное мышление			
Познавательная активность			
Инициативность			
Организованность			
Выдержка			
Ответственность			

Проблемная ситуация.

Данная часть предлагаемой методики состоит из решения проблемной задачи, поставленной перед ребенком. Проблемные задачи представляют собой модифицированные игры, предложенные Е. А. Стребелевой [153]. Первый блок включает в себя следующие игры.

Игра 1. Построй мишке домик.

Оборудование: грузовая машина, мишка, строительный набор, гаечный ключ (пластмассовый).

Ход занятия. Педагог показывает ребенку мишку и предлагает построить ему домик. Строительный набор находится на другой стороне комнаты, поэтому его надо перевезти на грузовой машине. (Условие: одно колесо в машине не укреплено). Машину начинают везти, колесо отскакивает, и машина наклоняется на бок, не едет. Ребенок должен обнаружить, что колесо отскочило, а затем укрепить колесо гаечным ключом.

В случае затруднения педагог помогает ребенку найти причину, почему наклонилась машина, и устранить поломку. Он обращает внимание ребенка на то, что укреплять гайки надо гаечным ключом. Затем игра разворачивается: ребенок перевозит кирпичики для постройки домика для мишки [153].

Игра 2. Полей цветы.

Оборудование: цветок, лейка с проделанным в ней отверстием, затычки для лейки, не подходящие по размеру.

Ход игры: На столе стоит комнатное растение. В дальнем углу комнаты стоит ведро с водой. (Условие: в стороне, на другом столе, стоит лейка, на дне которой имеется отверстие). Педагог просит ребенка полить цветок. Ребенок

набирает воду в лейку, а вода выливается через отверстие. Ребенок должен обнаружить причину выливания воды и найти вспомогательное средство – затычку, догадаться закрыть ею отверстие, полить цветок [153]. Все предметы для устранения отверстия в лейке не должны подходить по размеру. Ситуация направлена на неудачу. Отслеживаются реакции ребенка при решении данной проблемы, его реагирование на неудачу.

Игра 3. Угости куклу чаем.

Оборудование: кукла; кукольный деревянный стол; кукольная посуда.

Ход занятия. Педагог предлагает ребенку угостить куклу чаем. Кукла сидит на стульчике за столом. У стола – три ножки, а четвертая ножка сломана. Посуда находится на другом столе. (Условия: когда на стол, за которым сидит кукла, ставят посуду, стол падает). Педагог предлагает ребенку напоить куклу чаем. Он уточняет, что для этого надо на стол поставить посуду. Ребенок берет по одному предмету и ставит на стол. Стол падает. Педагог вместе с ребенком освобождает стол, ставит его в нужное положение и предлагает ребенку заново поставить посуду [153]. Стол опять падает. Любые попытки ребенка решить ситуацию обречены на неудачу. Отслеживаются реакции ребенка при решении данной проблемы, его реагирование на неудачу.

Игра 4. Достань камешки.

Оборудование: банка с водой, камешки, разные палочки: с крючком, сачком, колечком, вилкой.

Ход занятия. В банке с водой лежат камешки. Недалеко от банки разложены на столе палочки – с крючком, сачком, колечком, вилкой. Ребенка просят достать камешки из банки и переложить в аквариум, не замочив при этом руки. Если ребенок пытается опустить руки в банку, но не достает до камешков, педагог предлагает ему подумать, чем можно достать камешки. Ребенку дается возможность перепробовать все лежащие на столе предметы-орудия. При этом педагог обязательно фиксирует результат действия с каждым предметом-орудием: «Видишь, этой палочкой с крючком камешек достать нельзя» [153]. Условие: ни одна палочка не подходит для того, чтобы достать камешки. Ситуация направлена

на неудачу. Отслеживаются реакции ребенка при решении данной проблемы, его реагирование на неудачу.

Игра 5. Звени, колокольчик.

Оборудование: дощечка с укрепленными на ней колокольчиком с веревочкой, привязанной к язычку, и двумя «ложными» веревочками.

Ход занятия. На видном и легко доступном месте подвешивается дощечка с колокольчиком. Она висит так, что ребенок не может достать рукой веревочку и позвонить в колокольчик. Две «ложные» веревочки, более длинные, чем привязанная, прикреплены к дощечке по обе стороны колокольчика. Чтобы позвонить в колокольчик, ребенок должен потянуть за ту веревочку, которая прикреплена к язычку. Вначале ребенку дается только общая инструкция: «Позвони в колокольчик!» Если он начинает подпрыгивать, стремясь схватиться за язычок колокольчика, педагог говорит: «Подумай, что тебе может помочь позвонить в колокольчик». Ребенок чаще всего начинает тянуть за наиболее длинную веревочку. Но колокольчик при этом не звенит. Предоставив ребенку возможность самостоятельно несколько раз дернуть за «ложную» веревочку, педагог говорит: «Ты слышишь, что колокольчик не звенит, попробуй дернуть за другую веревочку!» – и дает возможность ребенку пробовать тянуть за все веревочки [153].

Второй блок игр состоит из решения двух проблемных задач в новых, незнакомых для ребенка условиях. Обе задачи имеют решение.

Игра 1. Закрой ящик.

Оборудование: игрушка – зайка, ящичек.

Ход занятия. Педагог дает ребенку маленькую игрушку – зайку и предлагает ему придумать загадку и загадать ее своему сверстнику, который скоро должен войти в учебную комнату. Чтобы сверстник не увидел зайку, его надо спрятать в ящик. Незаметно для ребенка педагог заранее вставляет в пазы, в которые задвигается крышка ящичка, палочку, мешающую закрыть его. Ребенок, пытаясь закрыть ящик, сталкивается с тем, что крышка не задвигается. Он должен осознать, что ему что-то мешает, и найти причину помехи, а затем устранить

ее [153].

Игра 2. Угадай, что в трубке лежит.

Оборудование: прозрачная трубка с отверстиями на обоих концах; сверток, в котором маленькая машинка; короткая и длинная палочки.

Ход занятия. Педагог показывает ребенку прозрачную трубку, обращая внимание на то, что в середине трубки что-то лежит. Заинтересовав ребенка, педагог предлагает достать сверток и посмотреть, что там лежит. Ребенок должен найти подходящий предмет-орудие для выталкивания свертка из трубки. В случае затруднения педагог показывает ему, как методом проб можно выполнить задание. Берет вначале короткую палочку и пытается вытолкнуть ею сверток. При этом он говорит: «Видишь, палочка до свертка не достает». Затем берет длинную палочку и выталкивает сверток, восклицая: «Достали!» При этом обращает внимание детей на свойства предмета-орудия: «Если одной палочкой не достать, надо искать другую, пробовать другой палочкой». После этого педагог дает ребенку поиграть с машинкой [153].

Бальные результаты проблемных ситуаций заносятся в протокол обследования (таблица 6).

Таблица 6 – Протокол обследования «Проблемная ситуация»

Игры	Баллы
Первый блок игр	
Игра 1	
Игра 2	
Игра 3	
Игра 4	
Игра 5	
Второй блок игр	
Игра 1	
Игра 2	

Организация и условия проведения диагностического обследования.

Исследование имеет формат детального, так как прицельно изучаются каждый из компонентов феномена беспомощности. Кроме того, отличительной особенностью является индивидуальный подход в работе с каждым участником исследования, в связи со специфическими особенностями диагностических

методик, возможных для применения к данной возрастной категории детей. Диагностическая работа с детьми проводится в соответствии с этическими стандартами Комитета по экспериментам на человеке; требованиями Хельсинской декларации 1975 года и ее пересмотренного варианта 1996 года; требованиями Постановления Межпарламентской Ассамблеи государств — участников Содружества Независимых Государств от 18 ноября 2005 г. № 26 – 10 «О модельном законе «О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах — участниках СНГ».

Диагностическая работа строится с учетом следующих принципов:

- принцип комплексного подхода – используется не только метод психологического эксперимента, но и другие методы: изучение истории развития ребенка, наблюдение за его поведением и игрой;
- принцип целостного, системного изучения ребенка;
- принцип конфиденциальности;
- принцип динамического изучения;
- принцип качественного анализа данных;
- принцип единства диагностики и коррекции отклонений в развитии.

Диагностика имеет ряд *организационных особенностей*:

- психодиагностическая работа проводится в рамках следующих основных диагностических подходов: «объективного» и «субъективного»;
- перед началом диагностического обследования проводится групповая работа с родителями и педагогами, направленная на повышение мотивации и заинтересованности в обследовании, – беседа, объясняющая цели и задачи данной диагностики, необходимость получения достоверных результатов для разработки рекомендаций, раскрывается специфика состояния беспомощности в дошкольном возрасте, влияние данного состояния на развитие ребенка, объясняется необходимость и важность коррекции и превенции данного состояния;
- обсуждение результатов исследования происходит индивидуально с каждым родителем;

– так как в исследование принимают участие дети дошкольного возраста, необходимо учитывать этические принципы: работа проводится с письменного согласия родителей, применяется принцип конфиденциальности информации, принцип ненанесения вреда и ущерба.

Результаты наблюдений фиксируются в отдельных протоколах. «Карты наблюдений» заполняются воспитателями (разделы: режимные моменты, свободная деятельность ребенка) и психологами (разделы: игровая деятельность: знакомая игра; игровая деятельность: новая игра; учебная деятельность: знакомый материал; учебная деятельность: новый материал), непосредственно работающими с обследуемыми детьми. Блок «Проблемная задача» проводится психологом. Психолог организует свое рабочее место для проведения обследования: убирает все лишние, отвлекающие предметы из кабинета, делит кабинет на зоны: игровую, учебную, релаксационную; заранее подготавливает весь необходимый материал. Ребенку должно быть комфортно и спокойно в кабинете психолога. Процедура проведения обследования может проходить в несколько этапов. В этом случае дебрифинг последствий проводится после каждого этапа. При проведении обследования учитывается состояние ребенка: не допускается переутомление, учитываются психофизиологические особенности каждого ребенка – психолог заранее разбивает диагностическое обследование на этапы (при необходимости) с учетом всех индивидуальных особенностей ребенка.

Диагностическое обследование проводится в первой половине дня, при условии хорошего самочувствия ребенка. На момент обследования ребенок не должен проходить курс медикаментозной терапии, курсы медицинской реабилитации, которые могут отразиться на психоэмоциональном и соматическом здоровье ребенка.

Перед началом проведения диагностического обследования необходимо провести предварительную работу с ребенком, направленную на повышение мотивации к обследованию, на расслабление, снятие стресса и напряжения у ребенка.

При диагностическом обследовании ребенка допускаются следующие виды помощи:

- эмоциональная поддержка ребенка;
- выполнение задания по подражанию с использованием указательных жестов;
- выполнение заданий по показу с использованием речевой инструкции.

Условия для оказания помощи:

- количество показов для выполнения задания не должно превышать трех раз;
- речь взрослого служит указателем цели данного задания, оценивает результативность ребенка, а также способствует эмоциональной поддержке ребенка.

Описание психологических последствий участия детей в диагностическом обследовании.

Диагностическое обследование детей по данному методу содержит множественные задания, которые предполагают облигатную фрустрацию ребенка. С целью уменьшения психологических последствий после пережитого стресса проводился дебрифинг последствий. Работа строится индивидуально с каждым ребенком сразу после завершения процедуры диагностического обследования. Основная цель терапевтической беседы с ребенком – дать положительную оценку его деятельности, оказать психологическую поддержку, снять эмоциональное напряжение и эмоциональный стресс, вернуть чувство спокойствия.

Дебрифинг последствий проводится при помощи следующих методов:

- беседа, включающая в себя анализ эмоционального состояния ребенка после процедуры обследования; оказание психологической поддержки; обсуждение процедуры обследования с уточнением и проработкой трудностей, которые ребенок испытал во время диагностики; положительная оценка деятельности ребенка;
- релаксация для снятия эмоционального напряжения, возвращения чувства спокойствия, расслабления, уверенности;

– арт-терапия, игровая терапия (непринужденная, эмоционально положительная игра) применяется в качестве позитивного завершения диагностического обследования.

Надежность методики «Этологический подход: изучение модели поведения ребенка».

В апробации данной методики принимали участие 170 детей: 30 – на этапе пилотажного исследования, 140 – на этапе основного исследования. В исследовании участвовали дети старшего дошкольного возраста (5 – 7 лет) с задержкой психического развития и дети, не имеющие данного диагноза (относительная норма).

Показатели внутренней согласованности шкал «Карты наблюдений» оценивались с помощью коэффициента альфа Кронбаха (таблица 7).

Таблица 7 – Коэффициенты альфа Кронбаха по шкалам "Карты наблюдений"

Шкала	Число позиций на шкале	Число обработанных наблюдений	Среднее значение	Стандартное отклонение	Альфа Кронбаха
Эмоциональный компонент	24	170	16,083	17,715	0,992
Мотивационный компонент	18	170	19,166	16,292	0,989
Когнитивный компонент	24	170	14,600	17,539	0,992
Волевой компонент	24	170	14,433	17,868	0,994

Наиболее высокую согласованность демонстрирует шкала «волевой компонент». В целом все компоненты методики показывают высокую согласованность.

Для оценки нормальности распределения был использован критерий Шапиро-Уилка и критерий Хи-квадрат. Как видно из таблицы 8, распределения по всем шкалам близки к нормальному, все показатели являются достаточно значимыми.

Таблица 8 – Показатели нормальности распределения по шкалам методики "Этологический подход" (N=170)

Шкала	Критерий Хи-квадрат	сс	p	Критерий Шапиро- Уилка	p
Эмоциональный компонент	49,81330	8	0,00000	0,91414	0,00000
Мотивационный компонент	43,00467	9	0,00000	0,93045	0,00000
Когнитивный компонент	144,14028	6	0,00000	0,88574	0,00000
Волевой компонент	70,02418	9	0,00000	0,90820	0,00000
Проблемная ситуация	71,65149	9	0,00000	0,89942	0,00000

Для оценки конструктивной валидности предлагаемой научно-методической разработки был применен метод факторной валидности. Данный метод позволил определить факторный состав и факторные нагрузки предлагаемой диагностики. В результате метода факторной валидности был выделен один фактор – наличие/отсутствие состояния беспомощности у испытуемых (таблица 9).

Таблица 9 – Факторная валидность методики "Этологический подход"

Переменная	Фактор 1
Эмоциональный компонент	0,9883
Мотивационный компонент	0,9871
Когнитивный компонент	0,9822
Волевой компонент	0,9870
Проблемная ситуация	0,8591

Представленный метод технически прост в использовании и в то же время, на наш взгляд, эффективен. Разработанная методика позволяет изучить рассматриваемую проблему состояния беспомощности с разных ракурсов и отследить динамику работы, направленную на коррекцию и превенцию состояния беспомощности у старших дошкольников. Полученные результаты позволяют качественно и количественно оценить индивидуальные особенности ребенка, степень выраженности состояния беспомощности в целом, а также особенности каждого компонента состояния беспомощности в частности.

Описанная методика изучения состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста дает возможность получить эмпирические данные как в их отдельном использовании, так и в комплексной диагностике, что позволяет рекомендовать данный метод как самостоятельный.

Опросник родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столина.

Методика представляет собой тест-опросник родительского отношения для выявления социальной установки по отношению к детям. Опросник содержит 61 утверждение, анализ результатов проводится по пяти шкалам:

- принятие/отвержение – шкала демонстрирует общее эмоционально-положительное или эмоционально-отрицательное отношение к ребенку;
- кооперация – выражает стремление взрослого человека к сотрудничеству с ребенком, а также показывает проявление заинтересованности к ребенку;
- симбиоз – данная шкала направлена на выяснение контактности взрослого с ребенком;
- контроль – шкала отражает уровень контроля, авторитарности и демократии в отношениях с ребенком;
- отношение к неудачам ребенка – показывает отношение взрослого к успехам и неудачам ребенка, его достоинствам и недостаткам, а также к способностям ребенка.

Методика предназначена для родителей детей от 3 до 10 лет.

Интерпретация результатов проводится в соответствии с показателями баллов по каждой шкале: высокий балл означает явное доминирование указанного типа отношения.

СТОУН-В – методика стиля объяснения успеха и неудач (Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, В. Ю. Шевяхова)

Методика представляет опросник атрибутивного стиля взрослого и является русскоязычной версией аналогичной методики М. Селигмана ASQ. Методика содержит 24 ситуации, которые отражают 8 шкал:

- общий показатель оптимизма;
- параметр стабильности;
- параметр глобальности;
- параметр контроля;
- оптимизм в ситуации успеха;
- оптимизм в ситуации неудачи;

- оптимизм в ситуации достижения;
- оптимизм в межличностных достижениях.

Респонденту предлагается оценить каждую ситуацию и сформулировать причину возникновения ситуации. Далее причина оценивается по двум из трех параметров атрибутивного стиля: постоянство, широта, контроль. Методика содержит позитивные и негативные ситуации, а также ситуации достижения и межличностные ситуации. Отличие от методики М. Селигмана состоит в используемых параметрах атрибутивного стиля: ASQ использует параметры стабильности, глобальности и персонализации, а СТОУН-В – стабильности, глобальности и контроля. СТОУН-В содержит 24 ситуации, вместо 12 в ASQ.

Методика позволяет выявить стиль объяснения успеха и стиль объяснения неудач. Отличительной особенностью методики является то, что результаты диагностики оптимистического атрибутивного стиля слабо подвержены социальной желательности.

Ретролонгитюдный метод исследования: опросник для родителей (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева)

С целью отследить динамику/регресс в состоянии ребенка, мы предлагаем ввести «ретролонгитюдный метод». Мы предлагаем матерям описать состояние ребенка на протяжении нескольких лет: от трех до настоящего времени (6–7 лет).

Критериями оценки выступают следующие показатели:

- наличие познавательного интереса;
- наличие самостоятельности;
- наличие оптимистического атрибутивного стиля;
- наличие тревожности;
- наличие мотивации успеха.

Перед началом заполнения протоколов с респондентами проводится обучающая работа, включающая в себя подробное объяснение каждого критерия методики.

Количественная оценка заданий производится следующим образом:

За ответ «никогда» присваивается 3 балла, «иногда» – 2 балла, «всегда» – 1 балл.

Обследование проводится индивидуально, результаты фиксируются в протоколах (таблица 10).

Таблица 10 – Протокол методики "Ретроронгитюдный метод исследования"

Показатели	Возраст	Никогда	Иногда	Всегда
	3 года			
Наличие активности, познавательного интереса				
Наличие самостоятельности				
Наличие оптимистического атрибутивного стиля				
Наличие тревожности				
Наличие мотивации успеха				
	4 года			
Наличие активности, познавательного интереса				
Наличие самостоятельности				
Наличие оптимистического атрибутивного стиля				
Наличие тревожности				
Наличие мотивации успеха				
	5 лет			
Наличие активности, познавательного интереса				
Наличие самостоятельности				
Наличие оптимистического атрибутивного стиля				
Наличие тревожности				
Наличие мотивации успеха				
	6 лет			
Наличие активности, познавательного интереса				
Наличие самостоятельности				
Наличие оптимистического атрибутивного стиля				
Наличие тревожности				
Наличие мотивации успеха				

Организация и условия проведения диагностического обследования.

Представленный диагностический инструментарий показывает материнскую субъективную оценку психоэмоционального состояния детей. Результаты, полученные при помощи данной методики, позволяют качественно оценить отношение матери к способностям ребенка. Субъективная оценка матери необходима для отслеживания основных маркеров в поведении ребенка на протяжении всего дошкольного возраста. Данный диагностический инструментарий позволяет выявить наиболее сильные паттерны беспомощного поведения у детей. Таким образом выявляются наиболее закрепленные маркеры

беспомощного поведения, коррекция которых в первую очередь положительно скажется на коррекции и превенции состояния беспомощности в целом.

Диагностическая работа строится с учетом следующих принципов:

- принцип комплексного подхода – используется не только метод психологического эксперимента, но и другие методы: изучение истории развития ребенка, наблюдение за его поведением и игрой;
- принцип целостного, системного изучения;
- принцип конфиденциальности;
- принцип динамического изучения;
- принцип качественного анализа данных.

Диагностика имеет ряд *организационных особенностей*:

- психодиагностическая работа проводится в рамках следующих основных диагностических подходов: «объективного» и «субъективного»;
- перед началом диагностического обследования проводится групповая работа с родителями, направленная на повышение мотивации и заинтересованности в обследовании – беседа, объясняющая цели и задачи данной диагностики, необходимость получения достоверных результатов для разработки рекомендаций, раскрывается специфика состояния беспомощности в дошкольном возрасте, влияние данного состояния на развитие ребенка, объясняется необходимость и важность коррекции и превенции данного состояния; подробно объясняется каждый исследуемый критерий;
- обсуждение результатов исследования происходит индивидуально с каждым родителем.

Методы математической статистики

Проверка гипотез о степени выраженности признака и сдвига изучаемого признака осуществлялась при помощи t-критерия Стьюдента для независимых и зависимых выборок при нормальном распределении; для оценки зависимости использовался коэффициент корреляции Пирсона; для проверки гипотез об однородности выраженного признака был применен критерий углового

преобразования Фишера для связанных выборок. Обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 10.0.

2.2 Принципы и направления коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Следующий этап нашего исследования был посвящен проведению формирующего эксперимента по коррекции и превенции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР. Коррекционная программа разработана на основе результатов исследования с учетом особенностей состояния беспомощности и типа материнского отношения к ребенку. Использование программы возможно в комплексе с другими средствами коррекции ЗПР: психолого-педагогическими и медицинскими. В формирующем эксперименте принимали участие 90 детей с ЗПР и их матерей: 45 детей и их матерей вошли в контрольную группу, 45 детей и их матерей – в экспериментальную. Группы подбирались в случайном порядке, равные по своим характеристикам.

Методологическим основанием программы послужили следующие положения:

- биопсихосоционоэтическая модель как интегрированный подход к изучению природы человека, его развития и здоровья, включающий идеи системной детерминации и его структурно-уровневой организации (М. С. Роговин, 1977; М. С. Роговин, Г. В. Залевский, 1988; В. Е. Клочко, Э. В. Галажинский, 2000; Э. В. Галажинский, 2002; Г. В. Залевский, 2009 – 2010; Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, 2012);

- представления о фиксированных формах семейного (материнского) поведения и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку (Г. В. Залевский, 2007);

– положения Л. С. Выготского о социальной ситуации развития и зоне ближайшего развития как важнейших условиях становления личности ребенка (Л. С. Выготский, 1983, 1985).

Цель программы: путем изменения условий и факторов, влияющих на формирование беспомощности, провести коррекцию и превенцию возможного дальнейшего развития данного состояния у старших дошкольников с ЗПР.

Мы выделили следующие **задачи** коррекционной программы:

- нормализация материнского отношения к ребенку, формирование у родителей новых способов взаимодействия с ребенком, в частности доверительных отношений и отношений сотрудничества;
- ослабление фиксированных форм материнского поведения;
- формирование самостоятельности, активности у ребенка;
- обучение новым способам реагирования в новых и проблемных для ребенка ситуациях;
- формирование адекватной самооценки ребенка;
- снятие эмоционального напряжения родителей и ребенка, психологическая поддержка родителей.

Разработанная нами программа коррекции состояния беспомощности базируется на следующих **принципах**:

- принцип комплексности предполагает обязательное участие в работе с детьми с ЗПР врачей разных специальностей (терапевт, невролог, психиатр), специалистов по социальной работе, психологов, логопедов, дефектологов, воспитателей;
- принцип индивидуальности, позволяющий дифференцированно подходить к каждому ребенку, к условиям его развития, и подстраивать программу коррекции под индивидуальные особенности каждого ребенка;
- принцип учета фактора развития и онтогенетического фактора, позволяющие работать в рамках ведущей деятельности ребенка, а также учитывать динамику и регресс в состоянии ребенка под воздействием различных факторов;

- факториальный принцип, заключающийся в оценке каждого психосоциального фактора, воздействующего на ребенка;
- принцип включения семьи в процесс психокоррекционной работы предполагает активное включение в процесс коррекции хотя бы одного из родителей, а также рассматривает семейное воспитание, родительское отношение как одну из целей психокоррекционного воздействия.

Подходы:

Личностный подход, рассматривающий человека как целостную личность и учитывающий все индивидуальные особенности.

Системный подход, который предполагает единство психологического, биологического и социального компонента в развитии личности.

Интегративный подход, предполагающий изучение аспектов здоровья и болезни как феноменов с системной детерминацией и структурно-уровневой организацией.

Психодинамический подход, изучающий важность и необходимость ранних объектных отношений, которые обеспечивают в дальнейшем удовлетворение психических, физических и социальных потребностей. Нарушение в формировании данных отношений способствуют возникновению неадекватной самооценки и приводят к трудностям в межличностных отношениях.

Уровни направленности психологического сопровождения:

Когнитивный уровень – работа с когнитивным дефицитом в рамках коррекции и превенции состояния беспомощности, формирование навыков когнитивного контроля у старших дошкольников с ЗПР.

Поведенческий уровень – формирование новых форм и способов поведения, формирование новых навыков и умений (способы взаимодействия с ребенком, поведение в новых и незнакомых ситуациях, поведение в семейных ситуациях).

Личностный уровень предполагает работу со структурными особенностями личности, а также с защитными механизмами и мотивацией.

Психофизиологический уровень – обучение навыкам расслабления и регуляции функциональных состояний средствами арт-терапии, аутогенной тренировки, телесно-ориентированной терапии.

Эмоциональный уровень предполагает работу с эмоциональным дефицитом как наиболее выраженным компонентом состояния беспомощности.

Методы:

Когнитивно-поведенческая психотерапия предусматривает формирование новых способов поведения и рассматривает возможности когнитивной тренировки в процессе преодоления феномена беспомощности.

Арт-терапия: работа с рисунками, проективными техниками.

Позитивная психотерапия как метод, помогающий сформировать и изучить позитивные чувства, а также сформировать и получить новый позитивный опыт в различных жизненных ситуациях.

Телесно-ориентированная психотерапия с опорой на метод «Гимнастика мозга» направлена на снятие эмоционального напряжения.

Использование в коррекции состояния беспомощности элементов нейропсихологической коррекции по методу замещающего онтогенеза (растяжки, релаксационные упражнения, дыхательные упражнения, упражнения, направленные на преодоление эмоционального, волевого, когнитивного и мотивационного дефицитов).

Этапы работы:

Программа коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития реализуется поэтапно, с обязательным включением родителей и специалистов, работающих с ребенком, в каждый этап работы.

Этап 1. Диагностический (5 встреч).

В ходе данного этапа собираются первичные сведения о ребенке: анамнез, история заболеваний, проводится первичная диагностика всеми специалистами, взаимодействующими с ребенком. Происходит анализ факторов, негативно влияющих на ребенка, оценка программ реабилитации и развития ребенка. При

необходимости вносятся изменения в существующие программы коррекции ребенка для достижения максимальной эффективности. Изучается семейная ситуация, устанавливаются доверительные отношения с семьей ребенка. Создается команда специалистов для работы с ребенком.

Цель:

- диагностика психологических факторов риска, способствующих возникновению состояния беспомощности;
- оценка психологических, медицинских и социальных факторов, влияющих на ребенка;
- составление программы психологической коррекции с учетом специфических особенностей каждого ребенка и семьи.

Методы:

- анализ медицинских карт и сбор анамнестических данных;
- диагностика состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста («Этологический подход»);
- диагностика типов родительского отношения («Опросник родительского отношения»);
- диагностика атрибутивного стиля взрослых («СТОУН-В»);
- диагностика этапов развития ребенка («ретролонгитюдный метод»).

Этап 2. Психокоррекционный (33 встречи).

Работа на данном этапе состоит из нескольких модулей:

Модуль 1 – установочный (2 встречи).

Данный модуль предполагает активную работу по формированию установки на психокоррекционную работу. Работа в рамках данного модуля ведется не только с родителями, но и со специалистами.

Цель:

- формирование мотивации для психокоррекционной работы;
- формулирование запросов и целей коррекционной работы;

Методы:

- беседа: сообщение цели и задачи психокоррекционной работы, цели и задачи формирующего эксперимента;
- снятие эмоционального напряжения (методы релаксации, аутогенные техники);
- лекционные занятия, направленные на повышение знаний об особенностях развития детей с ЗПР; о роли семейного воспитания в развитии ребенка; о роли социальных, психологических и медицинских факторов, влияющих на формирование беспомощности у детей; о важности и необходимости коррекции и превенции состояния беспомощности в дошкольном возрасте.

Модуль 2 – работа с семьей (12 встреч).

Занятия проводятся с учетом выявленных особенностей на этапе диагностики. Данный модуль включает в себя групповую и индивидуальную работу. Групповая работа (8 встреч) направлена на

- установление доверительных отношений с ребенком;
- принятие ребенка;
- формирование у родителей воспитательной компетенции;
- изменение родительской позиции и обучение эффективным способам коммуникации и взаимодействию с ребенком, улучшение внутрисемейных отношений;
- психообразовательная работа: повышение уровня знаний родителей об особенностях ребенка.

Индивидуальная работа (4 встречи) направлена на оказание психоэмоциональной поддержки, психотерапевтическую работу с эмоциональным состоянием матери, работу в контексте улучшения семейных взаимоотношений, работу на ослабление фиксированных форм материнского поведения; работу на изменение пессимистического атрибутивного стиля.

Цель:

- оптимизация стиля семейного воспитания, типа материнского отношения.

Методы:

- психотерапевтическая работа с обязательным выполнением домашних заданий;

- снятие эмоционального напряжения, релаксационные техники;

- тренинговые занятия;

- методы арт-терапии;

- методы групповой коррекции;

- методы индивидуальной коррекции;

- лекционные занятия.

Модуль 3 – работа с ребенком (15 встреч).

Занятия с детьми проводятся с учетом специфики развития каждого ребенка, а также с учетом выявленных особенностей по результатам диагностического обследования.

Работа в рамках данного модуля предполагает:

- формирование у ребенка положительного образа «Я»;

- формирование навыков снятия эмоционального напряжения, развитие навыков эмоционального контроля поведения;

- обучение новым способам реагирования в различных ситуациях;

- формирование таких качеств, как самостоятельность, активность, инициативность, выдержка, целеустремленность;

- формирование уверенности в себе, в своих силах;

- развитие социальных навыков.

Цель:

- коррекция и превенция состояния беспомощности на данном возрастном этапе.

Методы:

- арт-терапия;

- телесно-ориентированная терапия;

- когнитивно-поведенческая терапия;

- сказкотерапия;

- групповые тренинги.

Модуль 4 – работа с педагогами, специалистами, медицинским персоналом (4 встречи).

Работа в рамках данного модуля заключается:

- в повышении профессиональной компетенции педагогов, специалистов, медицинского персонала;
- в организации качественного сопровождения ребенка и семьи.

Цель:

- оптимизация социальных, медицинских и психологических факторов, влияющих на формирование беспомощности у ребенка.

Методы:

- лекционные занятия;
- групповые тренинги.

Этап 3. Заключительный (3 встречи).

На данном этапе проводится повторная диагностика, оцениваются результаты коррекционной работы, подводятся итоги работы, составляются рекомендации для дальнейшего сопровождения семьи и ребенка.

Цель:

- оценка изменений в состоянии беспомощности у детей;
- оценка изменений родительского отношения;
- оценка эффективности психокоррекционных мероприятий.

Методы:

- диагностика состояния беспомощности;
- диагностика типа родительского отношения;
- диагностика атрибутивного стиля взрослых;
- статистические методы обработки данных.

Организация работы предполагает индивидуальные встречи и групповые занятия (всего 41 встреча) один раз в неделю в течение одного учебного года. Продолжительность занятий для родителей и специалистов составляет от двух до трех часов, для детей – 30–45 минут. Длительность индивидуальных встреч с

родителями (психотерапевтический процесс) определяется особенностями решаемой проблемы, психологическим состоянием клиента в момент обращения.

Данная программа психокоррекционной работы может быть использована в дошкольных учреждениях, в психологических центрах, работающих с семьями. Использование программы возможно в совокупности с другими средствами коррекции ЗПР, что увеличивает эффективность работы в рамках коррекции беспомощности.

Коррекционная программа послужила основой для создания проекта инклюзивного образования детей дошкольного возраста «Мы вместе». Данный проект был реализован на базе МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда с 2015 по 2018 гг.

Выводы по второй главе

1. Теоретико-методологические основания исследования: положения Л. С. Выготского (1983) о социальной ситуации развития и зонах ближайшего развития, биопсихосоциоэтическая модель развития человека и представления о фиксированных формах семейного (родительского) поведения Г. В. Залевского (2007, 2009) и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку, концепция выученной беспомощности М. Селигмана (1967) позволили

- осуществить построение комплексной исследовательской программы количественной и качественной оценки особенностей состояния беспомощности у старших дошкольников и влияния фиксированных форм материнского поведения и отношения матери на его формирование в дошкольном возрасте;

- определить содержание компонентов коррекции состояния беспомощности (биологический, социальный, психологический и ценностный), положенных в основание комплексной, многоуровневой программы коррекции состояния беспомощности у старших дошкольников с задержкой психического развития.

ГЛАВА 3 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ БЕСПОМОЩНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

3.1 Особенности состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Использование «Этологического подхода» в качестве основного диагностического инструментария для оценки состояния беспомощности позволило выявить паттерны поведения детей с признаками беспомощности и определить спектр эмпирических референтов.

Проверим распределение изучаемого признака (состояния беспомощности) в исследуемой группе детей. Полученные нами данные имеют нормальное распределение, о чем свидетельствует высокий уровень значимости по критерию Шапиро-Уилка (таблица 11).

Таблица 11 – Показатели нормальности распределения по шкалам "Этологического подхода" (N=140)

Шкалы методики	Среднее значение	Стандартное отклонение	Критерий Шапиро - Уилка	Р уровень
Мотивационный компонент	20,07	11,55	0,87193	,00000
Эмоциональный компонент	21,62	14,52	0,90341	,00000
Волевой компонент	25,50	15,56	0,89878	,00000
Когнитивный компонент	23,77	14,45	0,91974	,00000
Проблемная ситуация	8,70	5,94	0,88291	,00000

Сравнительный анализ количественных показателей проявления беспомощности по «Этологическому подходу» у детей с ЗПР и детей с нормальным развитием представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Результаты диагностического этапа исследования

№	Группа	Методика	Степень выраженности состояния беспомощности			
			Группа ЗПР (n=90)		Группа относительной нормы (n=50)	
			Абс.	%	Абс.	%
1	Признаки беспомощности отсутствуют	Карта наблюдений	15	16,6	31	62
		Проблемная ситуация	12	13,3	28	56
2	Признаки беспомощности умеренные	Карта наблюдений	10	11,1	5	10
		Проблемная ситуация	10	11,1	6	12
3	Признаки беспомощности выраженные	Карта наблюдений	65	72,3	14	28
		Проблемная ситуация	68	75,6	16	32

Исходя из данных, представленных в таблице 12, можно отметить выраженные признаки беспомощности у 72,3% при анализе методики «Карта наблюдений» и 75,6% детей с ЗПР при анализе «Проблемной ситуации», в то время как в группе детей относительной нормы выраженные признаки беспомощности наблюдаются у 28% («Карта наблюдений») и 32% («Проблемная ситуация») детей. При сравнении степени выраженности состояния беспомощности в группе детей с ЗПР (n=90) и группе детей относительной нормы (n=50) выявлены достоверно значимые различия в показателях ($p < 0,01$): «Карта наблюдений» – угловое преобразование Фишера $\phi^* = 5,694$ при $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» – угловое преобразование Фишера $\phi^* = 5,6$ при $p < 0,01$. Таким образом, можно предположить, что наличие диагноза ЗПР влияет на формирование состояния беспомощности. В клинико-психологической картине ребенка с ЗПР изначально отмечается специфика в формировании и становлении мотивационной, эмоциональной, волевой и когнитивной сфер. Эмоциональная незрелость, инфантилизм и смещение познавательного развития на более раннюю возрастную ступень, неравномерность в формировании психических процессов могут оказаться более выраженными у детей с состоянием беспомощности. В данном случае возможно изменение клинико-психологической картины ребенка с ЗПР, формирование негативных тенденций его развития. Для проверки

выдвинутой гипотезы более подробно рассмотрим результаты, полученные по методике «Этологический подход».

При заполнении «Карты наблюдений» состояние беспомощности оценивалось по отдельным критериям, которые в совокупности дают представление о формировании компонентов, дефициты которых определяют состояние беспомощности. Нами выявлены достоверные различия между группой детей с ЗПР (n=90) и группой детей относительной нормы (n=50) по степени выраженности данных компонентов (таблица 13): дефициты изучаемых компонентов в группе детей с нормальным развитием выражены менее явно, чем в группе детей с ЗПР, однако и в той, и в другой группе отмечаются особенности изучаемых дефицитов у детей с признаками беспомощности.

Таблица 13 – Средние значения по данным методики "Карта наблюдений"

Шкалы методики	Группа ЗПР (n=90)		Группа относительной нормы (n=50)		t-Стьюдента	p - уровень
	Среднее	SD	Среднее	SD		
Эмоциональный компонент	15,51	12,71	31,88	12,57	7,3	0,01
Мотивационный компонент	15,21	10,88	28,14	8,88	7,2	0,01
Волевой компонент	19,15	13,53	36,3	13,83	7,1	0,01
Когнитивный компонент	18,32	13,13	32,86	13,10	6,3	0,01

Как видно из таблицы, дефициты мотивационной и эмоциональной сферы преобладают в обеих группах исследуемых детей. В эмоциональной сфере детей с признаками беспомощности отмечались плаксивость, «уход в себя», деструктивное поведение, агрессивность при условии неправильного/невозможного выполнения предлагаемого задания. В мотивационной сфере детей с признаками беспомощности отмечались следующие реакции: при начальном предъявлении заданий дети проявляли активность, готовность выполнять задание, заинтересованность, но, столкнувшись с первыми трудностями, теряли мотивацию к выполнению заданий, смещались на псевдоцель, наблюдался резкий отказ от деятельности.

Дефициты волевой и когнитивной сферы были наименее выражены в группах детей с ЗПР и детей с нормальным развитием. В волевом компоненте у детей с признаками беспомощности наблюдалось нерешительность, отсутствие инициативы при выполнении сложных заданий. Однако если задания предлагались легкие или хорошо знакомые, дети с интересом включались в работу, наблюдалась активность, смелость, решительность в выполнении заданий.

Дефицит когнитивного компонента включал в себя следующие характеристики: у детей с признаками беспомощности отмечалась сниженная познавательная активность, в речи наблюдались слова-маркеры: «не хочу», «не могу», «не умею»; отмечалась ограниченная возможность обучаться противостоянию негативной тенденции и неярко выраженная способность не переносить отрицательный опыт на другие сферы жизнедеятельности.

На основании результатов исследования можно выделить следующие паттерны поведения детей с признаками беспомощности, которые характерны как для группы детей с ЗПР, так и для группы детей с нормальным развитием:

- при выполнении знакомых заданий (при условии успешного выполнения данных заданий) отмечается заинтересованность, проявление инициативности, принятие заданий, увлеченность, готовность выполнять данные задания, высокая мотивация к выполнению заданий;

- при выполнении знакомых заданий (при условии невозможности успешного выполнения) наблюдается резкое изменение в состоянии детей при столкновении с первой неудачей: от заинтересованности, готовности выполнять задания, высокой мотивации к резкому отказу от деятельности, сниженной мотивации, уходу от деятельности;

- при выполнении незнакомых заданий отмечаются следующие реакции: замкнутость, неуверенность, боязнь ошибиться, отказ от деятельности, подавленность, тревожность, нерешительность, деструктивное поведение, смещение на псевдоцель.

На втором этапе научного исследования детям предлагалось во время организованной игры решить проблемные задачи, имеющие или не имеющие решения.

Дети с признаками беспомощности были выявлены в обеих изучаемых группах. При помощи блока «Проблемные ситуации» были более подробно изучены реакции детей в ситуации неудачи, когда исход задания не зависел от прилагаемых усилий. В ходе проведения эксперимента отмечались следующие реакции: первоначальный интерес к заданию очень быстро сменялся полной безынициативностью и отказом от деятельности; при работе в группах было отмечено следующее: дети проявляли активность, заинтересованность, но, видя неудачные попытки сверстников справиться с заданием, теряли мотивацию к достижению.

При выполнении заданий всем детям была необходима помощь педагога: эмоциональная поддержка взрослого, выполнение задания по показу с использованием речевой инструкции. В некоторых случаях требовалось выполнение заданий по подражанию с использованием указательных жестов.

В ходе выполнения заданий у всех детей отмечалось принятие задания, желание сотрудничать с взрослым, на первых этапах – желание достичь цели. В процессе диагностического обучения дети действовали адекватно, но к самостоятельному выполнению заданий после обучения они не переходили.

Решение «Проблемных задач» позволило выделить следующие особенности поведения детей, находящихся в ситуации неудачи, невозможности достичь результата независимо от прилагаемых усилий:

- заинтересованность быстро сменяется отказом от деятельности;
- происходит перенос неудачного опыта – опираясь на предыдущие неудачи, ребенок отказывается выполнять новое задание;
- ребенок переносит не только свой неудачный опыт, но и неудачный опыт сверстников;
- наблюдается частое смещение на псевдоцель;

- при постоянных неудачах отмечается резкая апатия, у некоторых детей проявляется деструктивное поведение;
- в речи появляются слова-маркеры;
- наблюдаются следующие характеристики: замкнутость, равнодушие, сниженное настроение, нерешительность, повышенная тревожность, потеря интереса при предъявлении новой игры после нерешенной предыдущей задачи.

Исходя из результатов диагностического исследования, выделим спектр эмпирических референтов, характерных для детей с признаками беспомощности:

- наличие слов-маркеров («не хочу», «не буду»);
- смещение на псевдоцель в деятельности;
- быстрая смена заинтересованности на отказ от деятельности;
- перенос неудачного опыта на новый вид деятельности.

В результате диагностического обследования и изучения детей с ЗПР и детей с нормальным развитием, нами были выделены три группы: дети с выраженными признаками беспомощности; дети с умеренными признаками беспомощности, дети с отсутствием признаков беспомощности. Рассмотрим характеристики каждой группы.

Дети с отсутствием признаков беспомощности: наблюдается активность, инициативность. Преобладают такие качества личности, как настойчивость, организованность, самоконтроль, высокая самооценка. Эмоциональная сфера характеризуется устойчивостью, оптимизмом, открытостью, спонтанностью, легкостью в общении. Мотивация достижения преобладает над мотивацией избегания неудач. Отмечается опыт активного преодоления трудностей и наличие собственного поискового поведения. Наблюдается способность к активному действию и исследованию ситуации (поисковая активность) и самостоятельность. Когнитивный компонент характеризуется высоким уровнем развития мышления, гибкостью мышления, развитием креативности.

Дети с умеренными признаками беспомощности: для данной категории детей характерно наличие высокой мотивации к выполнению заданий, заинтересованность, любознательность, настойчивость, целеустремленность.

Однако отмечаются негативные эмоциональные реакции и резкий отказ от деятельности в ситуации неудачи, низкие показатели в формировании когнитивного компонента.

Дети с выраженными признаками беспомощности: наблюдается неспособность действовать активно, инициировать деятельность, безынициативность, нерешительность, низкий уровень развития таких качеств личности, как организованность, настойчивость. Преобладает мотивация избегания неудач, низкая самооценка, низкий уровень притязаний. Отмечается наличие страха отвержения. Наблюдается замкнутость, равнодушие, неуверенность, склонность к чувству вины, низкий самоконтроль. Когнитивный компонент характеризуется ригидностью мышления, низким уровнем креативности. В речи наблюдаются слова-маркеры: «не могу», «не хочу», «все бесполезно», «никогда», «всегда» и т.д. Поведение характеризуется псевдоактивностью, отказом от деятельности (апатия, потеря интереса), ступором (состояние заторможенности), перебором стереотипных действий, деструктивным поведением, смещением на псевдоцель. Наблюдается наличие эмоционального, когнитивного, мотивационного дефицитов, что свидетельствует о состоянии беспомощности в поведении ребенка.

Рассмотрим, чем чревато состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, как изменится клинико-психологическая картина ребенка с ЗПР с состоянием беспомощности. В первую очередь закрепление состояния беспомощности у ребенка способствует снижению познавательного интереса и познавательной активности, что негативно скажется на развитии ребенка с ЗПР. Познавательный интерес является движущей силой в развитии ребенка. Формирование в поведении модели «результат не зависит от прилагаемых усилий» способствует снижению мотивации к выполнению нового задания, к решению поставленных перед ребенком проблемных задач.

Так как развитие ребенка с ЗПР характеризуется эмоциональной незрелостью, нестабильностью, невозможностью контролировать и анализировать свои эмоции, то постоянно получаемый негативный опыт может привести к

формированию агрессивного, деструктивного поведения. В свою очередь, деструктивное поведение в клинико-психологической картине ребенка с ЗПР может привести к трудностям с адаптацией в детском саду, а в дальнейшем в школе: повышенная агрессивность, вспыльчивость, драчливость способствуют формированию коммуникативных проблем в общении со сверстниками, взрослыми – а также к недостаточному владению коммуникативными средствами, особенно при условии речевого недоразвития ребенка с ЗПР.

Состояние беспомощности будет провоцировать трудности в формировании социальных способностей, умений и навыков: неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия, неорганизованность поведения приведут к трудностям в формировании бытовых навыков и навыков самообслуживания.

Таким образом, состояние беспомощности усугубляет клинические проявления задержек психического развития и способствует возникновению негативных тенденций социально-личностного развития ребенка.

Можно предположить, что коррекция беспомощности и рост уверенности в комплексной терапии ЗПР будет более успешна при условии опоры на первоначальный интерес и мотивацию ребенка к выполнению знакомого задания, а также заинтересованность и увлеченность ребенка при первых попытках преодоления сложной ситуации. Также важным условием является оказание поддерживающей и обучающей помощи, дозирование информации по возрастанию трудностей и рост успешности.

Таким образом, по результатам данного этапа исследования можно выделить следующее:

1. Спектр эмпирических референтов состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР характеризуется

- наличием слов-маркеров («не хочу», «не буду»);
- смещением на псевдоцель в деятельности;
- быстрой сменой заинтересованности на отказ от деятельности;
- переносом неудачного опыта на новый вид деятельности.

2. Выявлены следующие паттерны поведения у детей с задержкой психического развития с состоянием беспомощности:

- при выполнении знакомых заданий (при условии успешного выполнения данных заданий) отмечается заинтересованность, проявление инициативности, принятие заданий, увлеченность, готовность выполнять данные задания, высокая мотивация к выполнению заданий;

- при выполнении знакомых заданий (при условии невозможности успешного выполнения) наблюдается резкое изменение в состоянии детей при столкновении с первой неудачей: от заинтересованности, готовности выполнять задания, высокой мотивации к резкому отказу от деятельности, сниженной мотивации, уходу от деятельности;

- при выполнении незнакомых заданий отмечаются следующие реакции: замкнутость, неуверенность, боязнь ошибиться, отказ от деятельности, подавленность, тревожность, нерешительность, деструктивное поведение, смещение на псевдоцель.

3. Обозначены тенденции негативного социально-личностного развития ребенка с состоянием беспомощности:

- коммуникативные проблемы в общении со сверстниками, родителями, воспитателями и учителями; слабое владение коммуникативными средствами; недостаточное речевое развитие;

- неорганизованность поведения ребенка: недостаточная целенаправленность деятельности; неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия; недостаточно сформированный познавательный интерес;

- трудности с адаптацией сначала в детском саду, а в дальнейшем в школе;

- трудности в формировании социальных способностей, социальных умений и навыков (навыки самообслуживания, бытовые навыки).

3.2 Особенности материнского отношения, детерминирующие состояние беспомощности у старших дошкольников

На данном этапе диагностический эксперимент проводился с матерями детей. Репрезентативная выборка составила 140 испытуемых. Эксперимент состоял из батареи методик:

- опросник родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столина;
- методика стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, В. Ю. Шевяхова);
- ретролонгитюдный метод исследования: опросник для родителей (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева).

Опросник родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столина

Проверим распределение изучаемого признака (материнское отношение) в исследуемой группе матерей. Полученные нами данные имеют нормальное распределение признака, о чем свидетельствует высокий уровень значимости по критерию Шапиро-Уилка (таблица 14).

Таблица 14 – Показатели нормальности распределения по шкалам методики ОРО (N=140)

Шкалы методики	Среднее значение	Стандартное отклонение	Критерий Шапиро-Уилка	Р уровень
Принятие / отвержение	14,21	9,70	0,80121	,00000
Кооперация	5,60	2,63	0,89921	,00000
Симбиоз	4,07	1,76	0,90710	,00000
Авторитарная гиперсоциализация	3,93	1,96	0,90483	,00000
Маленький неудачник	3,07	2,47	0,90488	,00000

Проведенное экспериментально-психологическое исследование особенностей родительского отношения показало множество различных характеристик, наблюдаемых у матерей детей с ЗПР и матерей детей относительной нормы.

Результаты, полученные с помощью методики «Опросник родительского отношения», свидетельствуют о том, что для семей, имеющих детей с ЗПР, характерны такие особенности воспитания, как неадекватная оценка способностей

ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, установление дистанции в отношениях с ребенком (таблица 15).

Таблица 15 – Типы материнского отношения

	Типы материнского отношения									
	Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Родители детей с ЗПР (n=90)	26	28,8	10	11,2	22	24,4	22	24,4	10	11,2
Родители детей относительно нормы (n=50)	2	4	35	70	7	14	6	12	0	0

Наиболее выраженным типом материнского отношения к ребенку с ЗПР является тип, обозначенный в методике А.Я. Варга и В.В. Столина «ОРО» как «Принятие – отвержение» (высокие показатели по данной шкале говорят об отвержении ребенка) – матери видят детей слабыми, беспомощными, несамостоятельными, считают, что они не смогут добиться успеха в жизни из-за низких способностей. Шкалы «Симбиоз» и «Авторитарная гиперсоциализация» приходятся следующими по значимости. Данные шкалы отражают межличностную дистанцию в общении с ребенком и характеризуют степень контроля поведения ребенка. Матери детей с ЗПР стараются контролировать все действия ребенка, сами решают проблемные задачи, вместо того чтобы вместе с ребенком попытаться преодолеть возникающие трудности. Например, ребенок с ЗПР путает правую и левую ногу, надевает обувь не на ту ногу. Вместо того чтобы помочь ребенку лучше усвоить систему «право-лево», сделать отличительные знаки на обуви (например, приклеить в обувь половинки картинки – при правильном расположении обуви будет видно цельное изображение), мать начинает сама надевать обувь ребенку, не объясняя своих действий и не обучая ребенка. Такое поведение со стороны матери может быть обусловлено несколькими причинами:

– постановка диагноза ЗПР меняет социальный статус матери и ребенка, негативно сказывается на психологическом здоровье матери;

– к матери начинают предъявлять повышенные требования, с которыми она не справляется – редукция ЗПР возможна только при условии грамотно организованной коррекционной работы, следовательно, матери необходимо усиленно заниматься с ребенком, постоянно выполнять рекомендации врачей и специалистов.

Матери детей относительной нормы, в свою очередь, воспринимают их такими, какие они есть. Большинство матерей уважают индивидуальность ребенка, стремятся проводить с ним время, заинтересованы в деятельности ребенка, поощряют его инициативу и самостоятельность. Высокие значения по шкале «Кооперация» свидетельствуют о том, что матери детей относительной нормы высоко оценивают их интеллектуальные и творческие способности. Низкие значения (равные 0) по шкале «Маленький неудачник» говорят об отсутствии стремления приписать ребенку личную и социальную несостоятельность, а также представить его инфантильным.

В таблице 16 отражены средние значения и статистические различия между двумя группами: матери детей с ЗПР и матери детей относительной нормы.

Таблица 16 – Средние значения по методике ОРО

№	Тип родительского отношения	Матери детей с ЗПР (n=90)		Матери детей относительной нормы (n=50)		t-Стьюдента	Р-уровень
		Среднее значение	SD	Среднее значение	SD		
1	Принятие – отвержение	18,66	9,51	6,2	0,94	9,2	0,01
2	Кооперация	3,93	1,66	8,6	0,60	19,2	0,01
3	Симбиоз	4,8	1,71	2,76	0,84	7,9	0,01
4	Авторитарная гиперсоциализация	5,08	1,45	1,86	0,57	15,1	0,01
5	Маленький неудачник	4,6	1,64	0,34	0,68	17,4	0,01

Различия в двух группах можно объяснить, если обратиться к диагностической характеристике матерей детей с ЗПР и матерей детей с нормальным развитием (см. стр. 59 – 60). Можно увидеть, что большинство матерей детей с ЗПР имеют среднее специальное образование (55,5%) или вовсе не имеют образования (28,8%). Статистически низкий уровень образования матери детерминирует низкий уровень знаний о системе обучения и воспитания, что может привести к возникновению неблагоприятных условий воспитания в семье и спровоцировать у ребенка ЗПР психогенного генеза. Большинство семей, имеющих детей с ЗПР (86,6%) являются неполными, следовательно, матерям приходится больше времени уделять работе, чтобы обеспечивать и содержать семью, и меньше времени уделять ребенку – зачастую он остается предоставлен сам себе. 24,4 % матерей детей с ЗПР являются социально неблагополучными. Все эти факторы в совокупности способствуют нарушению системы семейных отношений, которые усугубляются после постановки диагноза ЗПР ребенку. В свою очередь, матери детей с нормальным развитием имеют довольно высокий образовательный и культурный уровень, высокий социальный статус, полные семьи, что способствует нормализации семейных отношений, материнского отношения к ребенку.

Рассмотрим взаимосвязь между стилем материнского отношения и формированием состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста (см. Приложение А). Анализ корреляционных связей (на основе подсчета коэффициента корреляции Пирсона) выраженности признаков беспомощности и типа материнского отношения показал наличие взаимосвязи между компонентами беспомощности и типами родительского отношения (таблица 17).

Таблица 17 – Взаимосвязи между типом материнского отношения и компонентами беспомощности (коэффициент корреляции Пирсона)

	Отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
Эмоциональный компонент	-0,551***	0,309***	-0,310***	-0,332***	-0,269**

Окончание таблицы 17 – Взаимосвязи между типом материнского отношения и компонентами беспомощности (коэффициент корреляции Пирсона)

Мотивационный компонент	-0,571***	0,326***	-0,310***	-0,320***	-0,238**
Волевой компонент	-0,575***	0,324***	-0,315***	-0,3058**	-0,236**
Когнитивный компонент	-0,551***	0,274**	-0,267**	-0,259**	-0,207*
* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$					

Наиболее сильная обратная корреляционная взаимосвязь выявлена между компонентами беспомощности и шкалой «Отвержение»: чем выше баллы по шкале «Отвержение», тем ярче проявляются дефициты компонентов беспомощности, следовательно, если матери не принимают своего ребенка, отвергают его, то появляется высокая тенденция к возникновению состояния беспомощности у дошкольника. Слабые корреляционные взаимосвязи выявлены между шкалой «Маленький неудачник» и компонентами беспомощности. Положительная взаимосвязь выявлена между шкалой «Кооперация» и компонентами беспомощности: отсутствие основных дефицитов беспомощности и, как следствие, отсутствие признаков беспомощности у дошкольников связано с принятием ребенка со стороны родителей, с готовностью сотрудничать с ребенком, поддерживать его во всем и высоко оценивать интеллектуальные и творческие способности ребенка.

По результатам диагностики можно отметить следующие особенности материнского отношения к детям с признаками беспомощности:

– большинство родителей (матерей) в своих детях видят неудачников, низко и неадекватно оценивают способности ребенка, по отношению к детям испытывают в основном отрицательные эмоции, о чем свидетельствует преобладание высоких баллов по шкале А;

– большинство матерей по отношению к своему ребенку проявляют незаинтересованность в действиях ребенка, пресекают самостоятельность и проявление инициативы;

- показатели по шкале С говорят о том, что большинство родителей стараются установить дистанцию между собой и ребенком, отстраниться от него;
- шкала D показывает преобладание авторитарного стиля воспитания, с одной стороны (высокие баллы), и отсутствие контроля над действиями ребенка, с другой стороны (низкие баллы);
- баллы по шкале Е свидетельствуют о навязывании пессимистического стиля атрибуций ребенку.

Таким образом, можно проследить взаимосвязь между влиянием материнского отношения и формированием состояния беспомощности в дальнейшем. В развитии ребенка находят отражение все факторы: биологические, социальные, этические, культурные. Любое отрицательное воздействие может привести к формированию нежелательных качеств и свойств личности ребенка. У ребенка, находящегося под влиянием негативного материнского отношения, формируются все предпосылки для возникновения состояния беспомощности. Изменение материнского отношения является наиболее значимым фактором в коррекции беспомощности у дошкольников.

Можно предположить, что не только поведение матери способствует возникновению беспомощности у детей. Состояние беспомощности у ребенка с ЗПР также может провоцировать изменение в поведении матери. Беспомощность можно сформировать при постоянном повторении негативного опыта, а также поставив ребенка в ситуацию, когда его попытки решить задачу не приносят успеха – именно в таких условиях оказывается ребенок с ЗПР, посещающий общеобразовательную группу детского сада. В связи с внедрением ФГОС в дошкольных образовательных учреждениях существенно сократилось количество групп компенсирующей направленности, в частности групп для детей с ЗПР. Детям с данным диагнозом рекомендуется посещать общеобразовательную группу, где отсутствуют специально организованные условия и не учитывается специфика диагноза ребенка. Условия общеобразовательной группы сильно отличаются от специализированных групп: увеличение количества детей (12 – 15 в группе детей с ЗПР и до 40 человек в общеобразовательной группе); отсутствие

специалистов узкого профиля для проведения коррекционной работы с детьми с ЗПР (дефектологов, логопедов, клинических психологов, коррекционных педагогов-воспитателей); учебная деятельность ориентирована на нормально развивающихся детей; воспитатели зачастую игнорируют особенности детей с ЗПР. Задержка психического развития обычно выявляется к старшему дошкольному возрасту, когда начинается активная подготовка к школьному обучению. Дети с ЗПР не могут усвоить общеобразовательную программу в силу интеллектуальной недостаточности и задержки в развитии психических функций. Педагоги, ориентированные на детей с нормальным развитием, не пытаются индивидуально подойти в процессе обучения к каждому ребенку. Зачастую воспитатель занимает позицию: «Тихо сидит и хорошо, пусть занимается своим делом, я потом за него все сделаю». Ребенок быстро привыкает к такой позиции со стороны педагога – вместо формирования познавательного интереса, происходит полное его угасание. Ребенок с ЗПР перестает прилагать усилия в решении проблемных задач сначала в учебной, затем в игровой и в социально-бытовой деятельности. Мать, наблюдая отсутствие интереса к деятельности, нежелание получать новый опыт, знания и навыки, отсутствие мотивации достижения, может начать поддерживать стратегию поведения ребенка, делая все за него, приписывая ему качества инфантильного, несамостоятельного и слабого ребенка. Таким образом состояние беспомощности, вызванное внешними условиями, способствует определенному изменению поведения со стороны матери, что только усугубляет формирование и закрепление беспомощности у ребенка с ЗПР.

Методика стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, В. Ю. Шевяхова)

Атрибутивный стиль является ключевым понятием в теории беспомощности. Преобладание пессимистического атрибутивного стиля (объяснение неблагоприятных событий личными, постоянными и глобальными характеристиками, а успех – временными, внешними причинами) ведет к формированию беспомощности при столкновении с негативными событиями в

жизни. Атрибутивный стиль ребенка формируется под влиянием атрибутивного стиля значимого взрослого, следовательно, возникает необходимость рассмотреть, какой стиль объяснения событий (пессимистический или оптимистический) присутствует у матери. Методика СТОУН-В позволяет диагностировать особенности атрибутивного стиля в области негативных и позитивных жизненных ситуациях.

Проверим распределение изучаемого признака (атрибутивный стиль матери) в исследуемой группе матерей. Полученные нами данные имеют нормальное распределение, о чем свидетельствует высокий уровень значимости по критерию Шапиро-Уилка (таблица 18).

Таблица 18 – Показатели нормальности распределения по шкалам методики СТОУН-В (N=140)

Шкалы методики	Среднее значение	Стандартное отклонение	Критерий Шапиро - Уилка	Р уровень
Общий показатель оптимизма	156,30	53,80	0,94811	,00004
Параметр стабильности	47,92	14,24	0,92994	,00000
Параметр глобальности	53,67	18,65	0,94368	,00002
Параметр контроля	54,69	21,47	0,94482	,00002
Оптимизм в ситуации успеха	71,43	22,85	0,95605	,00019
Оптимизм в ситуации неудачи	80,69	31,92	0,89504	,00000
Оптимизм в ситуации достижения	88,19	31,26	0,87289	,00000
Оптимизм в межличностных ситуациях	64,17	21,11	0,94211	,00001

В таблице 19 показано распределение баллов по восьми шкалам: общий показатель оптимизма; параметр стабильности; параметр глобальности; параметр контроля; оптимизм в ситуациях успеха; оптимизм в ситуациях неудачи; оптимизм в ситуациях достижения; оптимизм в межличностных ситуациях.

Таблица 19 – Результаты методики СТОУН-В

Шкала	Родители детей с ЗПР (n=90)		Родители детей относительной нормы (n=50)		Т- Студент а	Р - уровень
	Среднее значение	SD	Среднее значение	SD		
Общий показатель оптимизма	128,8	43,02	205,82	30,93	11,1	0,01
Параметр стабильности	40,93	11,88	60,5	8,25	10,3	0,01
Параметр глобальности	44,13	15,09	70,86	10,23	11,2	0,01
Параметр контроля	43,71	17,05	74,46	12,62	11,2	0,01
Оптимизм в ситуации успеха	60,11	18,74	91,82	13,53	10,5	0,01
Оптимизм в ситуации неудачи	64,55	25,18	109,74	19,97	10,9	0,01
Оптимизм в ситуациях достижения	75,8	25,21	110,5	28,78	7,4	0,01
Оптимизм в межличностных ситуациях	54,24	16,60	82,06	15,99	9,6	0,01

Как видно из таблицы, у родителей детей с ЗПР наиболее выражен пессимистический атрибутивный стиль, влекущий за собой выраженность таких эмоций, как страх, стыд, гнев, отвращение и презрение. Данные респонденты давали преимущественно универсальные и постоянные объяснения своим неудачам (используя категории «всегда» и «никогда»), а успеху приписывали конкретные и временные объяснения, воспринимали их как неконтролируемые. Следовательно, родители данной группы склонны чаще испытывать негативные эмоции, проявлять беспомощность и пассивность.

Родители детей относительной нормы преимущественно обладают оптимистическим атрибутивным стилем, который связан с большей выраженностью позитивных эмоций.

Влияние такого сильного стрессового события, как постановка диагноза, не может не отразиться на состоянии матери. Так как данное негативное событие невозможно контролировать, оно длится достаточно долгий промежуток времени

и затрагивает большую часть жизни матери, формирование пессимистического атрибутивного стиля в таких условиях является вполне ожидаемым. Матери с пессимистическим атрибутивным стилем склонны к ригидному застреванию на единственной причине.

С целью более подробного анализа взаимосвязей пессимистического атрибутивного стиля и формированием состояния беспомощности у дошкольников был проведен корреляционный анализ (см. Приложение А). Характер наблюдаемых взаимосвязей в этих группах оказался различным (таблица 20).

Таблица 20 – Взаимосвязь независимых шкал опросника СТОУН-В и признаков беспомощности (коэффициент корреляции Пирсона)

Независимые шкалы	Признаки беспомощности		
	Выражены	Умеренно выражены	Отсутствуют
Общий показатель оптимизма	-0,523*	0,207	-0,334
Параметр стабильности	-0,546*	0,179	-0,344
Параметр глобальности	-0,512	0,208	-0,345
Параметр контроля	-0,514*	0,227	-0,316
Оптимизм в ситуации успеха	-0,541*	0,220	-0,320
Оптимизм в ситуации неудачи	-0,659**	0,149	-0,346
Оптимизм в ситуации достижений	-0,540*	0,204	-0,282
Оптимизм в межличностной сфере	-0,506	0,232	-0,331
* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$			

Достоверно значимые взаимосвязи были получены только при анализе независимых шкал методики СТОУН-В с выраженными признаками беспомощности у дошкольников: чем выше показатели оптимистического атрибутивного стиля, тем меньше выражены признаки беспомощности. Отрицательная взаимосвязь наблюдается между полярными значениями признаков беспомощности (признаки выражены / признаки беспомощности отсутствуют) и всеми шкалами, показывающими наличие положительных атрибуций. Следовательно, чем выше у родителей мотивация, направленная на достижение успеха, чем выше показатели формирования оптимистического атрибутивного стиля поведения, тем меньше риск возникновения состояния беспомощности у ребенка. У матерей детей с ЗПР преимущественно отмечается

пессимистический стиль объяснений, что может быть связано со сниженными ожиданиями, с пассивным состоянием перед трудностями.

Формирование состояния беспомощности у ребенка может обуславливаться атрибутивным стилем матери: состояние беспомощности у детей с ЗПР может возникать при усвоении пессимистического атрибутивного стиля матери и переносе ее модели поведения в тех или иных ситуациях на себя. Этому могут способствовать следующие причины:

- дети проводят с матерями больше всего времени и смотрят на то, как они реагируют в тех или иных ситуациях, как объясняют происходящие с ними неудачи и успехи, как отвечают на вопрос ребенка: «Почему?», какие атрибуции приписывают тем или иным событиям;

- получаемая обратная связь – мать ребенка с ЗПР может объяснять его ошибки постоянными чертами характера или недостатком способностей, формируя таким образом представление ребенка о самом себе как о неудачнике.

Коррекция пессимистического атрибутивного стиля матери ребенка с ЗПР является важной составляющей в комплексной программе коррекции и превенции состояния беспомощности при ЗПР.

Ретролонгитюдный метод исследования: опросник для родителей (Г. В. Залевский, А. А. Завертеева)

На третьем этапе, с целью получить данные о динамике состояния детей до момента нашего их исследования, мы предлагали матерям отследить изменения в состоянии ребенка в эмоциональной, волевой, когнитивной и мотивационной сферах на протяжении нескольких лет: от трех лет до настоящего времени (5–7 лет).

В таблице 21 представлено распределение баллов по пяти шкалам в процентном соотношении к максимальному количеству баллов по каждой шкале по результатам диагностического среза родителей детей с ЗПР (n=90)

Таблица 21 – Результаты ретрولонгитюдного метода (матери детей с ЗПР)

Шкала	Отмечается всегда		Отмечается иногда		Никогда не отмечается	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Наличие познавательного интереса	20	22,2	12	13,3	58	64,4
Наличие самостоятельности	22	24,5	8	8,8	60	66,7
Наличие оптимистического атрибутивного стиля	4	4,4	4	4,4	82	91,2
Наличие тревожности	67	74,5	14	15,5	9	10
Наличие мотивации успеха	6	6,6	9	10	75	83,4

Матери детей с ЗПР отмечают

- повышенную тревожность у большинства детей, первые симптомы тревожности матери фиксируют в 3 года;
- на протяжении исследуемого возрастного периода (от 3 до 5 – 6 лет) низкий познавательный интерес, отсутствие самостоятельности;
- наличие мотивации успеха в 3 года, потом обнаруживается замена мотивации успеха на неудачу;
- отсутствие оптимистического атрибутивного стиля на протяжении всего возрастного периода.

Результаты данного этапа исследования позволяют анализировать оценку отдельных показателей с точки зрения матерей.

Таким образом, при проведении данного этапа исследования можно сделать следующие выводы:

1. Паттернами материнского поведения, детерминирующими состояние беспомощности у старших дошкольников с ЗПР, являются:

- низкая и/или неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, подавление самостоятельности и инициативности со стороны ребенка;
- установление дистанции в отношениях с ребенком;
- преобладание авторитарного стиля в воспитании, гиперпротекция по отношению к детям;

– отсутствие мотивации успеха, наличие пессимистического атрибутивного стиля, проявление беспомощности и пассивности в действиях.

2. Пессимистический атрибутивный стиль ребенка и состояние беспомощности могут быть обусловлены пессимистическим атрибутивным стилем матери, который, в свою очередь, появляется в момент постановки диагноза ЗПР ребенку, когда сильное негативное событие становится неконтролируемым и не зависящим от прилагаемых со стороны матери сил. Коррекция пессимистического атрибутивного стиля матери является важным этапом всей коррекционной работы по преодолению состояния беспомощности у ребенка.

3.3 Эффективность программы, направленной на коррекцию состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития (описание результатов формирующего эксперимента и их обсуждение)

Психологическое сопровождение проводилось в период с 2015 по 2016 гг. Полный курс коррекции состояния беспомощности на этапе основного исследования прошли 45 семей, имеющих детей с ЗПР.

Повторная диагностика проводилась по окончании всего курса, а также спустя 2 месяца после завершения коррекционной работы. Для оценки эффективности программы были использованы методы математической статистики: t-критерий Стьюдента для оценки значимости различий для несвязных выборок (контрольная и экспериментальная группа), результаты которых были зафиксированы после реализации программы. Также были оценены изменения в компонентах беспомощности и изменения в материнском отношении экспериментальной группы при помощи t-критерия Стьюдента и углового преобразования Фишера для связных выборок.

Результаты по методике «Этологический подход» свидетельствуют о том, что после проведенной коррекционной работы качественные изменения

претерпевают все компоненты беспомощности. Были обнаружены достоверно значимые различия на этапе первичной и повторной диагностики: волевой компонент ($t_{\text{эмп}} = 8,5$, $p < 0,01$), эмоциональный компонент ($t_{\text{эмп}} = 28$, $p < 0,01$), когнитивный компонент ($t_{\text{эмп}} = 28$, $p < 0,01$), мотивационный компонент ($t_{\text{эмп}} = 28$, $p < 0,01$).

Наиболее выраженной оказалась положительная динамика в преодолении эмоционального дефицита (рисунок 2): среднее значение до коррекции составляет 14,67, после коррекции – 30,07. Преодоление эмоционального дефицита заключалось в формировании эмоциональной регуляции поведения, преодолении эмоциональной неустойчивости.

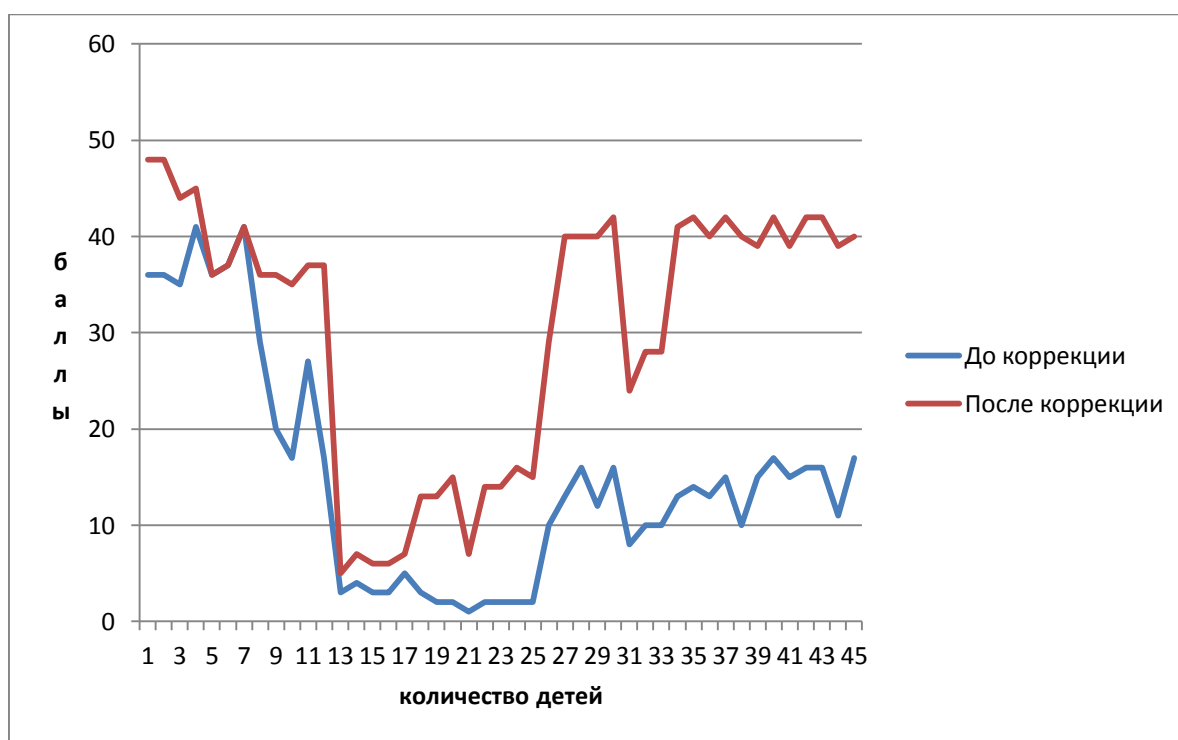


Рисунок 2 – Изменение эмоционального компонента в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Благодаря активному использованию метода когнитивной тренировки в процессе коррекции удалось эффективно преодолеть когнитивный дефицит: среднее значение до коррекции составляет 18,53, после коррекции – 29,22. Когнитивный тренинг способствовал формированию основных функций когнитивного контроля (переключение, обновление, подавление), благодаря

целенаправленной тренировке элементарных контрольных функций и их координированного использования (рисунок 3).

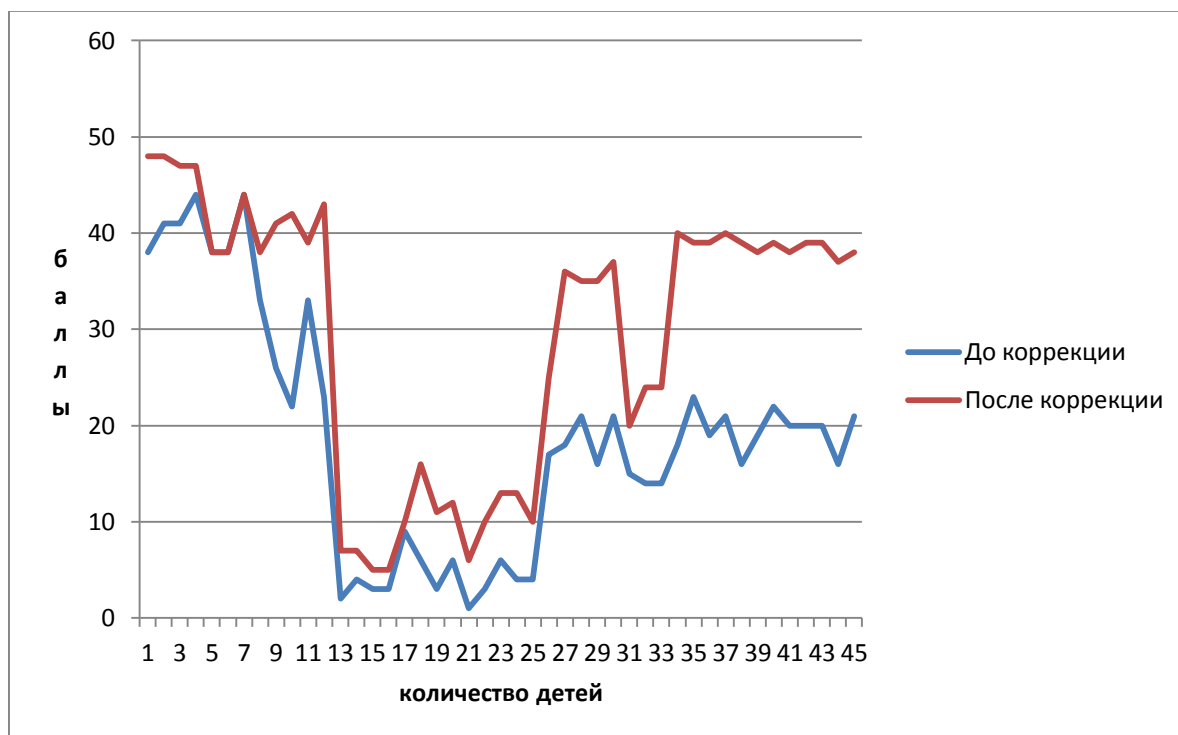


Рисунок 3 – Изменение когнитивного компонента в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Изменения в мотивационном компоненте также носят существенный характер (рисунок 4). В процессе психокоррекционных занятий происходило формирование мотивационной сферы, в частности, формирование новых по содержанию мотивов, формирование поисковой активности и стремления к деятельности. Работа по преодолению данного дефицита показала положительную динамику: среднее значение до коррекции – 15,02; после коррекции – 24,18.

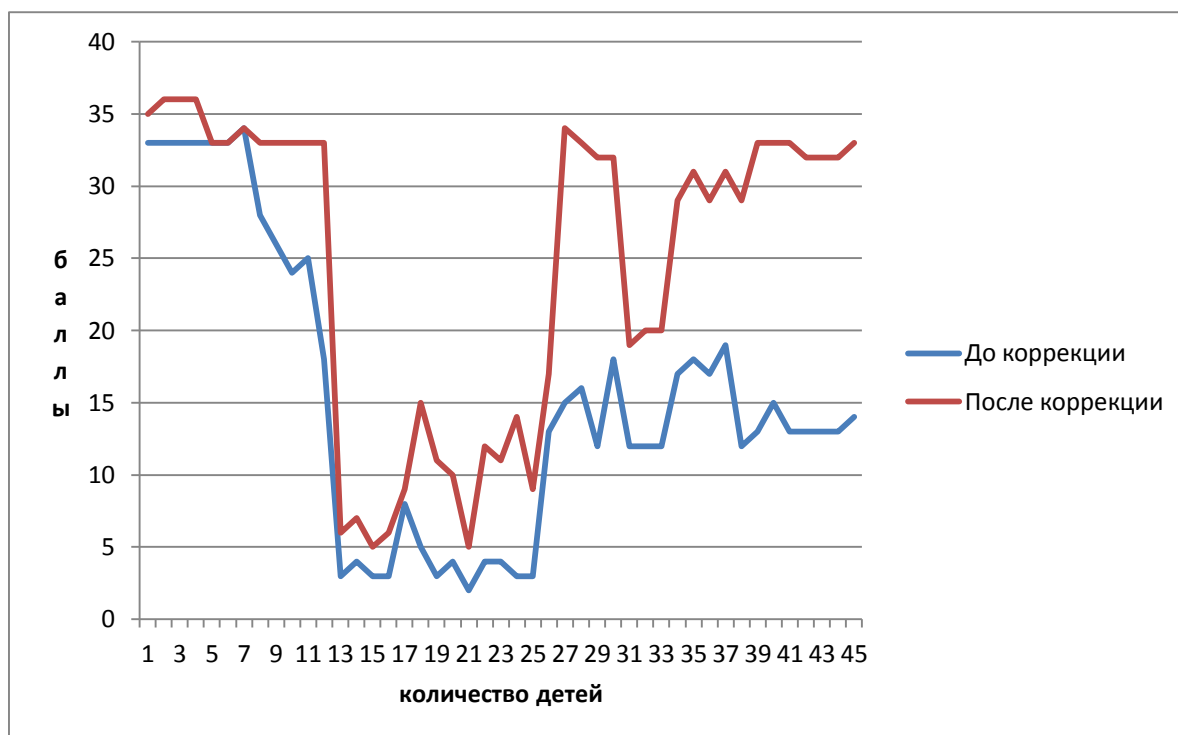


Рисунок 4 – Изменение мотивационного компонента в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

На этапе старшего дошкольного возраста волевой компонент только начинает формироваться. Однако преодоление волевого дефицита на данном возрастном этапе способствует формированию произвольности внимания, формируется контроль поведения. Качественное изменение волевого компонента в процессе психокоррекционной работы можно отследить на рисунке 5. Средние показатели до коррекционной работы (19,13) и после проведения занятий (29,58) показывают эффективность в преодолении волевого дефицита.

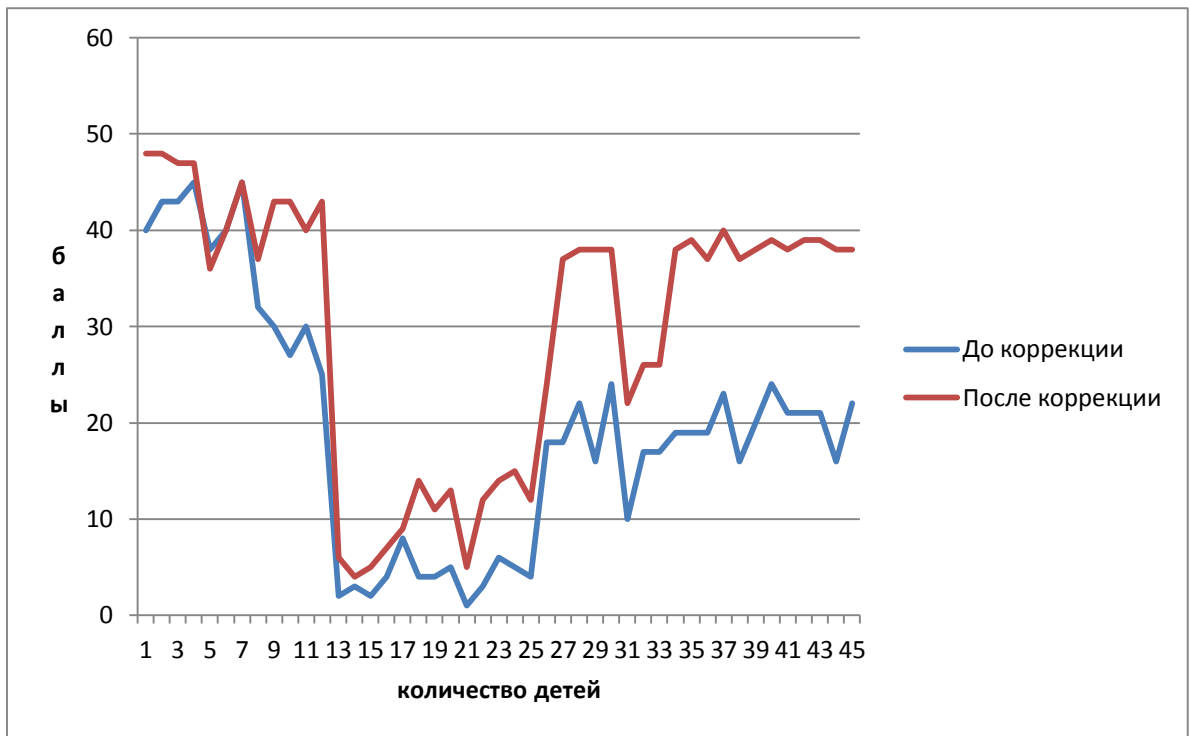


Рисунок 5 – Изменение волевого компонента в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Как видно из рисунков, в процессе психокоррекционной работы была достигнута положительная динамика в преодолении эмоционального, волевого, когнитивного и мотивационного дефицитов. Однако сильные положительные сдвиги были отмечены не у всех детей. Задержка психического развития характеризуется разной степенью выраженности интеллектуальных нарушений и зависит от патогенеза состояний. Дети, у которых наблюдалось более стойкое нарушение развития, ЗПР церебрально-органической формы, по окончании курса коррекционной работы показали более низкие результаты в изменении дефицитов беспомощности, чем их сверстники, имеющие более легкую форму ЗПР. Значительные сдвиги у данной категории детей можно объяснить тем, что, во-первых, коррекционная работа проводилась в комплексе и была направлена не только на ребенка, но и на изменение условий и факторов, влияющих на ребенка, что показывает эффективность использования биопсихосоциоэтической модели в процессе коррекции. Во-вторых, в рамках дошкольного возраста мы говорим о

состоянии беспомощности, которое проявляется как реакция на ситуацию и может измениться под воздействием благоприятных условий и факторов:

- при изменении стиля реагирования в ситуациях неудачи;
- при изменении материнского поведения;
- при изменении ситуации группового пребывания, если воспитатели начнут учитывать индивидуальные особенности ребенка с ЗПР, понимать специфику данного диагноза, строить свою работу с учетом клинико-психологической картины ЗПР.

В результате проведения коррекционной работы уменьшилось количество детей с состоянием беспомощности, о чем свидетельствуют данные таблицы 22.

Таблица 22 – Выраженность признаков беспомощности до и после коррекции в экспериментальной группе – ЭГзпр (n=45)

№	Группа	Методика	До коррекции		После коррекции	
			Абс.	%	Абс.	%
1	Признаки беспомощности отсутствуют	Карта наблюдений	7	15,6	28	62,4
		Проблемная ситуация	7	15,6	28	62,4
2	Умеренно выраженные признаки беспомощности	Карта наблюдений	5	11,1	4	8,8
		Проблемная ситуация	5	11,1	4	8,8
3	Выраженные признаки беспомощности	Карта наблюдений	33	73,3	13	28,8
		Проблемная ситуация	33	73,3	13	28,8

Количество детей экспериментальной группы с выраженными признаками беспомощности после участия в коррекционной программе значительно уменьшилось как по данным «Карты наблюдений», так и по решению «Проблемных ситуаций». Различия в данном случае высоко значимые и достоверные ($p < 0,01$) о чем свидетельствует психометрический анализ с применением углового преобразования Фишера («Карта наблюдений» $\phi^* = 4,873$, $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» $\phi^* = 4,873$, $p < 0,01$).

Были обнаружены достоверно значимые различия между контрольной и экспериментальной группой в выраженности компонентов беспомощности после коррекционной работы (таблица 23).

Таблица 23 – Результаты методики «Этологический подход»

№	Группа	ЭГзпр (n=45)		КГзпр(n=45)		t - Стьюдента	Р - уровень
		Среднее	SD	Среднее	SD		
1	Когнитивный компонент	29,22	15,22	18,66	13,84	3,6	0,01
2	Эмоциональный компонент	30,06	14,87	16,95	13,55	4,6	0,01
3	Мотивационный компонент	24,17	11,96	15,84	11,39	3,6	0,01
4	Волевой компонент	29,57	15,18	19,91	14,20	3,3	0,01

В контрольной группе (дети с ЗПР, n=45) изменение компонентов беспомощности не оказалось достоверно значимым.

Положительная динамика в процессе коррекции объясняется в первую очередь тем, что на этапе старшего дошкольного возраста состояние беспомощности только начинает формироваться. Изменение основных условий, способствующих возникновению беспомощности, влечет за собой эффективное преодоление основных дефицитов.

Существенные изменения в процессе коррекционной работы отмечаются в экспериментальной группе и в типе материнского отношения по результатам ОРО. Проведение групповых тренингов и индивидуальных консультаций способствовало изменению особенностей восприятия ребенка с ЗПР, о чем свидетельствуют данные таблицы 24.

Таблица 24 – Материнское отношение к детям с ЗПР (ЭГзпр) до и после коррекции (N=45)

№	Тип родительского отношения	Первичная диагностика		Повторная диагностика		t- Стьюдента	Р - уровень
		Среднее значение	SD	Среднее значение	SD		
1	Принятие – отвержение	18,66	9,56	8,42	2,12	7,1	0,01
2	Кооперация	3,93	1,67	8,02	1,11	12	0,01
3	Симбиоз	4,8	1,72	3,08	1,06	5,9	0,01
4	Авторитарная гиперсоциализация	5,08	1,45	2,46	1,01	9,4	0,01
5	Маленький неудачник	4,6	1,65	1,31	1,60	10,6	0,01

Как видно из таблицы, тип материнского отношения к детям с ЗПР изменился в лучшую сторону. По данным исследования, наиболее существенные сдвиги произошли по шкалам «Принятие – отвержение» (матери стали принимать своих детей) и «Кооперация» (матери стали проявлять заинтересованность по отношению к ребенку).

Были обнаружены достоверные различия между контрольной и экспериментальной группой (таблица 25) после проведения коррекционной работы.

Таблица 25 – Материнское отношение к детям с ЗПР после коррекционной работы

№	Тип родительского отношения	ЭГзпр (n=45)		КГзпр (n=45)		Т - Стьюдента	Р - уровень
		Среднее значение	SD	Среднее значение	SD		
1	Принятие - отвержение	8,42	2,12	18,67	9,57	7	0,01
2	Кооперация	8,02	1,11	3,93	1,67	14,1	0,01
3	Симбиоз	3,08	1,06	4,8	1,72	5,7	0,01
4	Авторитарная гиперсоциализация	2,46	1,01	5,09	1,46	10,1	0,01
5	Маленький неудачник	1,31	1,60	4,6	1,65	9,7	0,01

В контрольной группе на этапе первичной и повторной диагностики достоверных различий не было выявлено.

Индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа показала свою эффективность. В процессе занятий отмечались качественные и количественные изменения. Так, наиболее выраженным типом материнского отношения после занятий стал тип «Кооперация» – респонденты начали поощрять активность и инициативность ребенка, матери стали стремиться воспринимать ребенка таким, какой он есть, со всеми его особенностями. Установление необходимой дистанции в отношениях с ребенком способствовало выходу из слияния, что позволило сформировать самостоятельность у детей.

Рассмотрим динамику в изменении каждого изучаемого компонента.

Нормализация баллов (идеальным считается количество баллов, равное 7) по шкале «Принятие – отвержение» (рисунок 6) свидетельствует о том, что матери стали уважать индивидуальность ребенка. Групповые тренинги и индивидуальные консультации сформировали желание проводить с ребенком больше времени, что повлияло на улучшение взаимоотношений в семье.

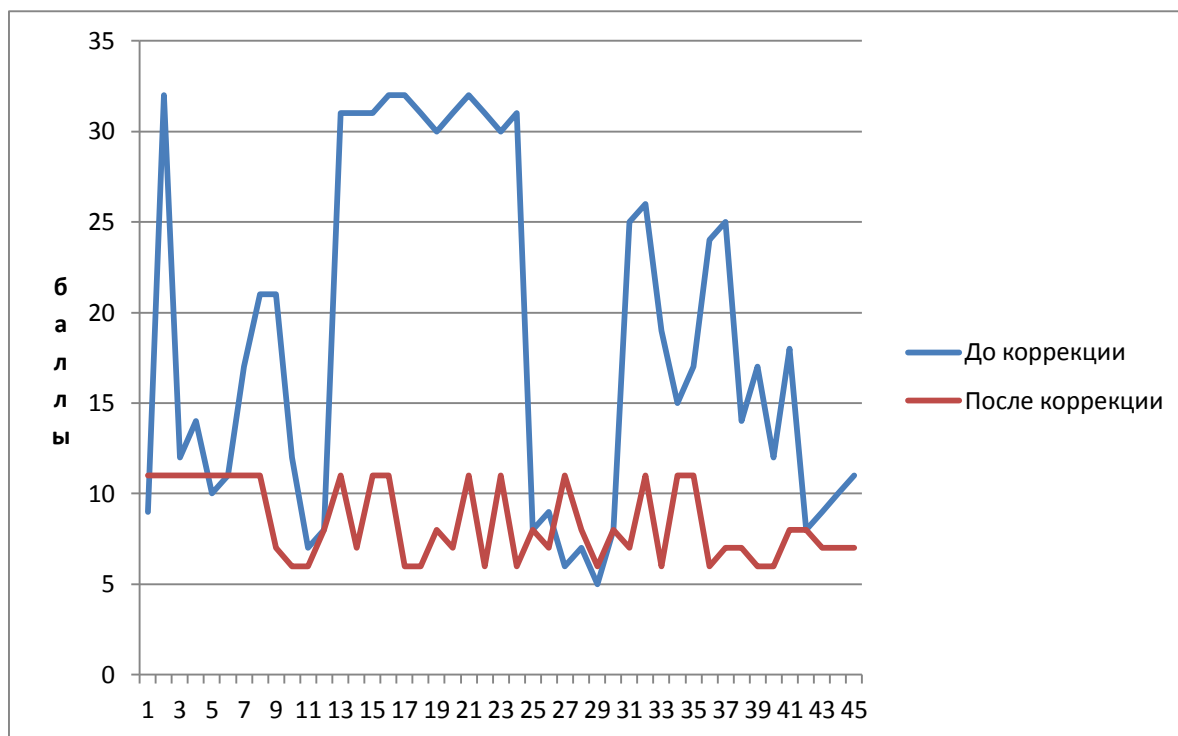


Рисунок 6 – Изменение шкалы "Принятие - отвержение" в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Баллы по шкале «Кооперация» (рисунок 7) после коррекционной работы приблизились к идеальным – 9. Методы арт-терапии, когнитивно-поведенческой терапии сформировали умение быть на равных с ребенком, помогли научить матерей испытывать чувство гордости за ребенка.

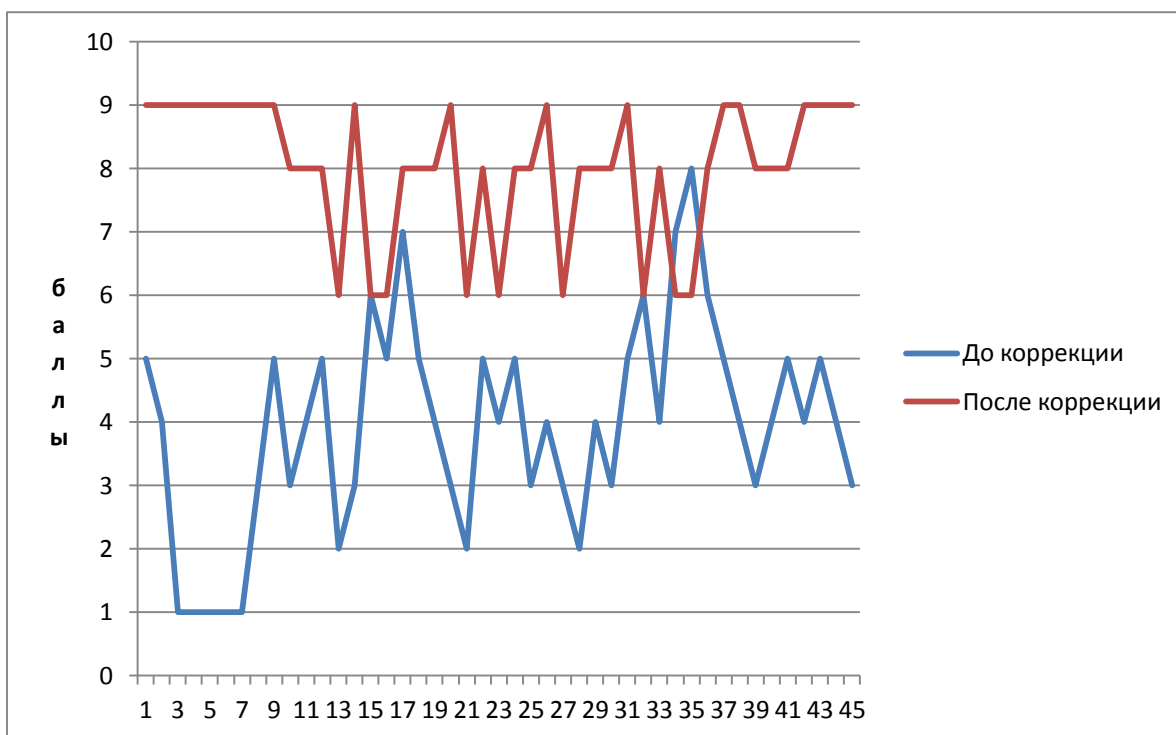


Рисунок 7 – Изменение шкалы "Кооперация" в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Изменения по шкале «Симбиоз» также носят существенный характер (рисунок 8). Телесно-ориентированная терапия, направленная на снятие эмоционального напряжения, уменьшение чувства тревоги, позволила изменить поведение родителей по отношению к ребенку. Индивидуальные психологические консультации оказались эффективными в вопросах отношения к ребенку: матери перестали навязывать детям проекцию «маленький и беззащитный».

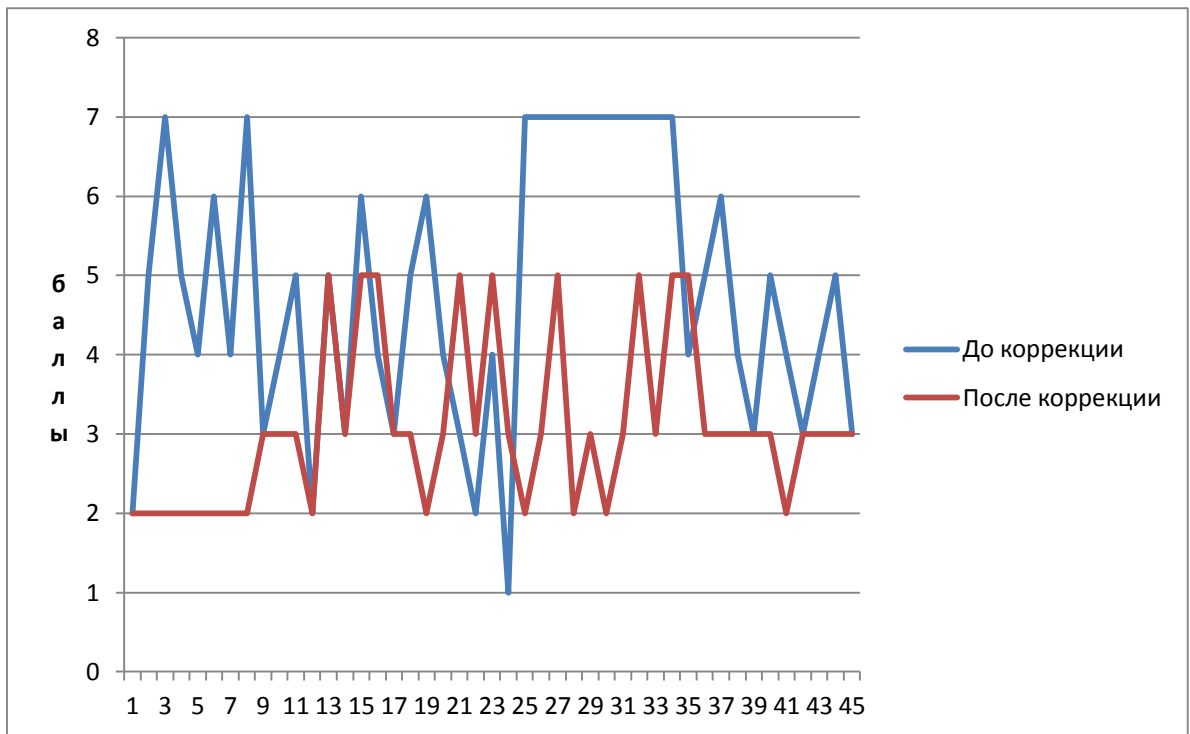


Рисунок 8 – Изменение шкалы "Симбиоз" в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Групповая психотерапевтическая работа изменила показатели по шкале «Авторитарная гиперсоциализация» (рисунок 9) – оптимальное количество баллов по данной шкале является 2. Матери в процессе коррекционной работы учились поощрять самостоятельность и активность детей.

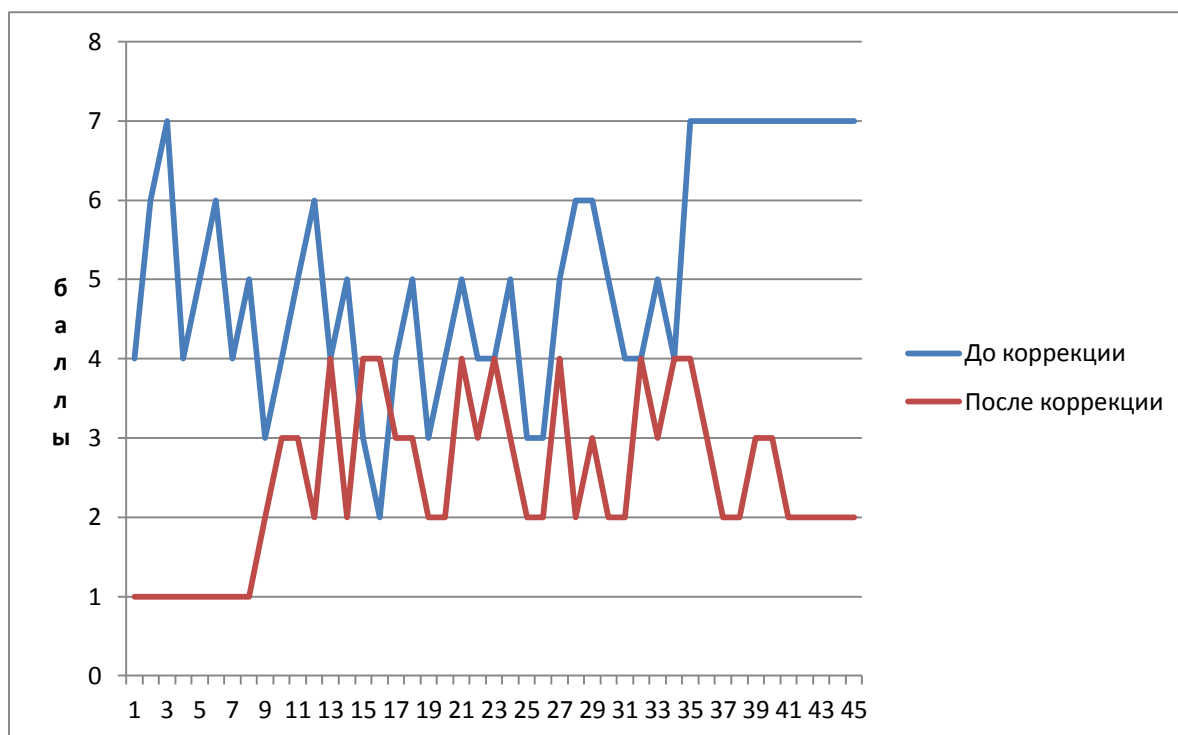


Рисунок 9 – Изменение шкалы "Авторитарная гиперсоциализация" в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Наличие в анамнезе ребенка такого диагноза как ЗПР способствует формированию у матерей стремления приписывать ребенку личную и социальную несостоятельность. Матери начинают думать, что их ребенок не приспособлен к жизни и они должны контролировать каждый шаг. Психотерапевтическая работа была направлена на устранение данных установок. На рисунке 10 отражена положительная динамика в изменении шкалы «Маленький неудачник» (идеальное количество баллов – 0 для данной шкалы).

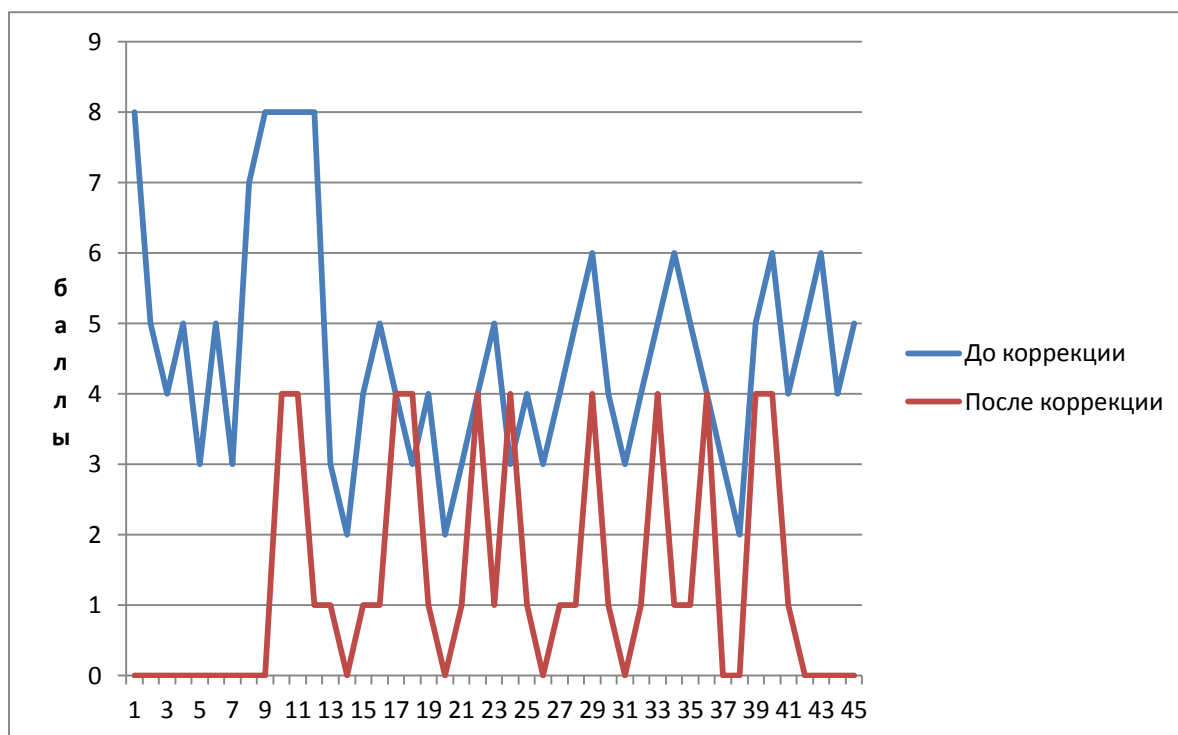


Рисунок 10 – Изменение шкалы "Маленький неудачник" в процессе коррекционной работы (ЭГзпр (n=45))

Таким образом, можно отметить, что изменение материнского отношения способствует формированию самостоятельности и активности у ребенка. Данные качества позволяют эффективно преодолеть состояние беспомощности и помогают сформировать у детей с ЗПР новые формы и модели поведения.

Одним из важных блоков в процессе психологической работы с родителями было изменение пессимистического атрибутивного стиля матери. Данные по методике СТОУН-В (таблица 26) показывают положительную динамику в формировании мотивации успеха у матери и положительные изменения основных характеристик.

Таблица 26 – Различия по шкалам СТОУН-В в экспериментальной группе на этапе первичной и повторной диагностики

Шкала	Первичная диагностика		Повторная диагностика		Т - Стьюдента	Р - уровень
	Среднее значение	SD	Среднее значение	SD		
Общий показатель оптимизма	128,8	43,02	205,82	30,93	12	0,01

Окончание таблица 26 – Различия по шкалам СТОУН-В в экспериментальной группе на этапе первичной и повторной диагностики

Параметр стабильности		40,93	11,8	60,5	8,25	10,9	0,01
Параметр глобальности		44,13	15,09	70,86	10,23	12	0,01
Параметр контроля		43,71	17,05	74,46	12,62	12,2	0,01
Оптимизм в ситуации успеха	в	60,11	18,74	91,82	13,53	11	0,01
Оптимизм в ситуации неудачи	в	64,56	25,18	109,74	19,97	12,7	0,01
Оптимизм в ситуациях достижения	в	75,8	25,21	110,5	28,78	7,5	0,01
Оптимизм в межличностных ситуациях	в	54,24	16,6	82,06	15,99	9,9	0,01

Значительную динамику в данных переменных можно объяснить эффективной индивидуальной работой, которая была направлена на решение личностных проблем, формирование уверенности в себе и своих силах, а также на формирование мотивации успеха.

У ребенка, находящегося под воздействием неблагоприятных факторов и условий (дисгармоничное отношение матери, трудности в усвоении программы обучения, повышенное наблюдение со стороны медицинского и педагогического персонала), повышается риск возникновения состояния беспомощности. Встает вопрос об уменьшении негативных факторов и условий для превенции возникновения данного состояния. На развитие ребенка влияет целостность системы, следовательно, для профилактики и коррекции состояния беспомощности необходимо задействовать несколько компонентов: социальный, биологический, культурный. Процесс коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста способствует не только изменению данного состояния, но и положительно влияет на снижение и редукцию ЗПР, содействуя более успешному развитию ребенка в целом.

Положительно на коррекции состояния беспомощности сказалось изменение условий и факторов, влияющих на ребенка в дошкольном учреждении. Большой блок работы со специалистами позволил научить их взаимодействовать с детьми с ЗПР. Специалисты (музыкальные руководители, педагоги по физической культуре, логопеды, психологи, дефектологи, педагоги дополнительного образования) и воспитатели в своей работе стали активно применять техники и приемы по преодолению состояния беспомощности у старших дошкольников. Педагоги стали поощрять инициативность и самостоятельность детей, формировать у них поисковую активность. Изменение отношения педагогов к детям с ЗПР, объяснение специфики развития данных детей, обучение способам взаимодействия с детьми, объяснения сути состояния беспомощности и его влияния на развитие ребенка помогли устранить негативные факторы, которые влияют на формирование беспомощности у детей с ЗПР в дошкольном учреждении.

По результатам психокоррекционной работы были отмечены следующие изменения:

1. Улучшились семейные взаимоотношения: матери стали поощрять самостоятельность, инициативность, активность ребенка, проявлять заинтересованность в его деятельности; большинство матерей отметили установление эмоционального контакта с ребенком; матери стали давать положительную оценку деятельности ребенка, стали принимать ребенка, поддерживать его.

2. Дети стали более активными, открытыми, самостоятельными, заинтересованными в различных видах деятельности.

3. Попадая в новые, незнакомые условия дети стали пытаться генерировать и получать новый опыт, а не «уходить» в состояние беспомощности.

Рассмотрим на конкретном клиническом примере эффективность проводимой коррекционной работы. Мать, 31 год, социально благополучная, не замужем, образование высшее педагогическое, работает в сфере образования. Мальчик М., 6 лет, диагноз невролога: ЗПР, задержка темпового развития.

Ребенок от первой беременности, роды срочные, в анамнезе родов наблюдалась гипоксия, баллы по шкале Апгар 5/5. В первый год жизни у ребенка отмечались кисты сосудистых сплетений и расширение боковых желудочков (по результатам нейросонографии), под вопросом стоял диагноз ДЦП (снят в 2 года). Диагноз ЗПР был поставлен в 3 года. Ребенок регулярно получает курс медикаментозного лечения, назначенного неврологом, проходил курс микрополяризации головного мозга, курс Томатис-терапии. Посещает детский сад с 3,5 лет, ходит в общеобразовательную группу детского сада, психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) рекомендовано обучение по адаптированной программе для детей с задержкой психического развития.

В ситуации обследования ребенок спокоен, охотно идет на контакт, адекватно реагирует на похвалу, которая служит стимулом для выполнения упражнений. Темп работы средний. Во время занятий часто отвлекается на внешние раздражители и стимулы. Утомление ребенка во время занятий проявляется в ухудшении выполняемой деятельности, повышенной отвлекаемости, замедлении темпа. Спад работоспособности наблюдается в конце занятия.

М. с трудом удерживает цель деятельности, планирование деятельности осуществляет только при активной помощи педагога.

Внимание неустойчивое, длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительная, концентрация внимания удовлетворительная. Память: в сенсibilизированной пробе по три слова 2 раза с переключением на первую и вторую тройку – при непосредственном запоминании ошибок нет. При отсроченном воспроизведении М. назвал 4 слова из 6, но названы они были вразброс. Нарушений в зрительно-предметном восприятии не обнаружено, но наблюдаются нарушения в акустическом гнозисе, нарушения в формировании фонематического слуха. Зрительно-пространственный гнозис сформирован в пределах возрастной нормы. Мышление наглядно-действенное с элементами наглядно-образного.

Дефицитарность динамического праксиса проявляется в выраженных ошибках переключения, единичных персеверациях, медленном темпе выполнения.

М. использует речь как основное средство коммуникации. Для речи характерны аграмматизмы. Наблюдается несформированность языковых средств: словарного запаса, лексико-грамматического строя речи, звукопроизношения, связной речи. Запас представлений о себе и окружающем мире недостаточно сформирован.

Состояние беспомощности проявлялось у М. в ситуациях предъявления ребенку нового материала. При выполнении хорошо знакомого, известного задания (в учебной, игровой, свободной деятельности и во время режимных моментов) ребенок с интересом выполнял требуемое, проявлял активность, заинтересованность, любознательность. Постоянно показывал и хвастался результатом деятельности. Как только ребенку предъявлялось новое, незнакомое задание или задание, с которым ребенок не мог справиться, его поведение тут же менялось: радость от хорошо выполненного ранее задания сменялась плачем. М. даже не пытался усвоить и разобраться в новом материале – он сразу переставал идти на контакт, плакал, говорил «не могу, не умею». При эмоциональной поддержке педагога и обучающей помощи мальчик пытался приступить к выполнению незнакомого задания, но при этом речь становилась очень тихой, с дрожащим голосом, при малейшей ошибке М. начинал плакать и отказываться от выполнения задания.

По результатам диагностики («Этологический подход») были выявлены следующие особенности компонентов беспомощности, характерные для поведения в новых и незнакомых для ребенка ситуациях:

- эмоциональный компонент: отмечается эмоциональная неустойчивость, неуверенность, замкнутость.
- волевой компонент: наблюдается безынициативность, нерешительность.
- когнитивный компонент: наблюдаются слова-маркеры, низкая познавательная активность, смещение на псевдоцель.

– мотивационный компонент: отмечается неспособность действовать активно, инициировать деятельность, наблюдается отказ от деятельности.

Поведение ребенка в хорошо знакомых и известных ему ситуациях послужило опорой для построения коррекционной работы: М. показывал активный познавательный интерес, любознательность, легкость в общении с педагогом, стремился получить положительную оценку своей деятельности. Коррекционная работа по преодолению состояния беспомощности у М. состояла из 15 занятий (таблица 27). Описание упражнений представлено в Приложении Б.

Таблица 27 – Коррекционная программа М. (15 занятий)

№ занятия	Направление работы	Содержание работы	Результат освоения
1	Формирование положительного образа Я. Формирование уверенности в себе, в своих силах.	Упражнение «Я очень хороший». Упражнение «Скажи мишке добрые слова». Упражнение «Непослушные подушки».	Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Положительно оценивает себя и свои возможности.
2	Формирование положительного образа Я. Формирование уверенности в себе, в своих силах. Получение опыта проживания незнакомых ситуаций.	Упражнение «Школа плохих привычек». Упражнение «Конкурс хвастунов». Упражнение «Я могу».	Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Положительно оценивает себя и свои возможности.
3	Формирование навыков внимания и преодоления стереотипов. Развитие воображения.	«Стоп-упражнение». Упражнение «Зеваки». Дыхательное упражнение «Шарик». Дыхательное упражнение «Ветер». Упражнение «Зрительные представления». Упражнение «Синестетические образы».	Регулирует свое поведение на основе усвоенных норм и правил. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях.

Продолжение таблицы 27 – Коррекционная программа М. (15 занятий)

4	Формирование навыков произвольной саморегуляции поведения. Формирование навыков снятия эмоционального напряжения. Развитие навыков эмоционального контроля поведения. Формирование произвольного внимания, контроля деятельности. Формирование эмоциональной регуляции поведения. Развитие когнитивного контроля - целенаправленная тренировка элементарных контрольных функций. Формирование коммуникативных навыков.	Групповое занятие. Упражнение «Автомобиль». Упражнение «Травинка на ветру». Упражнение «Зеркало».	Принимает активное участие в играх, проявляет потребность в общении со сверстниками, знает элементарные нормы и правила поведения, регулирует свое поведение на основе усвоенных норм и правил, изменяет ролевое поведение в игре, проявляет инициативность в игровой деятельности. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность.
5	Формирование навыков произвольной саморегуляции поведения. Формирование навыков снятия эмоционального напряжения. Развитие навыков эмоционального контроля поведения. Формирование произвольного внимания, контроля деятельности. Формирование эмоциональной регуляции поведения. Развитие когнитивного контроля - целенаправленная тренировка элементарных контрольных функций.	Групповое занятие. Упражнение «Скамья запасных». Упражнение «Раскачивающееся дерево». Упражнение «Тень».	Принимает активное участие в играх, проявляет потребность в общении со сверстниками, знает элементарные нормы и правила поведения, регулирует свое поведение на основе усвоенных норм и правил, изменяет ролевое поведение в игре, проявляет инициативность в игровой деятельности. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность.

Продолжение таблицы 27 – Коррекционная программа М. (15 занятий)

6	Обучение новым способам реагирования в различных ситуациях. Формирование самостоятельности, активности. Формирование поисковой активности, стремления к деятельности. Получение опыта проживания незнакомых ситуаций.	Упражнение «Достань ключик». Упражнение «Напой птичек». Упражнение «Почему скатился мячик?».	Ребенок с интересом включается в игровую деятельность, проявляет активность, самостоятельность, инициативность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях. Эмоциональные реакции адекватные, проявляется эмоциональная стабильность.
7	Обучение новым способам реагирования в различных ситуациях. Формирование самостоятельности, активности. Формирование поисковой активности, стремления к деятельности. Получение опыта проживания незнакомых ситуаций.	Упражнение «Достань мишке мячик». Упражнение «Покатай матрешек». Упражнение «Плавает или тонет?».	Ребенок с интересом включается в игровую деятельность, проявляет активность, самостоятельность, инициативность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях. Эмоциональные реакции адекватные, проявляется эмоциональная стабильность.
8	Обучение новым способам реагирования в различных ситуациях. Формирование самостоятельности, активности. Формирование поисковой активности, стремления к деятельности. Получение опыта проживания незнакомых ситуаций.	Упражнение «Столкни мяч». Упражнение «Покорми кролика». Упражнение «Почему шарик не упал?».	Ребенок с интересом включается в игровую деятельность, проявляет активность, самостоятельность, инициативность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях. Эмоциональные реакции адекватные, проявляется эмоциональная стабильность.

Продолжение таблицы 27 – Коррекционная программа М. (15 занятий)

9	Формирование навыков снятия эмоционального напряжения. Развитие навыков эмоционального контроля поведения. Формирование произвольного внимания, контроля деятельности. Формирование эмоциональной регуляции поведения. Развитие когнитивного контроля - целенаправленная тренировка элементарных контрольных функций.	Групповое занятие. Упражнение «Поезд». Упражнение «Насос и надувная кукла». Упражнение «Слепой и поводырь».	Принимает активное участие в играх, проявляет потребность в общении со сверстниками, знает элементарные нормы и правила поведения, регулирует свое поведение на основе усвоенных норм и правил, изменяет ролевое поведение в игре, проявляет инициативность в игровой деятельности. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность.
10	Формирование положительного образа Я. Формирование уверенности в себе, в своих силах. Развитие оптимизма.	Упражнение «Хочу быть счастливым». Упражнение «Медитация на счастье». Упражнение «Счастливый сон».	Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Положительно оценивает себя и свои возможности.
11	Формирование навыков произвольной саморегуляции поведения. Формирование навыков снятия эмоционального напряжения. Развитие навыков эмоционального контроля поведения. Формирование произвольного внимания, контроля деятельности. Формирование эмоциональной регуляции поведения. Развитие когнитивного контроля - целенаправленная тренировка элементарных контрольных функций.	Групповое занятие. Упражнение «Восковая скульптура». Упражнение «Огонь и лед». Упражнение «Паровоз».	Принимает активное участие в играх, проявляет потребность в общении со сверстниками, знает элементарные нормы и правила поведения, регулирует свое поведение на основе усвоенных норм и правил, изменяет ролевое поведение в игре, проявляет инициативность в игровой деятельности. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность.

Продолжение таблицы 27 – Коррекционная программа М. (15 занятий)

12	Формирование навыков произвольной саморегуляции поведения. Формирование навыков снятия эмоционального напряжения. Развитие навыков эмоционального контроля поведения. Формирование произвольного внимания, контроля деятельности. Формирование эмоциональной регуляции поведения. Развитие когнитивного контроля - целенаправленная тренировка элементарных контрольных функций.	Групповое занятие. Упражнение «Я - золотая рыбка». Упражнение «Росток». Упражнение «Японская машинка».	Принимает активное участие в играх, проявляет потребность в общении со сверстниками, знает элементарные нормы и правила поведения, регулирует свое поведение на основе усвоенных норм и правил, изменяет ролевое поведение в игре, проявляет инициативность в игровой деятельности. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность.
13	Обучение новым способам реагирования в различных ситуациях. Формирование самостоятельности, активности. Формирование поисковой активности, стремления к деятельности. Получение опыта проживания незнакомых ситуаций.	Упражнение «Украсим комнату». Упражнение «Самолеты летят». Упражнение «Качели».	Ребенок с интересом включается в игровую деятельность, проявляет активность, самостоятельность, инициативность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях. Эмоциональные реакции адекватные, проявляется эмоциональная стабильность.
14	Формирование положительного образа Я. Формирование уверенности в себе, в своих силах. Развитие оптимизма.	Упражнение «Рисунок имени». Упражнение «Скульптура моих хороших качеств». Упражнение «Передаю прикосновением». Упражнение «Счастливый сон».	Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность. Проявляет волевые усилия в сложных ситуациях, проявляет симпатию к окружающим, испытывает потребность в самостоятельности. Положительно оценивает себя и свои возможности.

Окончание таблицы 27 – Коррекционная программа М. (15 занятий)

15	Снятие мышечных зажимов. Стимуляция моторного и эмоционального самовыражения. Развитие координации движений. Обучение элементам саморегуляции и релаксации.	Игра с «Живой веревочкой». Упражнение «Джаз тела». Дыхательное упражнение. Упражнение на релаксацию. Упражнение «Рисование Чистокрылышки». Заключение.	Ребенок контактен, эмоциональные реакции адекватные, в общении проявляется эмоциональная стабильность. Умеет применять навыки снятия эмоционального напряжения и техники релаксации в стрессовых ситуациях.
----	---	--	---

Помимо работы с ребенком, проводилась активная работа с матерью в формате индивидуальных консультаций (4 встречи) и совместных с детьми групповых тренингов (8 встреч) (таблица 28). Подробная программа групповых тренингов с родителями и детьми представлена в Приложении В. Направления индивидуальной коррекционной работы с мамой были определены, исходя из результатов диагностического обследования. В поведении мамы на первичном этапе диагностики отмечалось следующее: незаинтересованность в действиях ребенка, подавление самостоятельности и инициативности со стороны ребенка; установление дистанции в отношениях с ребенком; отсутствие мотивации успеха, наличие пессимистического атрибутивного стиля, проявление беспомощности и пассивности в действиях. Индивидуальные встречи и групповая работа помогли преодолеть негативные паттерны, детерминирующие состояние ребенка.

Таблица 28 – Программа работы с мамой М.

№ встречи	Направление работы	Содержание работы	Результат работы
Групповая работа			
1	Лекционное занятие: Задержка психического развития как особое состояние ребенка.	Причины возникновения ЗПР. Классификация ЗПР. Особенности развития ребенка в зависимости от вида ЗПР. Особенности взаимодействия с детьми с ЗПР. Игры для детей с ЗПР.	Повышение уровня знаний родителей об особенностях ребенка.

Продолжение таблицы 28 – Программа работы с мамой М.

2	Лекционное занятие: Особенности состояния беспомощности у детей с задержкой психического развития.	Определение состояния беспомощности. Причины возникновения беспомощности. Особенности состояния беспомощности. Специфика состояния беспомощности у дошкольников с ЗПР. Возможности коррекции состояния беспомощности.	Повышение уровня знаний родителей об особенностях ребенка.
3	Установление доверительных отношений с ребенком, принятие ребенка, улучшение семейных отношений, снятие эмоционального напряжения.	Знакомство с группой. Упражнение «Золотое правило». Упражнение «Твой образ в жесте». Упражнение «Карта моего внутреннего мира». Упражнение «Пряничная куколка». Упражнение «Рефлексия дня».	Пробуждение и отреагирование собственных чувств, эмоций, спонтанных двигательных реакций на разные моделируемые ситуации. Формирование представлений о себе; формирование положительного образа Я у ребенка.
4	Установление доверительных отношений с ребенком, принятие ребенка, улучшение семейных отношений, снятие эмоционального напряжения.	Упражнение «Золотое правило». Упражнение «Капельки». Упражнение «Паровозики». Упражнение «Дождик». Упражнение «Рефлексия дня».	Развитие чувства уверенности, доверия другим людям, осознание собственной ответственности за других людей и их физическая и эмоциональная поддержка, снятие мышечного напряжения.
5	Установление доверительных отношений с ребенком, принятие ребенка, улучшение семейных отношений, снятие эмоционального напряжения.	Упражнение «Золотое правило». Упражнение «Карусель приветствий». Упражнение «Добрые руки». Упражнение «Разговор с телом». Упражнение «Рефлексия дня».	Развитие чувства уверенности, доверия, физическая и эмоциональная поддержка, снятие эмоциональных и телесных зажимов, раскрепощение, формирование умения владеть своим телом.

Продолжение таблицы 28 – Программа работы с мамой М.

6	Установление доверительных отношений с ребенком, принятие ребенка, улучшение семейных отношений, снятие эмоционального напряжения.	Упражнение «Золотое правило». Упражнение «Совместное рисование». Упражнение «Описание картинок по Роршаху». Упражнение «Рефлексия дня».	Выработка и закрепление навыков совместной конструктивной деятельности. Развитие совместного воображения родителей и ребенка.
7	Установление доверительных отношений с ребенком, принятие ребенка, улучшение семейных отношений, снятие эмоционального напряжения.	Упражнение «Золотое правило». Упражнение «Угадай, чьи руки». Упражнение «Изобрази животных». Упражнение «Найди себе пару среди животных». Упражнение «Рефлексия дня».	Самовыражение, эмоциональное раскрепощение, развитие мимики и пантомимики. Формирование умения работать в команде. Обучение взаимодействию и сотрудничеству матери с ребенком.
8	Снятие эмоционального напряжения, обучение техникам релаксации.	Упражнение «Золотое правило» Дыхательные упражнения: - «Геометрия дыхания» - «Доброе утро» - «Пламя свечи» - «Мост» - «Крылья» - «Ёж» Упражнение «Рефлексия дня»	Сформированное представление о дыхательных техниках и техниках релаксации для снятия эмоционального напряжения.

Продолжение таблицы 28 – Программа работы с мамой М.

Индивидуальная работа			
1	Анализ форм материнского поведения по результатам проведенной диагностики.	Беседа по результатам диагностики (методика ОРО). Проведение методики «Системный семейный тест FAST» для наглядной демонстрации неэффективных способов взаимодействия с ребенком. Анализ существующих взаимоотношений между матерью и ребенком и желаемых изменений. Определение эффективных моделей взаимодействия с ребенком. Домашняя работа: Завести дневник, описывать повседневные и конфликтные ситуации, анализировать ситуации, отвечая на вопросы: - моя реакция на ситуацию (выделение неконструктивных способов реагирования на ситуацию); - идеальная реакция на ситуацию (описание новых, конструктивных способов взаимодействия с ребенком).	Выделение неэффективных способов взаимодействия с ребенком, определение паттернов и негативных тенденций материнского поведения, формирование новых способов коммуникации и взаимодействия с ребенком, изменение материнского поведения.
2	Работа с эмоциональным состоянием матери. Обучение техникам релаксации.	Аутогенная тренировка, визуализация, релаксация, самомассаж, арт-терапия и музыкотерапия. Определение способов расслабления и отдыха, необходимых для матери. Домашняя работа: Закрепление полученных навыков релаксации в повседневной жизни.	Формирование навыков снятия эмоционального напряжения и обучение техникам релаксации.

Окончание таблицы 28 – Программа работы с мамой М.

3	Формирование новых форм материнского поведения.	Анализ ситуаций, записанных в дневнике, анализ поведения матери. Выбор оптимальных способов коммуникации и моделей взаимодействия с ребенком. Домашняя работа: Продолжать вести дневник, стараться реагировать в ситуациях в соответствии с выбранными конструктивными моделями поведения. Записывать и анализировать формы и методы взаимодействия с ребенком: реальные и идеальные.	Изменение родительской позиции и обучение эффективным способам коммуникации и взаимодействию с ребенком; формирование воспитательной компетенции.
4	Преодоление пессимистического атрибутивного стиля. Подведение итогов.	Беседа по результатам диагностики (методика СТОУН-В). Разбор конкретных ситуаций по критериям: - стабильность; - глобальность; - контроль; - постоянство; - объяснение позитивных и негативных ситуаций. Домашняя работа: Заполнение дневника: Ситуация-мысли-альтернативные мысли-мысли, определяющие хорошее настроение - эмоции.	Анализ пессимистических атрибуций по результатам диагностики. Изменение пессимистического атрибутивного стиля на оптимистический.

Проведенная коррекционная работа положительно сказалась на ребенке и на маме ребенка. Полученные в ходе занятий навыки и умения помогли матери М. применять конструктивные модели поведения в процессе общения с ребенком, преодолеть паттерны поведения, детерминирующие состояние беспомощности у мальчика, сформировать позитивный атрибутивный стиль поведения. Коррекционная работа положительно сказалась и на М.: получая опыт реагирования в незнакомых ситуациях, повышая самооценку, научившись

контролировать свое эмоциональное состояние, мальчик стал легче справляться с заданиями, не имеющими решения. Ребенок стал реже уходить в состояние беспомощности при попытке решить незнакомые или трудновыполнимые задания.

Выводы по третьей главе

1. Полученные результаты исследования позволяют определить три группы детей: дети с отсутствием признаков беспомощности; дети с умеренными признаками беспомощности; дети с выраженными признаками беспомощности. Каждая из этих групп характеризуется спецификой в формировании волевого, когнитивного, мотивационного и эмоционального компонента. Наиболее ярко дефициты компонентов беспомощности проявляются в проблемных ситуациях, что позволяет рассматривать состояние беспомощности как ситуативное проявление.

2. Для семей, имеющих детей с задержкой психического развития, характерны такие особенности воспитания, как неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, установление дистанции в отношениях с ребенком. Эти особенности обуславливают формирование состояния беспомощности у детей с ЗПР. Выявленная взаимосвязь между состоянием беспомощности и атрибутивным стилем матери показала зависимость между пессимистическим стилем атрибуций у матери и выраженными признаками беспомощности у ребенка.

3. Коррекционная работа, направленная на преодоление состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, наиболее эффективна при использовании комплексного подхода, включающего в себя работу не только с ребенком, но и с семьей, и со специалистами разного профиля, взаимодействующими с ребенком.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертации были исследованы особенности состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста (5 – 7 лет) с задержкой психического развития, а также особенности родительского (материнского) отношения и наличие атрибуций неудачи у родителей, влияющих на формирование беспомощности у данной категории дошкольников.

Изучение психологической и медицинской литературы показало, что состояние беспомощности возникает как защитный механизм на стрессовые воздействия, провоцируемые разнообразными соматическими и психологическими реакциями под влиянием различных факторов: социальные условия развития ребенка, получение ребенком негативного опыта при выполнении заданий повышенной сложности, отношение матери к ребенку. Беспомощность формируется при наличии пессимистического атрибутивного стиля с учетом характера и интенсивности воздействия негативных событий. Атрибутивный стиль закладывается с детства под влиянием стиля воспитания родителей и значимых для ребенка фигур, существенную роль в формировании беспомощности играют формы материнского поведения.

В процессе теоретического анализа было обнаружено, что в структуре личности у детей с задержкой психического развития наблюдается своеобразие в формировании мотивационной, когнитивной, эмоциональной и волевой сферы. У них отмечается наличие особого состояния беспомощности, которое близко по своим характеристикам к феномену «выученной беспомощности».

Во второй главе диссертации описан методический комплекс исследования, представлена разработанная методика диагностики состояния беспомощности у старших дошкольников. Подробно описана выборка и процедура проведения исследования, охарактеризованы используемые методы. В соответствии с целями и задачами эмпирического исследования был проведен анализ состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста, изучен тип родительского отношения и атрибутивный стиль матери.

Результаты проведенного исследования позволили выявить особенности состояния беспомощности у старших дошкольников с задержкой психического развития. Сравнительный анализ результатов исследования дает представление о влиянии семейного воспитания и родительского отношения на формирование состояния беспомощности у детей.

По результатам исследования были сделаны следующие **выводы**:

1. Состояние беспомощности – это временное, преходящее, нестабильное состояние, которое свойственно дошкольному возрасту, возникающее в качестве реакции на события. Данное состояние характеризуется наличием мотивационного, когнитивного, волевого и эмоционального дефицитов. Спектр эмпирических референтов проявляется в наличии слов-маркеров («не хочу», «не буду»), смещении на псевдоцель в деятельности, быстрой смене заинтересованности на отказ от деятельности, переносе неудачного опыта на новый вид деятельности.

2. Выявленные паттерны поведения у детей с задержкой психического развития с состоянием беспомощности проявляются в следующем:

- при выполнении знакомых заданий (при условии успешного выполнения данных заданий) отмечается заинтересованность, проявление инициативности, принятие заданий, увлеченность, готовность выполнять данные задания, высокая мотивация к выполнению заданий;

- при выполнении знакомых заданий (при условии невозможности успешного выполнения) наблюдается резкое изменение в состоянии детей при столкновении с первой неудачей: от заинтересованности, готовности выполнять задания, высокой мотивации к резкому отказу от деятельности, сниженной мотивации, уходу от деятельности;

- при выполнении незнакомых заданий отмечаются следующие реакции: замкнутость, неуверенность, боязнь ошибиться, отказ от деятельности, подавленность, тревожность, нерешительность, деструктивное поведение, смещение на псевдоцель.

3. Тенденциями негативного социально-личностного развития ребенка с ЗПР с состоянием беспомощности являются

- в первую очередь коммуникативные проблемы в общении со сверстниками, родителями, воспитателями и учителями; слабое владение коммуникативными средствами; недостаточное речевое развитие;
- неорганизованность поведения ребенка: недостаточная целенаправленность деятельности; неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия; недостаточно сформированный познавательный интерес;
- трудности с адаптацией сначала в детском саду, а в дальнейшем в школе;
- трудности в формировании социальных способностей, социальных умений и навыков (навыки самообслуживания, бытовые навыки).

4. У детей 5–7 лет с задержкой психического развития более выражено проявление состояния беспомощности, детерминированное условиями семейной социализации ребенка. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста формируется постепенно под воздействием нарушений в системе воспитания, травмирующих событий, наблюдения подобной стратегии со стороны значимого взрослого, фактора социального реагирования. Паттернами материнского поведения, приводящими к формированию состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР, являются

- низкая и/или неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, подавление самостоятельности и инициативности со стороны ребенка;
- установление дистанции в отношениях с ребенком;
- преобладание авторитарного стиля в воспитании, гиперпротекция по отношению к детям;
- отсутствие мотивации успеха, наличие пессимистического атрибутивного стиля, проявление беспомощности и пассивности в действиях.

5. Биопсихосоционезитическая модель, положенная в основу коррекционной программы, позволила сформировать работу, нацеленную на преодоление всех

дефицитов состояния беспомощности. Внедрение системы формирующих мероприятий и включение в этот процесс всех основных субъектов социальной ситуации развития ребенка позволило наиболее эффективно осуществить коррекцию данного состояния.

6. Программа психологической коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста у детей с задержкой психического развития отвечает предъявленным задачам, полученные результаты до и после коррекции в экспериментальной группе, а также в сравнении с контрольной группой позволяют говорить об эффективности данной программы. Предложенная программа коррекции сказывается не только на изменении состояния беспомощности, но и на более успешном развитии ребенка, что способствует редукции ЗПР в целом.

7. Результаты апробации программы коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста позволяют предположить, что она может служить эффективным средством профилактики формирования «выученной» и «личностной» беспомощности в дальнейшем процессе онтогенеза.

На основании проведенного исследования можно обозначить следующие **практические рекомендации:**

1. Результаты исследования могут быть использованы при разработке диагностических критериев ЗПР детского возраста, клинических рекомендаций по диагностике и коррекции ЗПР.

2. Необходимо создание комплексной системы медико-психолого-педагогической помощи по коррекции и превенции состояния беспомощности в рамках внедрения и реализации принципа инклюзивности образования.

3. Необходимо создание и проведение психокоррекционных программ, способствующих повышению родительской компетенции.

4. Необходимо сделать упор на индивидуализацию образовательных траекторий обучающихся с ЗПР в процессе комплексной коррекции состояния беспомощности и редукции ЗПР в целом.

5. Необходимо проведение дальнейших исследований, направленных на изучение различных аспектов проявления состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста.

Проблема диагностики и коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития представляет собой важную научно-практическую задачу современной медицинской психологии, в связи с чем могут быть обозначены следующие **перспективы дальнейшей разработки темы:**

1. Более глубокая разработка специфики подходов, методов и техник превенции и коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР.

2. Изучение специфики состояния беспомощности, возможностей коррекции и превенции данного состояния у детей старшего дошкольного возраста с различными вариантами дизонтогенеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева Н.Н. Роль матери и отца в развитии ребенка в раннем детстве // Дошкольное воспитание, 2005. – № 3. – С. 101–106.
2. Аверин В.А. Основные теории развития / В.А. Аверин // Психология человека от рождения до смерти / под ред. А.А. Реана. – СПб.: М., 2001. – 652 с.
3. Алмазов В.Н. Психология проблемного детства. – М.: Дата Сквер, 2009. – 248 с.
4. Ахутина Т.В. Нейропсихологический подход к диагностике трудностей обучения // Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. — М.: Изд-во Минобразования РФ, 1998. – С. 85–92.
5. Батурин Н.А., Выбойщик И.В. Анализ подходов к профилактике и коррекции выученной беспомощности. // Теоретическая, экспериментальная и практическая психология: Сборник научных трудов. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – Т.2. – С. 116–127.
6. Батурин Н.А. Психология успеха и неудачи: учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 1999. – 100 с.
7. Батурин Н.А. Ситуативная и личностная беспомощность // 52 научная конференция: Материалы конференции преподавателей факультета психологии. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – С. 21–22.
8. Батурин Н.А. Феномен выученной беспомощности и подходы к его коррекции у безработных. // Материалы научно-практической конференции по вопросам профориентации и психологической поддержки населения в г. Челябинске «Проблемы оценки эффективности профессиональной ориентации и психологической поддержки безработных граждан и незанятого населения». – Челябинск: Государственное учреждение Челябинский областной центр профориентации незанятого населения и профреабилитации инвалидов, 1999. – С. 39–49.
9. Батурин Н.А., Циринг Д.А. Методика диагностики стиля атрибуции детей. // Теоретическая, экспериментальная и прикладная психология Сборник

научных трудов / Под ред. Н.А. Батурина. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – Т.2. – С. 105–116.

10. Берне Р.В. Развитие Я–концепции и воспитание./Пер. с англ.; Общ.ред.и вступ. ст. В.Я. Пилиповского. – М.: Прогресс, 1986 – 420 с.

11. Белопольская Н.Л. Оценка когнитивных и эмоциональных компонентов зоны ближайшего развития у детей с задержкой психического развития // Вопросы психологии, 1997. – № 1. – С. 19–25.

12. Белопольская Н. Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. – М.: Когито– Центр, 1999. – 190 с.

13. Бердышева И.С. Феномен выученной беспомощности в практике детской кризисной психиатрии: потребность в научно–методическом обеспечении // Вестник психофизиологии, 2013. – № 2. – С. 70–73.

14. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: Учебное пособие. – М.: НЦ ЭНАС, 2001. – 136 с.

15. Божович Л.И. Избранные психологические труды. Проблемы формирования личности. – М.: Международная пед. академия, 1995. – 209 с.

16. Бооркес Де Бутаманте А. Дифференциальная диагностика задержек умственного развития: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1978. – 18 с.

17. Бордовский Г.А. Социально–эмоциональное развитие ребенка в дошкольном периоде: материалы международного семинара. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 1999. – 154 с.

18. Борякова Н.Ю. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития <http://www.education.ssti.ru/ds6/stati1.html> (дата обращения 25.04.2014)

19. Борякова Н.Ю., Касицына М.А. Психолого-педагогическое обследование детей с задержкой психического развития в условиях специального детского сада // Коррекционная педагогика. – 2003. – № 2. – С. 33–43.

20. Бройтигам М. Психосоматическая медицина / М. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рал. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

21. Буренкова Е.В. Исследование взаимосвязи стиля семейного воспитания, личностных особенностей ребенка и стратегии поведения значимого взрослого: дисс. ... канд. психол. наук / Е.В. Буренкова. – Пенза, 2000. – 205 с.
22. Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А., Лебедева Н.Н., Лидерс А.Г. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: учеб.пособие для студ. вузов, обуч. по напр.и спец.психологии. – М.: Академия, 2002. – 410 с.
23. Валлон А.В. Психическое развитие ребенка. – СПб.: Питер, 2001. – 208 с.
24. Варга А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Серия «Психология», 1985. – № 4. – С. 32–37.
25. Веденеева Е.В. Взаимосвязь мотивационного компонента личностной беспомощности и ведущей деятельности на разных возрастных этапах // Вестник Томского государственного университета. – 2009. – № 322. – С. 186–189.
26. Величковский Б.Б. Возможности когнитивной тренировки как метода коррекции возрастных нарушений когнитивного контроля // Экспериментальная психология. – 2009. – Т.2., № 3. – С. 78–91.
27. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: Владос-Пресс, 2003. – 160 с.
28. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика: Практическое руководство в 2-х частях. – М.: Генезис, 2001. – 160 с.
29. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – 176 с.
30. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения ЗПР у детей // Дефектология. – 1975. – № 6. – С. 8–17.
31. Власова Т.А., Лубовский В.И., Цыпина Н.А. Дети с задержкой психического развития. – М., Педагогика, 1984. – 256 с.

32. Волкова О.В. Выученная беспомощность как фактор, детерминирующий рисковое поведение личности // Тюменский медицинский журнал, 2014. – Т. 16, № 1. – С. 35–36.

33. Волкова О.В. Изучение особенностей развития и перспектив коррекции волевого действия часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в рамках биопсихосоционэтической модели развития человека // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева, 2010. – № 1. – С. 94–98.

34. Волкова О.В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал, 2014. – № 54. – С. 129–145.

35. Волкова О.В. Компоненты и механизмы формирования выученной беспомощности у детей с ослабленным здоровьем: отнoгенетический подход// Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 4. – С. 86–91.

36. Волкова О.В. Онтогенетический подход к исследованию феномена выученной беспомощности // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2013. – № 6 (23). – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_6_23/nomer/nomer03.php (дата обращения 14.09.2015)

37. Волкова О.В. Особенности волевого действия часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: автореф. дисс. ... канд. психол. наук /В.А. Ковалевский, Г.В. Залевский. – Красноярск, 2009. – 26 с.

38. Волкова О.В. Семья в ситуации болезни ребенка-дошкольника как фактор, детерминирующий формирование выученной беспомощности // Антропологическая психология XXI веке: проблемы и перспективы. – Томск, V Сибирский психологический форум. – 2013. – С. 49–53.

39. Волкова О.В. Содержание понятия «соматический статус» как предпосылка к формированию выученной беспомощности // Прикладная психология и психоанализ: электронный научный журнал. – 2013. – № 3. – URL:

<http://www.ppip.idnk.ru/index.php/-3-2013/9-2011-02-24-12-27-14/-3-2011/448-2011-09-28-10-23-21> (дата обращения 14.09.2015)

40. Волкова О.В. Сравнительный анализ феноменов личностной и выученной беспомощности с позиции психосоматического подхода // Материалы IX Международной научно-практической конференции «Новейшие научные достижения». – Болгария, София: «Бал. ГРАД-БГ». – Том 16. – С. 30–32.

41. Волкова О.В. Степень разработанности и история проблемы выученной беспомощности // Клиническая и медицинская психология: исследование, обучение, практика: электронный научный журнал. – 2013. – № 1(1). – URL: http://www.medpsy.ru/climp/2013_1_1/article14.php (дата обращения 14.09.2015)

42. Волкова О.В. Теоретико–методологический анализ исследований выученной беспомощности: актуальность психосоматического подхода // Сибирское медицинское обозрение, 2013. – № 4. – С. 43–47.

43. Вроно М.Ш. Задержки психического развития // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. –Т. 2. – С. 442–508.

44. Выготский Л.С. Проблема возраста // Психология. – М., 2000. – 1136 с.

45. Выготский Л.С. Развитие личности и мировоззрения ребенка// психология личности. Тексты. – М.: Педагогика, 1981. – Т. 5. – 224 с.

46. Выготский Л.С. Собрание сочинений. – М., 1984. – Т. 4. – 432 с.

47. Гайдук Ф.М. Задержки психического развития церебрально-органического генеза у детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1988. – 38 с.

48. Галажинский Э.В. Некоторые психологические проблемы изучения самореализации личности // Современная психология: состояние и перспективы, 2002. – Т. 2. – 235 с.

49. Геранюшкина Г.П., Афраимович О.Э. Психологические защиты у лиц с признаками выученной беспомощности // Психология в экономике и управлении, 2014. – № 2. – С. 23–29.
50. Геранюшкина Г.П., Афраимович О.Э. Сценарии выученной беспомощности // Психология в экономике и управлении, 2013. – № 1. – С. 17–22.
51. Глущенко В.В., Шабанов П.Л. Минимальная мозговая дисфункция. – М.: БИНОМ, 2013. – 320 с.
52. Голубева Е.В., Истратова О.Н. Диагностика типов детско-родительских отношений // Российский психологический журнал, 2009. – Т. 6, № 1. – С. 25–34.
53. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Шевяхова В.Ю. Диагностика оптимизма как атрибутивного стиля (опросник СТОУН). – М.: Смысл, 2008. – 154 с.
54. Давыдова Е.С. К вопросу исследования особенностей структуры беспомощности–самостоятельности в младшем школьном возрасте с разной степенью ее выраженности // Материалы общероссийской электронной научной конференции на основе Интернет-форума. – Красноярск, 2009. – URL: [e-conf.nkras.ru/konferencii/2009/Davydova.pdf](http://conf.nkras.ru/konferencii/2009/Davydova.pdf). (дата обращения 07.12.2014)
55. Далгатова М.М. Мотивация деятельности достижения в теориях каузальной атрибуции // Вестник Московского университета. – 2006. – № 1. – Серия 14: Психология. – С. 71–81.
56. Девятковская И.В. Психологические характеристики выученной беспомощности педагогов // Психология XXI века. – СПб.: Санкт–Петербургский государственный университет. – 2006. – URL: <http://psihologia.biz/psihologiya–psihologiya–obschaya.html> (дата обращения 18.12.2013)
57. Денисенко В.Н., Чеботарева Е.Ю. Современные психолингвистические методы анализа речевой коммуникации: Учебное пособие. – М.: РУДН, 2008. – 258 с.
58. Деревянкина Н.А. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития. – Ярославль: ГОУ ВПО Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2003. – 54 с.

59. Доценко Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита. – М.: ЧеРо, Изд-во МГУ, 1997. – 344 с.
60. Дружинин В.Н. Психология семьи. – М.: «КСП», 1996. – 160 с.
61. Егорова Т.В. Особенности познавательных процессов у младших школьников с пониженной обучаемостью. – М., 1969. – 150 с.
62. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 3. – С. 11–16.
63. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов. – Изд. 2-е., испр. – М.: Московский психолого-социальный институт Флинта, 2003. – 336 с.
64. Жаренкова Г. И. Специфика учебной деятельности / Дети с ЗПР. – М.: Педагогика, 1984. – С. 135–151.
65. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Минимальная мозговая дисфункция: научный обзор. – М., ВНИИМИ, 1978. – 50 с.
66. Забелина Е.В. Коммуникативная активность и беспомощность подростков: результаты формирующего эксперимента // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2008. – № 5. – С. 186–189.
67. Залевский Г.В., Залевский В.Г., Кузьмина Ю.В. Антропологическая психология: биопсихосоционоэтическая модель развития человека и ее здоровья // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 33. – С. 99–103.
68. Залевский Г.В. К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии // Сибирский психологический журнал, 1999. – № 10. – С. 53–56.
69. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – 336 с.
70. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. – Томск: Изд. ТГУ, 2010. – 223 с.
71. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Психология здоровья студенческой молодежи. – Томск: Изд. ТГУ, 2012. – 142 с.

72. Защеринская О.В. Психология детей с задержкой психического развития: учебное пособие. – Изд. 2-е., испр. и доп. – Спб.: Речь, 2007. – 168 с.
73. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков / учебник для студентов учреждений высшего образования, изд. 2-е испр. – М.: Академия, 2013 – 272 с.
74. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. – М.: Академия, 2008. – 208 с.
75. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы семьи в контексте клинической психологии // Клиническая и специальная психология: электронный научный журнал. – 2012. – № 1. – URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49967.shtml> (дата обращения: 12.11.2015).
76. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология. – М.: Воронеж, 1998. – 347 с.
77. Зимин П.П. Воля и ее воспитание у подростков. – Ташкент, 1985. – 47 с.
78. Иванов В.И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. – 1993. – № 1. – С. 31–38.
79. Карабанова О.А. Понятие «социальная ситуация развития» в современной психологии // Методология и история психологии. – 2007. – Т. 2, № 4. – С. 40–56.
80. Каракулова О.В. Личностная обусловленность склонности к манипулированию окружающими людьми в юношеском возрасте / дисс. ... канд. психол. наук. – Томск, 2008. – 256 с.
81. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебн. для вузов / Изд. 2-е, перераб. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.
82. Кириченко Е.И. Задержка психического развития в детском возрасте: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 18 с.
83. Ключко В.Е., Галажинский Э.В. Самореализация личности: системный подход. – Томск: Изд-во ТГУ, 2000. – 154 с.

84. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста // Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
85. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. – Красноярск, 1997. – 122 с.
86. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. – СПб: КАРО, 2006. – 304 с.
87. Козловская Г.В., Горюнова А.В., Самохвалова В.И. Методика определения психического развития детей до 3 лет – ГНОМ // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 8. – С. 38–43.
88. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Задержки психического развития // Патология психического развития / под ред. академика А.С. Тиганова. – М.: НЦПЗ РАМН. – 1998. – 157 с.
89. Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Дифференциация образовательных потребностей как основа дифференцированных условий образования детей с задержкой психического развития // Дефектология. – 2017. – № 2. – С. 3–13.
90. Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25. № 4. – С. 11–22.
91. Коробейников И.А., Бабкина Н.В. От вариантов развития детей с ЗПР к образовательным маршрутам // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2016. – № 1. – С. 20–23.
92. Коростелёва И.С., Ротенберг В.С. Поисковая активность и проблема обучения и воспитания // Вопросы психологии. – 1988. – № 6. – С. 60–71.
93. Котырло В.К. Развитие волевого поведения у дошкольников. – Киев, 1971. – 199 с.
94. Кравцова Н.А. Семейные факторы и личностные predispositions психосоматических расстройств // Детство и семья в современном мире: материалы международной научно-практической конференции / под ред. Н.А. Кравцовой. – Владивосток: Из-во МГУ им. Г.И. Невельского, 2012. – С. 251–260.

95. Кравцова Н.А., Катасонова А.В., Довженко А.Ю., Денисова В.А., Рабовалюк Л.Н. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 48–55.
96. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2001. – 992 с.
97. Кузьмина А.С. Выученная беспомощность в контексте когнитивно-бихевиорального направления // Труды молодых ученых Алтайского государственного университета, 2010. – № 7. – С. 290–292.
98. Кузьмина А.С. Когнитивный компонент выученной беспомощности // Труды молодых ученых Алтайского государственного университета, 2011. – № 8. – С. 328–331.
99. Кулагина И.Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: ТЦ Сфера, 2001. – 464 с.
100. Кулаков С.А. Практикум по интегративной психотерапии психосоматических расстройств. – СПб: Речь, 2007. – 294 с.
101. Курочкин О.Е. Психологический анализ исторических предпосылок формирования выученной беспомощности у детей в процессе воспитания // Известия ПГПУ, Общественные науки, 2008. – № 7 (11). – С. 181–187.
102. Лебединская К.С. Клинические варианты задержки психического развития // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – № 3. – С. 16–20.
103. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. – М.: Просвещение, 1989. – 92 с.
104. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М.: МГУ, 1990. – 196 с.
105. Левин К. Топология и теория поля // История психологии. XX век: Хрестоматия для высшей школы / Под ред. П.Я. Гальперина, А.Н. Ждан. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2005. – С. 236–246

106. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова / под. ред. Б.С. Братуся, Е.Е. Соколовой. – М.: Смысл, 2006. – С. 85–105.
107. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка. – М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. – 383 с.
108. Лубовский В. И., Розанова Т. В., Солнцева Л.И. Специальная психология: Учебное пособие для студентов дефектологических факультетов педагогических вузов. – М., 2006. – 464 с.
109. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. – СПб: Наука и Техника, 2013. – С. 273–288.
110. Макаров И.В. Умственная отсталость у детей и подростков: клинические рекомендации (протокол лечения). – СПб, 2015 [Электронный ресурс]. URL: http://psychiatr.ru/download/2303?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A3%D0%9E.pdf (дата обращения 11.05.2014)
111. Малкина-Пых И.Г. Психология поведения жертвы. – М.: Экс-мо, 2006. – 1008 с.
112. Марковская И.Ф. Задержка психического развития церебрального органического генеза. – Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1982. – 23 с.
113. Марковская И.Ф. Задержка психического развития: клиническая и нейропсихологическая диагностика. – М.: Компенс-центр, 1995. – 198 с.
114. Мельникова А.Ф. К вопросу о синдроме психофизического инфантилизма в дошкольном возрасте // Вопросы психоневрологии детей и подростков. – М., 1936. – Т.3. – 211 с.
115. Мельникова Н.Н. Коррекция выученной беспомощности: принципы групповой работы с детьми 9–11 лет. // Теоретическая, экспериментальная и практическая психология: Сборник научных трудов/Под ред. Н.А. Батурина. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000. – Т.2. – С. 127–134.
116. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: Медпресс, 1998, 1999, 2001. – 592 с.

117. Мещерякова Э.И., Евстафеева Е.А. Депрессивные состояния в структуре личностной беспомощности // Сибирский психологический журнал, 2013. – № 47. – С. 41–51.

118. Мнухин С.С. О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме у детей // Труды Ленинградского педиатрического медицинского института. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 70–77.

119. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Труды Ленинградского педиатрического медицинского института. – Л., 1968. – Т. 51. – С. 5–22.

120. Незнанов Н.Г., Макаров И.В. Умственная отсталость (глава 30) // Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 653–681.

121. Незнанов Н.Г. Преподавание психиатрии в системе подготовки врачей общей практики / Н.Г. Незнанов, В.И. Крылов // Психическое здоровье Санкт-Петербурга 2000: Материалы конференции. – СПб., 2000. – С. 176–178.

122. Непомнящая Н.И. Становление личности ребенка 6–7 лет. – М.: Педагогика, 1992. – 160 с.

123. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития. – М.: Владос, 2003. – 128 с.

124. Обучение детей с задержкой психического развития: Пособие для учителей / под ред. Т.А. Власовой и др. – М.: Просвещение, 1981. – 119 с.

125. Павлов И.П. Отношения между раздражением и торможением, размежевание между раздражением и торможением и экспериментальные неврозы у собак. // Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных: Сборник статей, докладов, лекций и речей. – М.: Медгиз, 1951. – С. 269–277.

126. Павлов И.П. Экспериментальная патология высшей нервной деятельности. // Павлов И.П. Мозг и психика / Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.:

Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – С. 223 – 241.

127. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. – М.: ЦОЛИУВ, 1983. – 84 с.

128. Патопсихология: учебник для студентов / Б.В. Зейгарник. – М.: Апрель–Пресс, 2000. – 576 с.

129. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой развития // Дефектология. – 1972. – № 3. – С. 3–9.

130. Пекелис Э.Я. Клинико–педагогическая характеристика детей с задержкой психического развития и церебральной астенией и опыт коррекционно–воспитательной работы: Автореф. дисс. ... канд. пед. наук. – М., 1971. – 23 с.

131. Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. – М.: Владос, 2003. – 172 с.

132. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. – М., 1994. – 528 с.

133. Психологическое консультирование: проблемы, методы, техники / под ред. Т.Ю. Синченко, В.Г. Ромека. – Ростов-на-Дону: Южно-Российский гуманитарный институт, 2000. – 207 с.

134. Пшоник А.Т. Учение И.П. Павлова о неврозах. // Кора головного мозга и рецепторная функция организма. / Под ред. и с предисл. акад. К.М.Быкова. – М.: Советская наука, 1952. – С. 176–182.

135. Роговин М.С., Залевский Г.В. Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. – Томск: ТГУ, 1988. – 95 с.

136. Ромек В.Г. Теория выученной беспомощности Мартина Селигмана // Журнал практического психолога, 2000. – № 3–4. – С. 218–235.

137. Ротенберг В.С. Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. – М.: Наука, 1984. – 193 с.

138. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб., 2001. – 705 с.

139. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Изд. центр «Академия», 1995. – 170 с.
140. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно-поведенческие паттерны отношения родителей к ребенку как фактор социальной тревожности и выученной беспомощности в младшем школьном возрасте // Вектор науки Тольяттинского государственного университета, 2011. – № 3(6). – С. 282–286.
141. Селигман М. Е. П. В поисках счастья. Как получать удовольствие от жизни каждый день. – Изд. 2-е. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2011. – 320 с.
142. Селигман М. Е. П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. – М.: София, 2006. – 368 с.
143. Селигман М. Е. П. Ребенок-оптимист. Проверенная программа формирования характера. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2014. – 352 с.
144. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб: ООО «Речь», 2000. – 350 с.
145. Скоромец А.П., Крюкова И.А., Семичова И.Л., Шумилина М.В., Фомина Т.В. Задержки психического развития у детей и принципы их коррекции // Лечащий врач. – 2011. – № 5/11 [Электронный ресурс] URL: <http://www.lvrrach.ru/2011/05/15435193/> (дата обращения 14.05.2013)
146. Слепович Е.С. Игровая деятельность дошкольников с задержкой психического развития. – М.: Педагогика, 1990. – 96 с.
147. Соколова Е.В. Психология детей с задержкой психического развития: учебное пособие. – М.: Сфера, 2009. – 318 с.
148. Соловьева С.Л. Аддиктивное поведение как способ компенсации эмоционального дефицита // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2009. – N 1. – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2009-1-1/nomer/nomer18.php (дата обращения 31.01.2018)
149. Солод니кова И.В. Самореализация личности в зрелом возрасте: автореф. дисс. ... канд. псих. наук. – М., 2007. – 34 с.

150. Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования детей с задержкой психического развития. Проект / И.А. Коробейников, Е.Л. Инденбаум, Н.В. Бабкина. – М.: Просвещение, 2013. – 48 с.
151. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов (комплексная психологическая коррекция). – М.: Изд. МГУ, 1988. – 200 с.
152. Столин В.В. Семья как объект психологической диагностики // Семья и формирование личности. – М.: МГУ, 1981. – С. 26–38.
153. Стребелева Е.А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии: Кн. для педагога-дефектолога. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 180 с.
154. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. – М.: Медицина, 1965. – Т. 3. – 335 с.
155. Сычев О.А. Психология оптимизма: Учебно-методическое пособие к спец. курсу / О.А. Сычев; Бийский пед. гос. ун-т им. В.М. Шукшина. – Бийск: БПГУ им. В.М. Шукшина, 2008. – 69 с.
156. Удо Б. Брака Ранняя диагностика и коррекция. В 2 т.: практическое руководство. – М.: Академия, 2007. – 320 с.
157. Улба П.П. Задержка психического развития у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тарту, 1987. – 26 с.
158. Ульенкова У.В. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития и коррекционно-педагогическая работа с ними: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – М., 1983. – 38 с.
159. Ульенкова У.В. Дети с задержкой психического развития. – Н. Новгород: НГПУ, 1994. – 230 с.
160. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии: учебное пособие. – 3-е изд., стер. – М.: Академия, 2007. – 176 с.
161. Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью // Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. – М., 1998. – С. 222–236.

162. Фаина Г.В. Диагностика и коррекция задержки психического развития детей старшего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие. – Балашов: Николаев, 2004. – 68 с.

163. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Исмаилова А.С. Современный взгляд на задержку психического развития // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 10 (2). – С. 256–262.

164. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Исмаилова А.С. Эпидемиология нарушений психического развития в детском возрасте // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 6. – С. 45–51.

165. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность / под ред. Б.М. Величковского. – М.: Педагогика, 1986. – Т. 2. – 392 с.

166. Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3–9 лет. Психологические игры, упражнения, сказки. – М.: Генезис, 2006. – 176 с.

167. Циринг Д.А., Веденеева Е.В. Исследование успешности ведущей деятельности у испытуемых с личностной беспомощностью на разных возрастных этапах // Сибирский психологический журнал, 2009. – № 31. – С. 81–84.

168. Циринг Д.А., Евстафеева Е.А. Психодиагностика личностной беспомощности: проблемы и методы // Сибирский психологический журнал, 2011. – № 41. – С. 111–120.

169. Циринг Д.А. (2006). Личностная беспомощность у детей: структурные компоненты и их взаимосвязи. // Теоретико–методологические и психологические основы коррекционно–развивающей работы психологов: Материалы международной научно–практической конференции. В 3–х ч. Ч.1.–Шадринск: Изд-во ШГПИ, 2006. – Ч. 1. – С.5–11.

170. Циринг Д.А., Пономарева И.В. Психологические функции личностной беспомощности // Вестник Томского государственного университета, 2012. – № 357. – С. 173–175.

171. Циринг Д.А., Пономарева И.В., Честюнина Ю.В., Евстафеева Е.А., Эвнина К.Ю. Особенности семейных взаимоотношений, детерминирующие

формирование личностной беспомощности у подростков // Сибирский психологический журнал, 2016. – № 59. – С. 22–33.

172. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учебное пособие. – М.: Академия, 2005. – 120 с.

173. Циринг Д.А. Психология личностной беспомощности: Дисс. ... д-ра псих. наук / Э.В. Галажинский. – Томск, 2010. – 405 с.

174. Циринг Д.А. Современные подходы к коррекции выученной беспомощности у детей и подростков // Сибирский психологический журнал, 2008. – № 29. – С. 63–68.

175. Циринг Д.А. Феномен выученной беспомощности в онтогенезе личности: Дисс. ... канд. псих. наук / Н.А. Батурин. – Челябинск, 2001. – 157 с.

176. Чиж В.Ф. Психология личности и индивидуальности / В.Ф. Чиж / Составитель В.А. Журавель / под ред. В.Ю. Слабинского / вступ. ст. В.А. Журавеля / закл. ст. В.Ю. Слабинского. – СПб: Невский Архетип, 2016. – 424 с.

177. Цымбал Е.И., Сафонова Т.Я. Жестокое обращение с детьми. Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения и их родителям / под ред. Е.И. Цымбал, Т.Я. Сафоновой. – М.: ОЗОН, 2001. – 121 с.

178. Чмыхова Е.В., Давыдов Д.Г. Проектирование индивидуальных образовательных траекторий на основе оценки поисковой активности // Инновации в образовании, 2011. – № 3. – С. 103–115.

179. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и общество. Социализация детей с нарушением интеллекта. – Изд. 2-е., перераб. и дополн. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.

180. Юркова И.А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма // Дети с временными задержками развития. – М., 1971 – С. 25–31.

181. Яковлева Ю.В. Феномен самостоятельности (на материале юношеского возраста) // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2008. – № 5. – С. 161–165.

182. Abramson L.Y., Dykman B.M., Needles D.J. Attributional style and theory: Let no one tear them asunder // *Psychological inquiry*. – 1991. – V. 2 (1). – P. 11–49.
183. Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation // *Journal of Abnormal Psychology*, 1978. – №87. – P. 49–74.
184. Adler J.M., Kissel E. C., McAdams D.P. Emerging from CAVE: Attributional Style and the Narrative Study of Identity in Midlife Adults // *Cognitive Therapy and Research*, 2006. – Vol. 30. – № 1. – P. 39–51.
185. Alloy L.B., Kelly K.A., Mineka S., Clements C.M. Comorbidity and depressive disorders: A helplessness – hopelessness perspective // *Comorbidity of mood and anxiety disorders* / J.D. Maser & R. Cloninger (Eds.). – Washington (DC): American Psychiatric Press, 1990. – 399 p.
186. Anderson C.A., Riger A.L. A controllability attributional model of problems in living: Dimensional and situational interactions in the prediction of depression and loneliness // *Social Cognition*, 1991. – V. 9. – P. 149–181.
187. Derhami V. Similarity of learned helplessness in human being and fuzzy reinforcement learning algorithms // *Journal of Intelligent and Fuzzy Systems*, 2013. – № 24. – P. 347–354.
188. Dweck C.S. A Social-Cognitive Approach to Motivation and Personality // *Psychological Review*, 1988. – Vol. 95, № 2. – P. 256–273.
189. Dweck C.S. *Self – theories: Their role in motivation, personality, and development*. Philadelphia: Psychology Press, Taylor & Francis Group, 1999. – 378 p.
190. Fincham F. D., Cain K. M. Learned helplessness in humans: A developmental analysis // *Developmental Review* – 1986. – Vol.6, №4. – P. 301–333.
191. Follette V.M., Jacobson N.S. Importance of attributions as a predictor of how people cope with failure // *Journal of personality and social psychology*, 1987. – V. 52. – P. 1205–1211.
192. Gobet F.R. Learned helplessness in chess players: The importance of task similarity and the role of skill // *Psychological Research*, 1992. – № 54. – P. 38–43.

193. Haracz J. Learned helplessness: An experimental model of DST in rats // *Biological Psychiatry*. – 1988. – Vol. 23. – P. 388–396.
194. Harvey D.M. Depression and Attributional Style: Interpretations of Important Personal Events // *Journal of Abnormal Psychology*, 1981. – Vol. 90, № 2. – P. 134–142.
195. Hiroto D. Locus of control and learned helplessness// *Journal of Experimental Psychology*. – 1974. – Vol. 102. – P. 187–193.
196. Hooper N., McHugh L. Cognitive defusion versus thought distraction in the mitigation of learned helplessness // *The Psychological Record*, 2013. – № 63. – P. 209–218.
197. Kumar K.B., Karanth K.S. Neuronal mechanisms of increased accessibility of unpleasant memories in helpless rats—a summary of present findings and implications // *Indian Journal of Psychiatry*, 1999. – № 3. – P. 203–210.
198. Maier S.F., Peterson C., Schwartz B. From Helplessness to hope: the Seminal career of Martin Seligman. – Philadelphia: Templeton Foundation Press. – 2000. – 33 p.
199. McClelland D.C. et al The achievement motive. – Wash, 1974. – 167 p.
200. Muneoka K., Shrayama Y., Horlo M. Differential levels of brain amino acids in rat models presenting learned helplessness or non-learned helplessness // *Psychopharmacology*, 2013. – № 229. – P. 63–71.
201. Odabasi B. The effect of learned helplessness to the success // *International journal of academic research*, 2013. – Vol. 4, № 4. – P. 125–133.
202. Rettew D.C., Reivich K. Sports and explanatory style // *Explanatory style* / G.M. Buchanan, M.E.P. Seligman (Eds.). – Hillsdale (NJ): Erlbaum, 1995. – P. 173–185.
203. Schulman P., Castellon C., Seligman M.E.P. Assessing explanatory style: the content analysis of verbatim explanations and the attributional stale questionnaire // *Behav. Res. Ther.* – 1989. – Vol. 27, № 5. – P. 505–512.
204. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death—San Francisco: Freeman, 1977. – 474 p.

205. Seligman M.E.P., Rashid T., Parks A.C. Positive Psychotherapy // *American Psychologist*, 2006. – P. 774–788.
206. Silvet J. Learned helplessness during organizational change // *Economic Sciences*, 2013. – № 60 (2). – P. 375–385.
207. Skinner B.F. The concept of the reflex in the description of behavior // *Journal of General Psychology*, 1931. – № 5. – P. 427–458.
208. Ulusoy Y., Duy B. Effectiveness of a psycho-education program on learned helplessness and irrational beliefs // *Educational Sciences: Theory and Practice*, 2013. – № 13 (3). – P. 1440–1446.
209. Verma A., Mahajan A., Verma S.K. Some exercises with the learned helplessness scale (LH/SCALE) in Hindi // *Indian Journal of Psychiatry*, 1988. – № 30 (4). – P. 333–338.
210. Vollmayr B., Gass P. Learned helplessness: unique features and translational value of a cognitive depression model // *Cell Tissue Res*, 2013. – № 354. – P. 171–178.
211. Xenikou A., Furnham A., McCarrey M. Attributional style for negative events: A proposition for a more valid and reliable measure of attributional style // *British Journal of Psychology*, 1997. – V. 88. – P. 53–69.

Окончание таблицы А.1– Анализ корреляционных взаимосвязей по методикам
"ОРО" и "Карта наблюдений"

волев . комп	25,27 857	15,89 447	– 0,304 604	0,092 783	– 3,756 81	0,000 253	140	34,96 025	– 2,459 96	4,889 16	– 0,037 718
авт. гипе р.	3,935 71	1,968 13									
когн ит. комп.	23,51 429	14,82 730	– 0,259 441	0,067 310	– 3,155 80	0,001 965	140	31,20 683	– 1,954 55	4,745 49	– 0,034 437
мал.н еуд.	3,078 57	2,470 16									
эмоц. комп	21,35 714	14,87 215	– 0,269 452	0,072 605	– 3,286 92	0,001 285	140	26,35 150	– 1,622 30	4,034 39	– 0,044 754
мал.н еуд.	3,078 57	2,470 16									
моти в.ком п.	19,82 857	11,92 720	– 0,237 621	0,056 464	– 2,873 73	0,004 699	140	23,36 079	– 1,147 36	4,054 38	– 0,049 212
мал.н еуд.	3,078 57	2,470 16									
волев .комп	25,27 857	15,89 447	– 0,235 838	0,055 620	– 2,850 89	0,005 029	140	29,95 037	– 1,517 52	4,005 07	– 0,036 652
мал.н еуд.	3,078 57	2,470 16									
когн ит. комп.	23,51 429	14,82 730	– 0,207 162	0,042 916	– 2,487 56	0,014 053	140	27,34 249	– 1,243 50	3,890 10	– 0,034 512

Таблица А.2 – Анализ корреляционных взаимосвязей по методикам "СТОУН–В" и "Карта наблюдений"

	Сред нее	Стд.о ткл	r(X,Y)	r ²	t	p	N	Св. член – завис. Y	Накл он – завис .Y	сред нее – зави с.X	Накл он – завис .X
Общий показате ль отпимиз ма	142,4 000	67,30 825									
Выражен ные признак и СБ	17,40 00	19,70 062	– 0,523 502	0,274 055	– 2,215 33	0,045 206	15	39,219 3	– 0,153 225	173, 5212	– 1,788 57
Общий показате ль отпимиз ма	142,4 000	67,30 825									
Умеренн о выражен ные признак и СБ	114,6 667	18,95 358	0,207 836	0,043 196	0,766 09	0,457 308	15	106,33 27	0,058 525	57,7 680	0,738 07
Общий показате ль отпимиз ма	142,4 000	67,30 825									
Признак и СБ отсутств уют	155,4 000	7,069 05	– 0,334 531	0,111 911	– 1,279 91	0,222 946	15	160,40 31	– 0,035 134	637, 3877	– 3,185 25
парамет р стабильн ости	43,13 33	19,23 489									
Выражен ные признак и СБ	17,40 00	19,70 062	– 0,546 036	0,298 155	– 2,350 02	0,035 225	15	41,522 6	– 0,559 257	52,4 097	– 0,533 13

Продолжение таблицы А.2 – Анализ корреляционных взаимосвязей по методикам "СТОУН–В" и "Карта наблюдений"

параметр стабильности	43,13 33	19,23 489									
Умеренно выраженные признаки и СБ	114,6 667	18,95 358	0,179 794	0,032 326	0,659 00	0,521 400	15	107,02 50	0,177 165	22,2 109	0,182 46
параметр стабильности	43,13 33	19,23 489									
Признак и СБ отсутствуют	155,4 000	7,069 05	– 0,344 503	0,118 682	– 1,323 12	0,208 597	15	160,86 11	– 0,126 609	188, 8042	– 0,937 39
параметр глобальности	49,60 00	22,44 931									
Выраженные признаки и СБ	17,40 00	19,70 062	– 0,512 556	0,262 714	– 2,152 26	0,050 746	15	39,710 0	– 0,449 799	59,7 628	– 0,584 07
параметр глобальности	49,60 00	22,44 931									
Умеренно выраженные признаки и СБ	114,6 667	18,95 358	0,208 665	0,043 541	0,769 29	0,455 475	15	105,92 85	0,176 172	21,2 601	0,247 15
параметр глобальности	49,60 00	22,44 931									
Признак и СБ отсутствуют	155,4 000	7,069 05	– 0,345 946	0,119 679	– 1,329 41	0,206 571	15	160,80 32	– 0,108 935	220, 3268	– 1,098 63

Продолжение таблицы А.2 – Анализ корреляционных взаимосвязей по методикам "СТОУН–В" и "Карта наблюдений"

параметр контроля	49,6667	25,68398									
Выраженные признаки и СБ	17,4000	19,70062	– 0,514973	0,265197	– 2,16606	0,049482	15	37,0186	– 0,395005	61,3486	– 0,67138
параметр контроля	49,6667	25,68398									
Умеренно выраженные признаки и СБ	114,6667	18,95358	0,227627	0,051814	0,84285	0,414553	15	106,3238	0,167978	14,2969	0,30846
параметр контроля	49,6667	25,68398									
Признак и СБ отсутствуют	155,4000	7,06905	– 0,316304	0,100048	– 1,20217	0,250738	15	159,7238	– 0,087057	228,2567	– 1,14923
оптимизм в ситуации успеха	64,0667	28,48926									
Выраженные признаки и СБ	17,4000	19,70062	– 0,541820	0,293569	– 2,32430	0,036953	15	41,4041	– 0,374674	77,7001	– 0,78353
оптимизм в ситуации успеха	64,0667	28,48926									
Умеренно выраженные признаки и СБ	114,6667	18,95358	0,220161	0,048471	0,81377	0,430432	15	105,2828	0,146470	26,1206	0,33093

Окончание таблицы А.2 – Анализ корреляционных взаимосвязей по методикам
"СТОУН–В" и "Карта наблюдений"

Умеренно выраженные признаки и СБ	114,6 667	18,95 358	0,204 662	0,041 887	0,753 88	0,464 360	15	103,63 98	0,118 995	52,3 038	0,352 00
оптимизм в ситуациях достижений	92,66 67	32,59 857									
Признаки и СБ отсутствуют	155,4 000	7,069 05	– 0,282 998	0,080 088	– 1,063 85	0,306 757	15	161,08 68	– 0,061 369	295, 4686	– 1,305 03
оптимизм в межличностных ситуациях	59,40 00	24,56 711									
Выраженные признаки и СБ	17,40 00	19,70 062	– 0,506 418	0,256 460	– 2,117 53	0,054 063	15	41,522 5	– 0,406 102	70,3 884	– 0,631 52
оптимизм в межличностных ситуациях	59,40 00	24,56 711									
Умеренно выраженные признаки и СБ	114,6 667	18,95 358	0,232 402	0,054 011	0,861 52	0,404 560	15	104,01 63	0,179 298	24,8 586	0,301 23
оптимизм в межличностных ситуациях	59,40 00	24,56 711									
Признаки и СБ отсутствуют	155,4 000	7,069 05	– 0,331 260	0,109 733	– 1,265 84	0,227 784	15	161,06 19	– 0,095 318	238, 3010	– 1,151 23

Приложение Б Описание упражнений, используемых в работе с М.

Занятие 1.

Упражнение «Я очень хороший». Ведущий предлагает ребенку повторить вслед за ним несколько слов. Каждый раз ведущий произносит слово с разной громкостью: шепотом, громко, очень громко. Таким образом, ребенок прошептывает, затем проговаривает, затем кричит слово «Я», затем — слово «очень», потом — слово «хороший».

Упражнение «Скажи мишке добрые слова». Ребенок перебрасывается мячиком и вспоминает, какие хорошие качества бывают у людей. Затем ведущий «приглашает» на занятие игрушечного мишку. Ребенок придумывает для него хорошие слова, заканчивая предложение «Ты —... (добрый, старательный, веселый)». Затем ребенок «превращается в мишку» (при этом берет его в руки), а педагог говорит ребенку в роли мишки добрые слова.

Упражнение «Непослушные подушки». Взрослый рассказывает ребенку о том, что у них в комнате для занятий появились непослушные подушки. Когда ими кидаешь друг в друга, они произносят «непослушные» слова, например: «Не хочу учиться... не буду есть...» и т. п. Затем ведущий предлагает поиграть в такие подушки. Игра происходит следующим образом: играет пара — взрослый и ребенок, остальные наблюдают за происходящим. Играют все дети по очереди.

Очень важно, чтобы «непослушные» слова произносились не только ребенком, но и взрослым.

Занятие 2.

Упражнение «Школа плохих привычек». Ведущий предлагает поиграть в «школу плохих привычек». Эта школа — особенная, в ней учат плохим привычкам и за плохое поведение ставят хорошие отметки. В этой школе все ученики и учителя — животные. Ребенок становится сотрудником этой школы — решает, кто он в школе и каким животным является. В этой роли он

представляется группе и осуществляет какие-то действия (говорит что-нибудь, движется особым образом и т. п.). Надо помнить, что ребенок должен демонстрировать именно плохое поведение. Например, директор школы может сказать: «Давайте поставим синяк кому-нибудь».

Упражнение «Конкурс хвастунов». Взрослый предлагает посоревноваться в умении хвастаться. Хвастаются по очереди, например, одна говорит: «Я — красивая», другой: «А я смелый», следующий: «А я доброжелательный», и т. п. Взрослый при этом подбадривает детей. Нужно стремиться к тому, чтобы сказать про себя как можно больше хорошего.

Упражнение «Я могу». Ребенок и взрослый перебрасываются мячиком и громко перечисляют то, что они умеют хорошо делать. Например: «Я умею хорошо плавать!», «Я умею хорошо рисовать!», и т. п.

Занятие 3.

«Стоп-упражнение». Ребенок свободно двигается под музыку, делает какие-либо упражнения и т.д. По условному сигналу он должен замереть и держать позу, пока психолог не предложит ему продолжать движение.

Упражнение «Зеваки». Дети идут по кругу. По сигналу (звонок, хлопок, свисток, колокольчик и т.п.) все останавливаются, делают три хлопка и поворачиваются кругом, затем продолжают движение. Крайне важны в обсуждаемом контексте упражнения на переключение, на преодоление стереотипа. Детям задаются два-три условных сигнала, на которые они, быстро переключаясь, должны ответить соответствующим действием.

Дыхательное упражнение «Шарик». Повышение эффективности выполнения дыхательных упражнений достигается благодаря использованию образного

представления, подключения воображения, так хорошо развитого у детей. Например, возможен образ желтого или оранжевого теплого шарика, расположенного в животе (соответственно надувающегося и сдувающегося в ритме дыхания). Ребенку также предлагается вокализировать на выдохе, пропевая, отдельные звуки (*а, о, у, ш, х*) и их сочетания (*з* переходит в *с*, *о* в *у*, *ш* в *щ*, и т.п.).

Дыхательное упражнение «Ветер». На медленном выдохе пальцем или всей ладонью прерывать воздушную струю так, чтобы получился звук ветра, клич индейца, свист птицы.

Упражнение «Зрительные представления». а) Представьте себе различные фигуры: круг, треугольник, квадрат. «Покрасьте» фигуру в какой-нибудь цвет, теперь измените немного тон на более светлый или более темный; представьте себе, как фигура приобретает более «теплый» и более «холодный» цветовой оттенок. Затем представьте себе сразу две фигуры: два треугольника или треугольник и круг; раскрасьте, как и раньше, каждую из фигур; попробуйте наложить их друг на друга; подберите сочетание цветов и размеров так, чтобы вам было приятно смотреть на них.

б) Представьте какой-нибудь предмет (одушевленный или неодушевленный), медленно рассмотрите его форму, изгибы, пропорции, цвет. Вообразите, как он ведет себя при слабом дуновении ветерка и в бурю. Представьте, как постепенно этот предмет окружается другими предметами. Меняйте эти декорации до тех пор, пока ваша картина не понравится вам до такой степени, что вам захочется все это ощутить в реальности. Что у вас получилось? Что это было?

Упражнение «Синестетические образы». а) Психолог предлагает представить и назвать предметы, фрукты, цветы определенного цвета, например красного, или определенной формы. Через минуту по его сигналу — предметы

синего цвета и т.д. (подобных заданий может быть 5—6). Сначала упражнение выполняется произвольно, а затем сочетается с движениями глаз. Например, глаза направо — помидор, налево — вишня (или вверх — трава, вниз — огурец).

б) Вспомните и постарайтесь воссоздать переживание различных чувств: радости, страха, ярости, покоя, удивления, раскаяния. Пользуясь теми образами, которые вы воспроизвели ранее, «введите» эти чувства в соответствующие декорации, где сочетались бы все те представления, которым вы научились. Это может быть один изолированный образ, но ощущаемый вами всеми органами чувств, а может — пейзаж, законченное сценическое или кинематографическое произведение с большим количеством действующих лиц (может быть, и исторических), наполненное звуками, запахами, яркими красками.

в) Закройте глаза, представьте образ, рассмотрите его в деталях и затем заставьте измениться: молодой человек постепенно превращается в старого и наоборот; молодой побег развивается в большое ветвистое дерево; зимний пейзаж превращается в весенний, летний — в осенний; старуха нищенка — в красавицу; лягушка — в царевну. Попробуйте изобразить это только своим телом, в рисунке, расскажите, что произошло.

Занятие 4.

Групповое занятие.

Упражнение «Автомобиль». Упражнение выполняется аналогично упражнению «Поезд» (см. занятие 9), но дети выступают в роли деталей («колеса», «дверцы», «багажник», «капот» и т.п.), из которых ребенок-ведущий «собирает» автомобиль.

Упражнение «Травинка на ветру». Ребенок изображает всем телом травинку (сесть на пятки, руки вытянуть вверх, сделать вдох). Начинает дуть ветер, и травинка наклоняется до земли (выдыхая, наклонить туловище вперед, пока грудь не коснется бедер; руки при этом вытягиваются вперед, ладони на полу; не меняя

положения туловища, потянуть руки по полу еще дальше вперед). Ветер стихает, травинка выпрямляется и тянется к солнышку (на вдохе вернуться в исходное положение, потянуться вверх).

Упражнение «Зеркало». Дети разбиваются на пары и становятся лицом друг к другу. Один из них делает замедленные движения, другой должен стать его точным «зеркальным» отражением. Сложность и рисунок двигательных мелодий, естественно, должны варьироваться, поскольку дети—«отражения» довольно быстро обучаются угадывать движения партнера, иногда предвосхищают, более того — опережают их.

Занятие 5.

Групповое занятие.

Упражнение «Скамья запасных». Этот прием может применяться как тренировка ответственности за себя и за других. «Прощтрафившийся» тем или иным образом ребенок должен сидеть на стуле до установленного педагогом срока. Если он встанет со стула или будет вертеться, то в конце занятий не примет участия в любимой игре, а на всю команду налагается штрафное очко или зачисляется поражение.

Упражнение «Раскачивающееся дерево». Строится по принципу упражнения «Травинки на ветру» (корни — ноги, ствол — туловище, крона — руки и голова), которое может выполняться как сидя, так и стоя. Важно, чтобы каждый ребенок представил себя «своим» деревом: ведь ель, береза и ива совсем по-разному реагируют на ветерок, начало бури и ураган.

Упражнение «Тень». Первый участник двигается определенным образом, а стоящий за ним ребенок, изображающий его тень, повторяет его движения. Особое внимание уделяется тому, чтобы «тень» двигалась в том же ритме и постаралась догадаться о чувствах, мыслях и целях партнера, уловить нюансы его настроения.

Занятие 6.

Упражнение «Достань ключик». Педагог показывает ребенку новую заводную игрушку. Ключик от игрушки висит так высоко, что, стоя на полу, ребенок не может его достать. Задача заключается в том, чтобы использовать стул в качестве вспомогательного средства для достижения цели (для доставания ключика). Стул находится в поле зрения ребенка. Педагог просит ребенка достать ключик. Он дает возможность ребенку пробовать различные методы: подпрыгивать, становиться на носки, тянуться рукой – и помогает ребенку сделать вывод, что таким образом ключик не достать, потому что он висит высоко.

Затем педагог предлагает ребенку подумать и поискать, что может помочь ему достать ключик, т.е. направляет ребенка на активный поиск вспомогательного средства. Если ребенок сам не догадывается взять стул, педагог подсказывает ему. После того как ребенок достает ключик, педагог фиксирует его внимание на всех этапах решения задачи. Он говорит: «Молодец. Тебе надо было достать ключик. Рукой ты достать не мог, ключик висел высоко. Поэтому ты нашел стул, встал на него и достал ключик». Педагог помогает ребенку завести игрушку и дает возможность поиграть с ней. После игры он просит ребенка рассказать о своих действиях.

Упражнение «Напои птичек». Педагог приглашает ребенка поиграть и сажает его за стол. Перед ним на столе ставится птичка, к ноге которой привязана тесьма. Рядом, несколько наискось от прикрепленной тесьмы, располагаются «ложные» тесемки. Концы тесемок находятся в зоне досягаемости руки ребенка, птичка – нет. Ребенок должен догадаться использовать прикрепленную тесьму для достижения цели (птички). Педагог предлагает ребенку достать птичку и напоить ее из тарелочки. Предварительно он объясняет, что вставать со стула нельзя. В случае затруднения педагог указывает на тесемки и просит потянуть за одну из них. Если ребенок тянет за «ложную» тесьму, педагог говорит:

«Попробуй, потяни за другую». После того как ребенок потянет за прикрепленную тесьму, он помогает ребенку обобщить его действия: «Видишь, эта привязанная тесьма, а эти не привязанные. За какую тесьму можно достать птичку?» Игра повторяется.

Упражнение «Почему скатился мячик?». Педагог кладет на стол перед ребенком желобок, дощечку и говорит: «Сейчас ты будешь угадывать, какой мячик покатится – красный или синий». Он кладет красный мяч на дощечку – мячик лежит; кладет синий мячик на желобок – мячик катится. Педагог спрашивает: «Какой укатился? Почему?» Затем ребенку предлагается положить самому – красный шарик на дощечку, а синий – на желобок. Педагог спрашивает: «А теперь какой шарик укатился? Почему?» В случае затруднения он повторяет игру с мячиками и объясняет причину наблюдаемого явления: «Мячик катится по наклонной плоскости (по желобку), а по прямой плоскости (дощечке) не катится».

Занятие 7.

Упражнение «Достань мишке мячик». Педагог приглашает ребенка поиграть с мишкой в мячик, закатывает мячик под шкаф так, что рукой его не достать. Мишка «просит» у ребенка мячик. Ребенок должен догадаться использовать палку для доставания мячика. Палка находится в поле зрения ребенка. Если ребенок не догадывается использовать палку, педагог помогает анализировать условия. Он указывает жестом на палку и говорит: «Мы не могли рукой достать мячик. Мы искали, что поможет, и нашли палку. Мы достали мячик палкой». Затем педагог играет с ребенком и мишкой в мячик. В конце игры педагог обобщает: «Если рукой достать нельзя, надо искать, что поможет».

Упражнение «Покатай матрешек». На расстоянии, недоступном для вытянутой руки ребенка, находится тележка со стержнем. В тележке находятся матрешки. На краю стола, справа, вблизи от ребенка, лежат палочка с колечком, палочка с крючком, лопатка. Педагог просит ребенка достать тележку и покатаь

матрешек. Ребенок должен догадаться использовать палочку с колечком для доставания тележки со стержнем. Ребенку дается возможность решить задачу методом проб. Затем педагог просит объяснить, почему ребенок использовал именно палочку с колечком. После этого ребенок играет с матрешками (разбирает, складывает, катает).

Упражнение «Плавает или тонет?». Педагог рассматривает с ребенком предметы, нужные для игры. Затем сообщает, что сегодня они будут отгадывать, что плавает, а что тонет. Педагог дает предметы в случайном порядке, а не попарно, и ребенок отвечает заранее, поплывет ли этот предмет или утонет. Затем опускают по одному предмету в воду. Все вместе наблюдают и говорят: «Плавает!» Те предметы, что плавают, кладут в одну коробку, а те, которые тонут, – в другую. При доставании предметов из воды используется сачок. Педагог спрашивает: «Какие предметы мы клали в эту коробку, а какие – в эту коробку?» Затем он уточняет: «Теперь посмотри и скажи: «Какие плавали, а какие тонули?» Ребенок делает обобщение: «Деревянные – плавают, а железные (металлические) – тонут».

Занятие 8.

Упражнение «Столкни мяч». Педагог сажает ребенка около края стола. У противоположного края стола находится мяч на таком расстоянии, что ребенок не может достать его рукой. Рядом с ребенком, на столе, лежит палка. Педагог просит его столкнуть мяч в корзину, которая стоит на полу около стола. Вставать со стульчика ребенку не разрешается. Если он недогадывается сразу взять палку для сталкивания мяча, педагог говорит: «Подумай, как столкнуть. Посмотри, может быть, тебе что-то поможет столкнуть мяч» – указывает жестом на палку. В случае необходимости педагог показывает, как надо выполнить задание. В конце игры он подводит итог: «Что тебе помогло столкнуть мяч? Если не достанешь рукой, надо искать, что поможет».

Упражнение «Покорми кролика». Педагог приносит клетку с кроликом и предлагает ребенку покормить его. Недалеко находится банка с водой, на дне лежит морковка. В случае затруднения педагог предлагает ребенку выполнить задание методом проб: «Попробуй достать морковку какой-нибудь палочкой». При этом ребенку предоставляется самостоятельность. После этого педагог просит ребенка объяснить, почему удобно доставать морковку вилкой. Ребенок наблюдает, как кролик ест морковку.

Упражнение «Почему шарик не упал?». Педагог ставит на стол перед ребенком два набора – шарик на кубике. Один шарик совершенно незаметно для ребенка прикреплен гвоздиком к кубику. Педагог говорит: «Будем играть с этими игрушками» – и толкает кубик, на котором незакрепленный шарик. Затем спрашивает ребенка: «Почему упал шарик?» Выслушав ответ ребенка, педагог спрашивает: «Упадет ли второй шарик, если сделать то же самое?» Педагог толкает другой кубик. Шарик, закрепленный на гвоздике, не падает. Педагог спрашивает: «Почему на этот раз шарик не падает?» Ребенку дается возможность исследовать кубик и обнаружить причину, которая удержала шарик от падения, и объяснить, почему шарик не упал. Игра повторяется несколько раз.

Занятие 9.

Групповое занятие.

Упражнение «Поезд». Дети в результате обсуждения (с участием психолога) приходят к решению построить, например, поезд из имеющегося в зале разнообразного подручного материала. Они обсуждают форму паровоза, количество вагонов, маршрут и т.д. В процессе самого выполнения замысла возникает необходимость учитывать действия других и согласовывать с ними возникающие разногласия. Затем вместе с психологом проходит обсуждение процесса взаимодействия детей и анализ полученного результата — подводится общий итог.

Упражнение «Насос и надувная кукла». Ребенок — надувная кукла, из которой выпущен воздух, — лежит совершенно расслабленно на полу. Психолог (или другой ребенок) накачивает куклу воздухом с помощью насоса: ритмично наклоняясь вперед и произнося звук «с–с–с» на выдохе. Кукла постепенно наполняется воздухом, ее части распрямляются, выравниваются. Наконец кукла надута. Дальнейшее накачивание воздухом опасно — кукла сильно напряглась и может лопнуть. Время окончания надувания определяется по состоянию напряжения тела куклы. После этого из нее вынимают насос, кукла постепенно «сдувается» и «опадает».

Упражнение «Слепой и поводырь». Дети делятся на пары: один из них — слепой (ребенок закрывает глаза), а другой — поводырь. Держась за руки, они молча передвигаются по залу, не сталкиваясь с другими парами. Задача поводыря — познакомить слепого с окружающим его пространством (заполненным различными предметами); позволить ему получить максимум информации, оберегая при этом от возможных опасностей. Поводырю необходимо учитывать характер слепого, его темперамент. Задача слепого — максимально «вслушиваться» в поводыря, повторяя его действия и невербальные указания.

Занятие 10.

Упражнение «Хочу быть счастливым». Педагог рассказывает сказку:

«Жил–был котенок, который очень волновался, вырастет ли он счастливым, и поэтому часто спрашивал у своей мамы:

- Мам! Я стану счастливым?

- Не знаю, сыночек. Я бы очень этого хотела, но сама не знаю, — отвечала мама.

- А кто знает? — допытывался котенок.

- Может быть, небо, может быть, ветер. А может быть, солнце. Они далеко, высоко, им виднее, — отвечала мама улыбаясь.

И тогда наш котенок решил сам поговорить с небом, ветром, солнцем. Залез он самую высокую березу в их дворе и закричал:

– Эй, небо! Эй, ветер! Эй, солнце! Я хочу быть счастливым!

И услышал он глухой сильный голос, чей он был, он так и не понял, но запомнил на всю жизнь:

– Ты хочешь быть счастливым — значит, будешь счастливым!»

После того как ребенок послушает сказку, он проигрывает ее. Ребенок становится на стул в центре круга и громко кричит последние слова котенка, а педагог громко отвечает: «Ты хочешь быть счастливым — значит, будешь счастливым».

Упражнение «Медитация на счастье». Педагог просит ребенка закрыть глаза и представить самого себя совершенно счастливым. Пусть ребенок мысленно оглядится вокруг и постарается увидеть, кто находится рядом с ним, где все это происходит. Затем ребенок берет альбом и рисует себя — таким, каким он себя увидел.

Упражнение «Счастливый сон». Ребенок закрывает глаза и вспоминает свой самый счастливый сон или придумывает его, если такой сон ему еще не приснился. Затем рассказывает его и рисует.

Занятие 11.

Групповое занятие.

Упражнение «Восковая скульптура». Участники, сидящие (стоящие) в кругу с закрытыми глазами, лепят «по цепочке» друг из друга одну и ту же скульптуру. После чего каждый возвращается к приданной ему позе и сохраняет ее до тех пор, пока не будет закончена последняя копия. Затем дети открывают глаза и сравнивают полученные скульптуры. Происходит обсуждение.

Упражнение «Огонь и лед». И.п. — стоя в кругу. По команде «Огонь!» — дети начинают интенсивные движения всем телом. Плавность и степень интенсивности движений каждый ребенок выбирает произвольно. По команде «Лед!» дети застывают в позе, в которой их застигла команда, напрягая до предела все тело. Психолог несколько раз чередует обе команды, меняя время выполнения той и другой.

Упражнение «Паровоз». Дети разбиваются на команды по 4—5 человек, выстраиваются «паровозиком» в затылок друг другу (стоящий сзади держит двумя руками за талию или за плечи того, кто стоит впереди). Все закрывают глаза, кроме первых — вагоновожатых, которые медленно начинают движение. Их задача — аккуратно, молча вести «паровоз», огибая препятствия, не сталкиваясь с другими; задача остальных — максимально «прислушиваться» к стоящему впереди, улавливая и повторяя все изменения в его движениях, тем самым обеспечивая точную передачу информации стоящим сзади. По команде психолога дети останавливаются, первый встает в конец «паровоза», снова продолжается движение, пока все не побудут в роли ведущего и ведомого. Усложнение упражнения: увеличение количества детей в «паровозике», усложнение траектории движения (крутые повороты, ограничение движений по высоте — идти согнувшись и т.п.).

Занятие 12.

Групповое занятие.

Упражнение «Я – золотая рыбка». Каждому участнику предлагается описать какой-нибудь известный сюжет, например, сюжет «Сказки о рыбаке и рыбке» от лица каждого из персонажей: старика, старухи, рыбки, моря (можно разделить роли между разными детьми). При этом остальные участники должны внимательно следить за тем, чтобы рассказывалось именно то, в чем действительно принимал участие данный герой, и задавать провокационные

вопросы: «А что ты при этом чувствовал(а)?», «А зачем тебе быть столбовой дворянкой?»

Упражнение «Росток». И.п. — на корточках по кругу; голову нагнуть к коленям, обхватив их руками. Психолог: «Представь себе, что ты маленький росток, только что показавшийся из земли; он растет, постепенно выпрямляясь, раскрываясь и устремляясь вверх. Я буду помогать тебе "расти"». Называется часть тела, которая активизируется в данный момент при абсолютной пассивности других. «Один» — медленно выпрямляются ноги; «два» — ноги продолжают «расти», постепенно оживают руки, но пока висят как «тряпочки»; «три» — осторожно выпрямляется позвоночник (от поясницы к плечам); «четыре» — выпрямляются плечи, шея и голова; «пять» — руки поднимаются вверх, смотрим на солнышко, тянемся к нему. Усложняя задачу, можно увеличивать количество этапов «роста» до 10—20.

Упражнение «Японская машинка». Группа рассаживается в полукруг. Участники рассчитываются по порядку, начиная с любого края. Ведущему всегда присваивается номер «ноль». Ведущий может принимать участие в упражнении, но чаще всего он только начинает его и задает темп. Темп отбивается всеми участниками группы следующим образом: на счет «раз» — удар ладонями обеих рук по коленям, на счет «два» — удар правой ладонью, на счет «три» — удар левой ладонью и т.д. Одновременно с ударом правой ладонью ведущий начинает игру, произнося свой номер: «Ноль». На удар левой ладонью он называет номер игрока, который продолжает игру дальше. (При этом участники, приглашая к игре друг друга, должны обязательно сопровождать свое приглашение взглядом.). Далее следует удар ладонями по коленям (все молчат). Участник, допустивший ошибку в выполнении задания, прекращает игру, продолжая, однако, сидеть в полукруге и отстукивая ритм. Ведущий, не меняя темпа, констатирует, например: «Третьего нет», и продолжает игру. Ошибками считаются: сбой темпа; неправильное называние своего номера или номера партнера; приглашение к

игре выбывшего участника или ведущего (если он не играет); приглашение к игре, не сопровождаемое взглядом. Возможные пути усложнения игры: убыстрение темпа, изменение направления расчета участников, расчет нечетными числами или буквами.

Занятие 13.

Упражнение «Украсим комнату». Педагог сообщает, что скоро будет праздник – Новый год; надо украсить комнату, повесить снежинки. Он говорит, что снежинки надо повесить в разные места комнаты: на высокую планку около доски, на гвоздик около картины, на гвоздик около книжной полки и т.д. Затем раздает снежинки и предлагает их повесить. Ребенок должен использовать различные вспомогательные средства – стулья, скамейку, которые находятся вне поля зрения. При затруднении педагог помогает найти эти средства и выполнить задание. Все радуются украшениям, и ребенок рассказывает, что ему помогло так высоко повесить снежинку.

Упражнение «Самолеты летят». Педагог предлагает ребенку поиграть с самолетом, гайки которого плохо укреплены. Ребенок должен догадаться выбрать среди предметов, имитирующих орудия труда, гаечный ключ и использовать его для укрепления гаек. В случае затруднения педагог дает возможность ребенку попробовать закручивать гайки различными предметами и выбрать необходимый – гаечный ключ. Затем педагог помогает ребенку закрутить гайки, т.е. выполнить практические действия. Затем разворачивается сюжет игры: «Самолеты заправляются и готовятся к полету. Самолеты – летят. Самолеты «идут» на посадку. Самолеты сели на площадку в аэропорту» и т.д.

Упражнение «Качели». Педагог предлагает ребенку рассмотреть первую пару игрушек – кошку и мышку. Затем он просит ребенка покатасть эти игрушки на качелях. Сторона качелей, где сидит кошка, опущена, а где мышка – поднята вверх. Педагог объясняет, что покатасться игрушкам не удастся: «Кошка – тя-

желая, а мышка – легкая». Потом просит ребенка посадить на качели вторую пару игрушек – утенка и цыпленка, качели находятся на одном уровне, и можно катать игрушки. После этого педагог помогает обобщить: «Утенок и цыпленок – легкие, одинаковые, их можно катать на качелях».

Занятие 14.

Упражнение «Рисунок имени». Взрослый просит ребенка представить, что он уже вырос и стал известным мореплавателем, или врачом, может быть, знаменитым ученым или писателем. Решено выпустить красивый альбом в честь каждого. На этом альбоме должно быть написано имя знаменитости, украшают его интересные рисунки. Ребенок с помощью взрослого придумывает, какие рисунки могут быть помещены в альбоме рядом с его именем, описывает их устно, а затем на листе бумаги пишет красиво свое имя и рисует задуманное. (Если ребенок не умеет писать, ему помогает взрослый.)

Упражнение «Скульптура моих хороших качеств». Ребенок–ведущий совместно со взрослым вспоминает свои хорошие качества и подбирает к каждому пластилин определенного цвета. Затем определяет свое главное хорошее качество, размышляет о том, на что оно похоже, как его можно слепить. После этого он добавляет в скульптуру все другие свои хорошие качества.

Упражнение «Передаю прикосновением». Взрослый задумывает какое-то качество, которое ему нравится в ребенке, прикасается к нему, а тот угадывает, какие качества задуманы. Это упражнение может быть повторено несколько раз.

Упражнение «Счастливый сон». Ребенок закрывает глаза и вспоминает свой самый счастливый сон или придумывает его, если такой сон ему еще не приснился. Затем рассказывает его и рисует.

Занятие 15

Игра с «Живой веревочкой». Наша «Живая веревочка» лежит на полу. Пока звучит музыка, можно танцевать. Как только я выключу магнитофон, и мелодия прекратится, быстро найди ленточку со своим именем и в этом месте возмись за веревочку.

Упражнение «Джаз тела». Сейчас я включу музыку, и мы будем выполнять под нее ритмичные движения. Сначала только поворачивай голову в разные стороны (направо и налево) в разном ритме. Попробуем! Молодец! Теперь двигаются только плечи, то вместе, то попеременно, то вперед, то назад, то вверх, то вниз. Пробуем. Далее — движения рук, потом бедер и ног. А теперь постепенно прибавляем движения по порядку: голова + плечи + руки + бедра + ноги. Танцуем, свободно передвигаясь по всему коврику.

Дыхательное упражнение. Музыка прекратилась. Ложимся на ковер. Делаем вдох–выдох. Прислушаемся к своему дыханию, оно становится ровнее. Послушай свое сердце, где оно находится? Еще сделаем вдох — выдох (3 раза).

Упражнение на релаксацию. Люди любят мечтать. Помечтаем и мы. Закрой глаза. Представь себе ночное небо с яркими звездами. Где-то там, далеко-далеко, тоже есть жизнь. Мы отправляемся в увлекательное путешествие к загадочной, фантастической Голубой планете.

Мы — команда межпланетного космического корабля землян. Каждый занял свое место. Сейчас корабль поднимается в небо. Вдох — выдох, вдох — выдох, вдох — выдох. Крепко-крепко сожми в кулаках штурвалы и сильно надави ступнями на педали. Держи, держи! Молодец! А теперь отпусти штурвал и педали. Вдох — выдох. Чувствуешь, как приятная тяжесть растекается по телу и прижимает нас? Корабль взлетает. Нам становится легко. Сейчас важно ровно дышать: вдох–выдох, вдох — выдох, вдох — выдох. Хорошо! Мы почти не

чувствуем свое тело, оно легкое, невесомое. Вдох — выдох, вдох — выдох, вдох — выдох.

Мы летим в космосе. На нас приветливо смотрят планеты, приглашая в гости, но наша цель — Голубая планета. Вот она уже близко, яркая, красивая. Давайте сделаем плавную посадку. Снова крепко возьмемся за штурвалы, сильно надавим на педали, три раза сделаем глубокий вдох–выдох и отпустим штурвалы и педали. Как плавно и мягко мы сели!

Выйдем из корабля. Представьте, что перед нами океан, где нет воды, а есть только цветы. Они белые, оранжевые, розовые, они повсюду! У каждого цветка голубой стебелек. Понятно, почему планета кажется совсем голубой? В этом океане цветов живут необычные существа с прозрачными крылышками и огромными голубыми глазами. Это и есть наши соседи, жители Голубой планеты, — Чистокрылышки. Они рады нам, улыбаются, мы им нравимся, они предлагают нам свою дружбу и нежность. Они протягивают нам свои руки и чистые крылышки. Мы тоже протягиваем им руки и чувствуем, как в наше тело входят добро, радость и теплота. Мы возьмем эти добро, радость и тепло с собой и поделимся счастьем с мамами, папами, бабушками, дедушками, братьями и сестрами, с друзьями, со всеми людьми планеты Земля.

Упражнение «Рисование Чистокрылышки». Возьми контур человека и попробуй нарисовать Чистокрылышка — жителя Голубой планеты. Рисунок мы вырежем, приклеим к макету планеты и повесим в кабинете на память о прошедшем занятии. Спасибо, ты замечательно поработал сегодня! До свидания.

Приложение В Программа тренинговых занятий

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА
ДЕТСКИЙ САД № 20

г. Калининград, Каштановая аллея, 174
тел. 910–539, факс. 910–570, e-mail: mdouds_20@mail.ru

**ПРОГРАММА ТРЕНИНГОВЫХ ЗАНЯТИЙ
ДЛЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ
«МЫ ВМЕСТЕ»**

Разработано
Учителем–дефектологом МАДОУ д/с № 20
Завертяевой А.А.

Г. Калининград
2015 г.

Введение

Современные российские семьи развиваются в условиях противоречивой общественной ситуации. С одной стороны, наблюдается поворот общества к проблемам и нуждам семьи, повышается ее значимость в воспитании детей. С другой, наблюдаются процессы, которые приводят к обострению семейных проблем—это, прежде всего, рост числа разводов, отрицательно влияющих на психику детей, увеличение количества неполных семей и повторных браков.

Механизмы интеграции семьи, в частности взаимоотношений между ее членами, играют огромную роль в воспитательном процессе. Их нарушение влечет за собой значительные неблагоприятные последствия в сфере детско—родительских отношений.

В психологической литературе активно обсуждается вопрос влияния особенностей воспитания на развитие и становление личности ребенка, его поведение, подчеркивается важность гармоничных взаимоотношений между детьми и родителями. Беседы, лекции и индивидуальные консультации педагога—психолога не всегда могут помочь в разрешении сложных ситуаций в процессе воспитания ребенка в семье. Эффективным средством может стать тренинговая форма работы с родителями и детьми.

В группе психологического тренинга для родителей создаётся уникальная возможность в атмосфере доверия и принятия взглянуть со стороны на свой стиль воспитания; проанализировать, как отражаются на формировании личности ребёнка и семейных отношений привычные паттерны родительского поведения; получить конкретные навыки и практические методы решения проблемных ситуаций; узнать, как обыденный стиль отношений, привычные слова и действия формируют жизненный сценарий детей. Ребенку тренинг детско—родительских отношений позволит разрешить актуальные проблемы семейного взаимодействия, с большим пониманием относиться к родителям, увидеть их с необычной творческой стороны и почувствовать себя увереннее и спокойнее в отношении с родителями.

Цель программы: способствовать установлению и развитию отношений партнерства и сотрудничества родителя с ребенком.

Задачи программы:

- расширение возможностей понимания своего ребенка;
- улучшение рефлексии своих взаимоотношений с ребенком;
- выработка новых навыков взаимодействия с ребенком;
- активизация коммуникаций в семье.

Категория участников: программа рассчитана на родителей и детей дошкольного возраста с задержкой психического развития. Занятия проходят в групповом формате. Основной принцип набора в группу: желание помочь своей семье и своему ребенку. Число участников группы 10–16 человек.

Программа включает в себя 8 занятий продолжительностью от 30 минут до трех часов. Занятия проводятся раз в месяц в формате мини–тренингов в подходящем помещении, где дети и родители могли бы разместиться по кругу, сидя на стульях или на ковре. В тренинге использованы идеи О.В. Хухлаевой, Е.К. Лютовой, Г.Б. Мониной, Т. Гордона, А. Адлера, И.М. Марковской, Р. Дрейкуса, А.А. Лопатиной, М.В. Скребцовой и др.

Содержание занятий

Занятие № 1.

Лекционное занятие: Задержка психического развития как особое состояние ребенка.

Цель: повышение уровня знаний родителей об особенностях ребенка.

Занятие № 2.

Лекционное занятие: Особенности состояния беспомощности у дошкольников с задержкой психического развития.

Цель: повышение уровня знаний родителей об особенностях ребенка.

Занятие № 3.

Упражнение «Знакомство с группой»

Цель: знакомство с детьми, описание родителей «глазами» детей, определение «узких» зон взаимодействия родителей с детьми, создание ситуаций взаимодействия и сотрудничества.

Описание упражнения

1. Занятие можно начать с того, что спросить всех: «Кто здесь собрался?» Пусть дети и взрослые придумают как можно больше вариантов (люди, друзья, знакомые, мамы и дети, земляне и т. д.).

2. Ведущий, знакомясь с детьми, просит каждого по очереди назвать свое имя и рассказать о своей маме (папе), для того чтобы гадать по описанию, кто из сидящих в кругу людей — его родители. При этом ведущий задает разные вопросы: «Какая твоя мама?», «Что она любит делать?», «Что ей нравится?», «Что ей не нравится?» и т. п.

Упражнение «Золотое правило»

Цель: знакомство с правилами тренинговой группы.

Описание упражнения:

Ведущий знакомит участников с целями и задачами тренинга. Обговариваются условия и режим работы, вводятся правила групповой работы. Ведущий рассказывает, в какой форме будут проходить занятия и каким основным темам они будут посвящены.

Немаловажно в рамках данного занятия обсудить основные правила поведения родителей в группе:

1. Доверительный стиль общения.

Мы принимаем внутри нашей группы единую форму обращения друг к другу «ты». Такая форма обращения способствует более близким и доверительным взаимоотношениям, настраивает на дружескую встречу.

2. Правило «здесь и теперь».

Основная задача: превратить группу в своеобразное большое зеркало, в котором каждый смог бы увидеть себя во время самых разнообразных проявлений характера, поведения, взаимоотношений с ребенком, умения быть самокритичным и правильно реагировать на критику, лучше знать себя и свои личные особенности, ошибки в воспитании детей. Поэтому во время занятия все говорят только о том, что волнует их именно сейчас, обсуждают то, что происходит с ними в группе. Персонификация высказываний.

3. Отказ от обезличенной речи.

Например, «говорят, что...», «воспитывают...». Безличная речь помогает скрывать собственные позиции и тем самым уходить от ответственности за свои слова.

4. Искренность общения.

Говорить нужно только о том, что чувствуем и думаем по поводу происходящего, т.е. только правду. Если нет желания высказаться искренно и откровенно, лучше помолчать. Естественно, что никто не обижается на высказывания других.

5. Конфиденциальность происходящего в группе.

Ничего не разглашается. Мы уверены в том, что никто не расскажет о переживаниях человека, о том, что он поделился.

6. Определение сильных сторон личности.

Во время занятия любой из нас стремится подчеркнуть положительные качества человека, с которыми мы работаем.

7. Недопустимость непосредственных оценок человека.

При обсуждении происходящего мы оцениваем не участника, а только его действия и поведение. Мы не используем высказывания типа: «Ты мне не нравишься...», а говорим: «Мне не нравится твоя манера общения»; мы никогда не скажем: «Ты плохой человек», а просто подчеркиваем: «Ты совершил плохой поступок».

8. Активное участие в происходящем.

Это норма поведения, в соответствии с которой в любую минуту мы реально включаемся в работу. Активно смотрим, слушаем, чувствуем себя, партнера и коллектив в целом. Не замыкаемся, даже если услышали в свой адрес что-то не очень приятное. Не думаем только о собственном «Я», получив много положительных эмоций. Мы все положительные в группе, внимательны друг к другу, нам интересны окружающие.

9. Уважение говорящего.

Когда высказывается кто-то из товарищей, мы его внимательно слушаем, давая возможность сказать то, что он хочет. Не перебиваем и молчим до тех пор пока он не закончит говорить. И лишь после этого задаем вопросы.

Упражнение «Твой образ в жесте»

Цель: Пробуждение и отреагирование собственных чувств, эмоций, спонтанных двигательных реакций на разные моделируемые ситуации.

Описание упражнения:

Все участники группы встают в круг. Один делает шаг вперед и демонстрирует себя в жесте, при этом произносит своё имя (пример тренера) поднимает руку, сжатую в кулаке и громко при этом произносит: «Людмила!»

Затем возвращается в круг. Затем все участники вместе делают шаг вперед, повторяя жест тренера, и произносят имя «Людмила». После чего все возвращаются на круг.

Таким образом, каждый участник по кругу произносит свое имя и показывает жест, который у него ассоциируется с его именем – демонстрирует себя с помощью жеста и имени.

Упражнение «Карта моего внутреннего мира»

Цель: формирование представлений о себе; осознание и выражение своих чувств.

Материалы: бумага разного формата; краски, кисточки; набор карандашей/фломастеров/мелков; различные географические карты.

Описание упражнения:

Перед Вами лежат различные географические карты. Как Вы видите, они нам могут рассказать о том, как располагаются материки, океаны, моря, горы; об особенностях природы; об устройстве и развитии городов; о различных народах. На карте находит отражение всё то, что смогли открыть и изучить люди. Хотя когда-то наша Земля была совсем неизведанной, люди мало чего знали о том, что их окружает. Но всё это мир внешний. А есть ещё особый мир. Мир внутренний. У каждого человека он свой– удивительный, неповторимый, и где-то неизведанный. Давайте создадим карты нашего внутреннего мира. Они будут похожи на карты, которые мы сегодня рассматривали, только все названия на них будут у нас особенные. Например, «океан любви», или «гора смелости». Обозначим сначала то, что уже открыли в себе, знаем. И оставим место для наших дальнейших открытий»

Когда карты будут готовы–устройте по ним «экскурсии» друг для друга. При просмотре уделите внимание:

– что преобладает на ваших картах: какие чувства, состояния, цветовая гамма;

- какой был выбран «маршрут» продвижения по карте, с какого места началось путешествие и на каком закончилась;
- какие области были оставлены для дальнейших открытий; какие хотелось бы открытия сделать;
- спросите у себя, что было сложнее всего изобразить, а так же поделитесь и своими трудностями, если таковые были.
- по завершению экскурсии поинтересуйтесь, а всё ли получилось из того, что было запланировано? Хотелось бы что-то изменить? Что больше всего понравилось в своей карте, и карте другого? Чем ваши карты похожи, а чем отличаются?

Примечание: Постарайтесь, что бы работа с картами продолжалась и в последующие дни. Пусть для этого они остаются на виду, что бы всегда можно было что-то дополнить, изменить. Будет хорошо, если вы периодически вновь будете проводить «экскурсии» друг для друга и уделять внимание тому, что изменилось в восприятии карты.

Упражнение «Пряничная куколка»

Цель: содействовать развитию у детей положительного образа Я.

Описание упражнения:

В этой игре взрослый «лепит» из ребенка пряничную куклу. Для этого ребенок ложится на матрасик (или на стол учителя) и превращается в тесто. Сначала взрослый «замешивает тесто» — поглаживает тело ребенка, затем он добавляет в тесто различные качества и характеристики (по желанию ребенка), такие как красота, ум, хорошие друзья и т. п. После этого он приступает к лепке «куколки»: вылепливает ручки, ножки, тело, голову. Делает это он легкими поглаживающими движениями, приговаривая что-нибудь вроде: «Какие ручки замечательные получились, а головка еще лучше!» Когда «куколка» готова, взрослый вдует в нее жизнь со словами «Куколка, живи!». Затем взрослый предлагает ребенку подойти к зеркалу и посмотреть, какая чудесная куколка получилась.

Это упражнение можно проводить и в группе. В таком случае не только взрослый, но и все дети принимают участие в «лепке».

Упражнение «Рефлексия дня»

Цель: получение обратной связи, эмоциональное и смысловое отреагирование, осознание полученного опыта.

Описание упражнения:

На кругу поделитесь своими чувствами, мыслями и переживаниями.

Каждый проговаривает «Сегодняшний день для меня—это...» добавляя только одно слово.

Занятие №4.

Упражнение «Золотое правило»

Цель: Повторение правил тренинговой группы. Базовые правила групповой работы.

Описание упражнения:

Участники тренинга могут предложить дополнительные правила. Желательно, чтобы каждый участник тренинга осознал необходимость этих правил и выразил готовность следовать им в процессе тренинга. Ожидания от сегодняшнего дня. Пожелания друг другу.

Упражнение «Капельки»

Цель: Невербальное взаимодействие участников группы, индивидуальный выбор безопасного взаимодействия с разными людьми.

Описание упражнения:

Ведущий тренер сообщает, что все участники тренинга — «капельки», которые беспорядочно передвигаются по комнате, при этом руки прижаты к груди.

По сигналу ведущего тренера капельки быстро объединяются в «тучки», определенной величиной по количеству капелек (по 2, 3, 5 и даже по 15 атомов).

Тучка представляет собой несколько человек, плотно прижатых руками и плечами друг к другу.

После соединения участники расходятся и вновь создают беспорядочное движение «броуновское движение». И так несколько раз.

Последний раз ведущий тренер командует «четыре», и все объединяются в группы. В этих группах продолжается дальнейшая работа.

Упражнение «Паровозики»

Цель: Развитие чувства уверенности, доверия другим людям, осознание собственной ответственности за других людей и их физическая и эмоциональная поддержка.

Описание упражнения:

Участники группы объединяются в четверки и становятся друг за другом, держась за талию впереди стоящего участника. Первый участник–паровозик, остальные – вагончики. Вагончики–участники закрывают глаза, паровозик–с открытыми глазами.

По команде ведущего тренера паровозики во всех тройках начинают водить вагончики по комнате, так, чтобы не было аварий. В комнате можно установить мягкие модули в качестве препятствий. Через минуту–другую по команде ведущего тренера все останавливаются и меняются ролями.

В следующий раз снова меняются ролями для того, чтобы каждый участник побывал в роли паровозика и первого и второго вагончика.

Упражнение «Дождик»

Цель: снятие мышечного напряжения.

Описание упражнения:

Все сидят в кругу. Ведущий просит всех закрыть глаза и сохранять тишину, настраиваясь, таким образом, на восприятие звуков. Через некоторое время ведущий начинает потирать ладони (шум приближающегося дождя), затем к нему присоединяются следующий участник и т.д. против часовой стрелки, пока

последний участник (левый сосед ведущего) не подхватит это движение. Затем ведущий запускает следующее движение—щелчки пальцами одной руки (первые крупные капли). Постепенно это движение выполняют все участники. Таким образом, будут запущены следующие движения:

- Потирание ладоней (шум приближающегося ливня);
- Щелчки пальцев одной руки;
- Щелчки пальцев двух рук;
- Хлопки в ладоши;
- Хлопки по груди;
- Хлопки по одному колену;
- Хлопки по двум коленям;
- Не переставая хлопать, сначала топать одной ногой, затем двумя ногами.

Так постепенно создается шум сильного ливня.

Через какое-то время ведущий начинает запускать движения в обратном порядке – дождь постепенно затихает и удаляется. После того как последний участник перестанет потирать ладони, несколько секунд все сидят в тишине. Затем ведущий предлагает: «Вы меняете движения только тогда, когда я до вас дотронусь». После того как последний участник перестанет потирать ладони, несколько секунд все сидят в тишине, пока ведущий не попросит открыть глаза.

Упражнение «Рефлексия дня»

Цель: Получение обратной связи, эмоциональное и смысловое отреагирование, осознание полученного опыта.

Описание упражнения:

На круг: поделитесь своими чувствами, мыслями, переживаниями.

Упражнение «Сегодня в своем чемодане я унесу очень важную вещь...».

Каждый проговаривает предложение, добавляя своё окончание.

Каждый письменно:

Сегодня я узнал...

Я хотел, чтобы ...

Мне не понравилось, что...

Занятие № 5.

Упражнение «Золотое правило»

Цель: Повторение правил тренинговой группы. Базовые правила групповой работы.

Описание упражнения:

Участники тренинга могут предложить дополнительные правила. Желательно, чтобы каждый участник тренинга осознал необходимость этих правил и выразил готовность следовать им в процессе тренинга. Ожидания от сегодняшнего дня. Пожелания друг другу.

Упражнение «Карусель приветствий»

Цель: продолжение знакомства участников тренинговой группы, включая разные формы приветствия; раскрепощение участников группы.

Описание упражнения:

Ведущий тренер предлагает всем участникам объединиться в две команды. Одна команда образует первый круг. Вторая – другой.

Первый круг внешний, второй – внутренний. Тренер дает команду «Поздороваемся пятками» и все участники здороваются пятками, затем внутренний круг перемещается и останавливается, когда последует следующая команда тренера «Здороваемся руками» и т.д. Команды здороваются руками и т. д.

Упражнение «Добрые руки»

Цель: развитие чувства уверенности, доверия, физическая и эмоциональная поддержка, снятие эмоциональных и телесных зажимов.

Описание упражнения:

Ведущий тренер объясняет правила выполнения упражнения. Родитель и ребенок объединяются в пары, ребенок закрывает глаза. После чего по команде

тренера родители создают из ребенка скульптуры–состояния: «Забота, поддержка, нежность, любовь».

Упражнение «Разговор с телом»

Цель: научить ребенка владеть своим телом.

Описание упражнения:

Ребенок ложится на пол на большой лист бумаги или кусок обоев. Взрослый карандашом обводит контуры фигуры ребенка. Затем вместе с ребенком рассматривает силуэт и задает вопросы: «Это твой силуэт. Хочешь, мы можем разрисовать его? Каким бы цветом ты хотел раскрасить руки, ноги, туловище? Как ты думаешь, помогает ли тебе твое тело в определенных ситуациях, например, когда ты спасаешься от опасности? Какие части тела тебе особенно помогают? А бывают такие ситуации, когда твое тело подводит тебя, не слушается? Что ты делаешь в этом случае? Как ты можешь научить свое тело быть более послушным? Давай договоримся, что ты и твое тело будут стараться лучше понимать друг друга».

Упражнение «Рефлексия дня»

Цель: Получение обратной связи, эмоциональное и смысловое отреагирование, осознание полученного опыта.

Описание упражнения:

На кругу поделитесь своими чувствами, мыслями, переживаниями.

Упражнение «Сегодняшний день для меня – это...», каждый проговаривает только одно слово, добавляя своё окончание.

Каждый письменно:

- Сегодня я узнал(а)...
- Чувства, которые я испытывал(а)...
- Я хотел(а), чтобы ...
- Мне не понравилось, что...

Занятие № 6.

Упражнение «Золотое правило»

Цель: Повторение правил тренинговой группы. Базовые правила групповой работы.

Описание упражнения:

Участники тренинга могут предложить дополнительные правила. Желательно, чтобы каждый участник тренинга осознал необходимость этих правил и выразил готовность следовать им в процессе тренинга. Ожидания от сегодняшнего дня. Пожелания друг другу.

Упражнение «Совместное рисование»

Цель: выработка и закрепление навыков совместной конструктивной деятельности.

Описание упражнения:

Оно проводится в двух вариантах:

- детям 3 – 5 лет и их родителям мы предлагаем нарисовать рисунок на определенную тему («Наш дом», «Дом», «Праздник»);
- родителям с детьми более старшего возраста дается задание выполнить рисунок одной рукой (карандашом или фломастером), но при этом им нельзя договариваться и вообще говорить друг с другом.

После того как все закончили, каждая пара представляет свое произведение, ведущий предлагает ребенку рассказать, как был нарисован этот рисунок, кто был инициатором воплощенных идей, как происходила прорисовка тех или иных деталей. При этом возможны, разные варианты. Часто ребенок приписывает себе авторство, хотя оно ему и не принадлежит.

Упражнение «Описание картинок по Роршаху»

Цель: развитие совместного воображения родителей и ребенка.

Описание упражнения:

Каждая пара — ребенок и мама (папа) — по очереди получают одну из 10 картинок с изображениями пятен Роршаха. Им предлагается сначала назвать как можно больше идей о том, на что это похоже, а потом прийти к одному названию. После того как каждая пара имела возможность пофантазировать, все остальные могут дать свои варианты ответов, так как детям очень хочется сказать, что они видят.

Упражнение «Рефлексия дня»

Цель: Получение обратной связи, эмоциональное и смысловое отреагирование, осознание полученного опыта.

Описание упражнения:

На кругу поделитесь своими чувствами, мыслями, переживаниями.

Упражнение «Сегодняшний день для меня – это...», каждый проговаривает только одно слово, добавляя своё окончание.

Каждый письменно:

- Сегодня я узнал(а)...
- Чувства, которые я испытывал(а)...
- Я хотел(а), чтобы ...
- Мне не понравилось, что...

Занятие № 7.

Упражнение «Золотое правило»

Цель: Повторение правил тренинговой группы. Базовые правила групповой работы.

Описание упражнения:

Участники тренинга могут предложить дополнительные правила. Желательно, чтобы каждый участник тренинга осознал необходимость этих правил и выразил готовность следовать им в процессе тренинга. Ожидания от сегодняшнего дня. Пожелания друг другу.

Упражнение «Угадай, чьи руки»

Цель: создание ситуации взаимодействия и сотрудничества

Описание упражнения:

Кто это на ощупь? Эта игра проводится с завязанными глазами. Сначала дети на ощупь определяют, кто кем является, пытаются угадать имя. Затем родители находят с закрытыми (завязанными глазами) руки своего ребенка. Для родителей и детей это может быть очень значимая ситуация (найдет ли мама своего ребенка?).

Упражнение «Изобрази животных»

Цель: формирование умения работать в команде, снятие эмоционального напряжения.

Описание упражнения:

Тренер называет определенных животных и просит участников изобразить, как они выглядят. Изображать животных можно как по одиночке, так и в командах.

Упражнение «Найди себе пару среди животных»

Цель: самовыражение, эмоциональное раскрепощение, развитие мимики и пантомимики.

Описание упражнения:

Ведущий раздает заранее приготовленные листочки с написанными на них названиями животных каждому участнику (если дети маленькие, то надо незаметно сказать на ушко название животного). По сигналу ведущего участники начинают изображать своих животных и ищут пару. Поскольку все названия парные, каждый может найти себе пару после команды ведущего. После того как каждый нашел себе «своего» животного, ведущий спрашивает « Кто вы? »

Упражнение «Рефлексия дня»

Цель: Получение обратной связи, эмоциональное и смысловое отреагирование, осознание полученного опыта.

Описание упражнения:

На кругу поделитесь своими чувствами, мыслями, переживаниями.

Упражнение «Сегодняшний день для меня – это...», каждый проговаривает только одно слово, добавляя своё окончание.

Каждый письменно:

- Сегодня я узнал(а)...
- Чувства, которые я испытывал(а)...
- Я хотел(а), чтобы ...
- Мне не понравилось, что...

Занятие 8.

Упражнение «Золотое правило»

Цель: Повторение правил тренинговой группы. Базовые правила групповой работы.

Описание упражнения:

Участники тренинга могут предложить дополнительные правила. Желательно, чтобы каждый участник тренинга осознал необходимость этих правил и выразил готовность следовать им в процессе тренинга. Ожидания от сегодняшнего дня. Пожелания друг другу.

Дыхательные упражнения.

Цель: снятие эмоционального напряжения, обучение приемам релаксации.

1. «Геометрия дыхания». В исходном положении стоя или сидя сделать полный вдох. Затем, задержав дыхание, вообразить круг и медленно выдохнуть в него. Этот прием повторить четыре раза. После этого вновь вдохнуть, вообразить треугольник и выдохнуть в него три раза. Затем подобным же образом дважды выдохнуть в квадрат. После выполнения этих процедур обязательно наступит успокоение.

2. «Доброе утро». По оценке специалистов зевок позволяет почти мгновенно обогатить кровь кислородом и освободиться от избытка углекислоты. Напрягающиеся в процессе зевка мышцы шеи, лица, ротовой полости ускоряют кровоток в сосудах головного мозга. Зевок, улучшая кровоснабжение легких, выталкивая кровь из печени, повышает тонус организма, создает импульс положительных эмоций. Для упражнения нужно закрыть глаза, как можно шире открыть рот, напрячь ротовую полость, как бы произнеся низкое «у–у–у». В это время необходимо как можно ярче представить, что во рту образуется полость, дно которой опускается вниз. Зевок выполняется с одновременным потягиванием всего тела. Повышение эффективности зева способствует улыбка, усиливающая расслабление мышц лица и формирующая положительный эмоциональный импульс. После зевка наступает расслабление мышц лица, глотки, гортани, появляется чувство покоя.

3. «Пламя свечи». Выполняется в любом удобном положении – стоя, сидя, лежа. Способствует быстрому снятию утомления, очищает кровь от токсинов, повышает сопротивляемость организма.

После полного вдоха выдох осуществляется небольшими порциями сквозь узкую щель между губами, внешне напоминая попытки погасить пламя свечи. Каждая последующая порция должна быть меньше предыдущей. На первых порах число повторений не должно превышать трех, а в дальнейшем можно довести до десяти.

4. «Мост». Сомкните руки, так как вам удобно, затем представьте, что ваши руки, это раздвижной петербургский мост (Подберите себе удобный образ, помогающий добиться движения), дайте им мысленную команду расходиться, как бы автоматически, без мышечных усилий. Что бы упражнение получилось, вам необходимо найти в себе состояние внутреннего равновесия, для этого вам необходимо расслабиться и ощутить в себе комфорт. Делайте, как вам приятнее, перебирайте варианты (отклоняйте или склоняйте голову, сделайте глубокий вдох или выдох, задержите на мгновение дыхание и т. д.), главное – найти это чувство внутреннего комфорта, при котором ваша воля начнет влиять на автоматику

движений. Исходное положение руки в стороны. Нужно сомкнуть руки, представив, что ваши руки притягиваются друг к другу, как две половинки моста или магниты. Расхождение и схождение рук повторить несколько раз, добиваясь непрерывности движения. В момент, когда руки, как бы, застревают – можно слегка подтолкнуть их. Если наступило желаемое состояние внутреннего расслабления, побудьте в нем, чтобы его запомнить.

5. «Крылья». Исходное положение – руки опущены. Глаза можно закрыть, что бы лучше чувствовать движение, которое разрождается в руках. Следите за этим движением и помогайте ему развернуться вверх. Когда руки начинают всплывать, возникает масса новых и приятных ощущений. Помогите себе приятными образными представлениями. Представьте себе, что руки – это крылья! Крылья несут вас! Позвольте себе дышать свободно. Позвольте себе ощутить состояние полета.

6. «Ёж». Это упражнение направлено на разрядку негативных эмоциональных состояний и поддержанию бодрого настроения. Релаксация достигается через напряжение. Нужно напрячь, к примеру, кисти рук, а затем максимально их расслабить. Представьте себе ёжика, который скручивается и раскручивается.

Упражнение «Рефлексия дня»

Цель: Получение обратной связи, эмоциональное и смысловое отреагирование, осознание полученного опыта.

Описание упражнения:

На кругу поделитесь своими чувствами, мыслями, переживаниями.

Упражнение «Сегодняшний день для меня – это...», каждый проговаривает только одно слово, добавляя своё окончание.

Каждый письменно:

- Сегодня я узнал(а)...
- Чувства, которые я испытывал(а)...
- Я хотел(а), чтобы ...
- Мне не понравилось, что...