Психолого-педагогическая деятельность с детьми с задержкой психического развития младшего школьного возраста

* [Давыденко Ольга Алексеевна](http://xn--i1abbnckbmcl9fb.xn--p1ai/%D0%B0%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B/101-137-142), *педагог-психолог*

**Разделы:** [Школьная психологическая служба](http://xn--i1abbnckbmcl9fb.xn--p1ai/%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B6%D0%B1%D0%B0)

**Введение.**

Одной из актуальных проблем современной школы является проблема повышения эффективности учебно-воспитательного процесса и преодоление школьной неуспеваемости. Ее решение предполагает совершенствование методов и форм организации обучения, поиск новых, более эффективных путей формирования знаний, которые учитывали бы реальные возможности учащихся и условия, в которых протекает их учебная деятельность. Особенно актуальной эта проблема становится в связи с появлением альтернативных учебных заведений и введением государственных стандартов на все виды образования.

Происходящие социально-экономические изменения в жизни нашего общества, постоянное повышение требований к уровню общего образования обострили и проблему школьной неуспеваемости. Практика показала, что, несмотря на большое внимание, уделяемое совершенствованию содержания образования и методик обучения, оснащению школьных кабинетов современными техническими средствами обучения, улучшению условий труда учителей, учить всех и учить хорошо при существующей традиционной организации учебного процесса невозможно.

Количество учащихся, которые по различным причинам оказываются не в состоянии за отведенное время и в необходимом объеме усвоить учебную программу, постоянно увеличивается и, по данным разных исследователей, колеблется в пределах 20%–30% общего числа детской популяции младшего школьного возраста. По данным Министерства образования РФ, 78% школьников нуждаются в специальных формах и методах обучения.

Неуспеваемость, возникающая на начальных этапах обучения, создает реальные трудности для нормального развития ребенка, так как, не овладев основными умственными операциями и навыками, учащиеся не справляются с возрастающим объемом знаний в средних классах и вследствие усугубляющихся трудностей на последующих этапах выпадают из процесса обучения.

Необходимо правильно и своевременно диагностировать причины неуспеваемости в каждом индивидуальном случае и по возможности устранять или корригировать их последствия.

Сложившаяся традиционная система образования в нашей стране предусматривала, помимо общеобразовательных школ для всех учащихся (с вариантами профилированного обучения для одаренных и способных детей), организацию для детей с выраженными нарушениями развития специальных общеобразовательных коррекционных учебных заведений 12 типов, профилированных в зависимости от характера нарушения развития ребенка и степени его выраженности. Вместе с тем в связи с процессами интеграции в обучении наметилась тенденция к уменьшению вариативности таких учебных заведений.

Глобальный подход к реализации идеи интегрированного обучения может служить объяснением наблюдающейся в последние годы тенденции усиления неоднородности состава учащихся общеобразовательной школы по уровню умственного, речевого и в целом психического развития. Такое положение во многом обусловлено тем, что в эту школу попадают учащиеся с парциальными нарушениями развития, те, которые раньше обучались в специальных учебных заведениях.

Как показывают исследования, среди неуспевающих учащихся есть школьники с педагогической запущенностью, задержкой психического развития, неярко выраженными сенсорными, интеллектуальными, речевыми нарушениями, причинами которых являются остаточные поражения центральной нервной системы, минимальные мозговые дисфункции. Дети с задержкой психического развития составляют примерно 50% неуспевающих учащихся. Для их обучения созданы специальные учебные заведения - школы и классы коррекционно-развивающего обучения.

В современных условиях с учетом вышесказанного особую психологическую и педагогическую значимость приобретает проблема целесообразности и эффективности дифференцированных форм организации обучения. Одной из острейших является проблема определения критериев отбора таких учащихся в классы и группы, где были бы созданы необходимые условия для их успешного обучения, а в дальнейшем – и социальной адаптации.

Выявлению пограничных состояний интеллектуальной недостаточности способствует рост требований, предъявляемых обществом к личности ребенка и подростка (усложнение школьных программ, более ранние сроки начала обучения и т.п.).

Все возрастающая общественная тревога за положение в школе детей с задержкой психического развития, осознание необходимости усиления роли педагогов в охране их физического и нравственного здоровья ставят в ряд безотлагательных научно-практических задач обоснование и создание адекватной системы их школьного обучения и воспитания. Разработка и внедрение в школьную воспитательно-образовательную практику различных форм дифференциации, индивидуализации обучения, учитывающих естественные и закономерные различия в общих и специальных способностях, направленности и интересах учащихся, - одна из отрадных примет обновления школы.

Система дифференцированного обучения находится в процессе становления, вслед за специальными школами и классами для детей с ЗПР появились другие общеобразовательные формы и структуры для детей с различными трудностями в обучении (классы коррекции, компенсирующего обучения, реабилитации, педагогической поддержки). В этих классах внедряются программы, дополняющие учебный процесс различными средствами поддержки учащихся (психологической, логопедической, коррекционно-развивающей).

Дети с задержкой психического развития обратили на себя внимание исследователей еще в прошлом столетии. Они описывались под разными названиями: “псевдоненормальные”, “отстающие в педагогическом отношении”, “запоздавшие”, “малограмотные”, а также как дети, занимающие промежуточное положение между “малограмотными” и “ненормальными” (А.Binet, Т.Simon), дети “пограничной черты” (L.Fairfild). В отечественной литературе для обозначения подобных состояний использовались термины “дети с пониженным общим развитием и недостаточностью отдельных функций” (И.Борисов); переходные формы между нормой и дефективностью; “субнормальные” дети (А.И.Грабов); “слабоодаренные” (В. П. Кащенко, Г. В. Мурашов); “умственно недоразвитые”, находящиеся между дебилами и нормальными детьми (П. П. Блонский). Термины “задержка темпа психического развития”, “задержка психического развития” были предложены Г.Е.Сухаревой.

Изучением детей данной категории с конца 50-х годов нашего века занимались Т.А.Власова, М.С.Певзнер, К.С.Лебединская, В.И.Лубовский и другие. Ими были выявлены среди неуспевающих младших школьников учащиеся, неуспеваемость и особенности, поведения которых часто давали основание считать их умственно отсталыми. Эти ученики были объединены в особую категорию. В ходе дальнейших исследований Т. А. Власова и М. С. Певзнер выделили две наиболее многочисленные группы и охарактеризовали их как детей с психофизическим и психическим инфантилизмом. В дальнейшем этот подход получил свое развитие в также ставших классическими работах В. И. Лубовского и В.В.Лебединских, У.В.Ульенковой и др.

Несмотря на это аспект остается проблемным, так как на практике существуют трудности правильного распознавания, своевременного выявления детей данной категории и оказания им психолого-педагогической помощи.

**Тема данной работы:** “Психолого-педагогическая деятельность с детьми с задержкой психического развития младшего школьного возраста”.

**Цель** – изучить психологические особенности детей с задержкой психического развития, теоретически обосновать, разработать, внедрить и апробировать программу деятельности педагога- психолога с детьми данной категории.

**Объект**– дети с задержкой психического развития.

**Предмет**– деятельность педагога-психолога с детьми с задержкой психического развития.

Гипотеза – деятельность педагога-психолога будет эффективна, если будут:

- выявлены психологические особенности детей с ЗПР;

- определены их специфические потребности;

- разработана и внедрена программа деятельности педагога - психолога с детьми данной категории.

**Задачи:**

* Изучить литературу и опыт работы по данной проблеме.
* Изучить психические особенности детей с задержкой психического развития младшего школьного возраста.
* Определить направления коррекционно-развивающей работы с детьми данной категории.
* Разработать и внедрить программу деятельности педагога - психолога с детьми с задержкой психического развития.

**Методы исследования:**

* анализ научной литературы;
* анализ продуктов деятельности;
* количественный и качественный анализ полученных данных;
* наблюдение;
* интервью;
* тестирование;
* беседа;
* опрос;
* метод математической статистики.

Глава 1

Развитие детей с задержкой психического развития как психолого-педагогическая проблема.

1.1. Типология и особенности развития детей с задержкой психического развития младшего школьного возраста.

Под термином “задержка психического развития” понимается отставание в психическом развитии, которое с одной стороны, требует специального коррекционного подхода к обучению ребенка, с другой – дает (как правило, при наличии этого специального подхода) возможность обучения ребенка по общей программе усвоения им государственного стандарта школьных знаний. Проявления задержки психического развития включают в себя и замедленное эмоционально-волевое созревание в виде того или иного варианта инфантилизма, и недостаточность, задержку развития познавательной деятельности, при этом проявления этого состояния могут быть разнообразные. / 22, стр. 45./

Ребенок с задержкой психического развития как бы соответствует по своему психическому развитию более младшему возрасту, однако это соответствие является только внешним. Тщательное психическое исследование показывает специфические особенности его психической деятельности, в основе которой лежит чаще всего негрубая органическая недостаточность тех мозговых систем, которые отвечают за обучаемость ребенка, за возможности его адаптации к условиям школы.

Его недостаточность проявляется, прежде всего, в низкой познавательной активности ребенка, которое обнаруживается обычно во всех сферах его психической деятельности. Такой ребенок менее любознателен, но как бы “не слышит” или “не видит” многого в окружающем его мире, не стремится понять, осмыслить происходящие вокруг него явления и события. Это обуславливается особенностями его восприятия, внимания, мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы. / 12, стр. 77 /

Кратко остановимся на истории проблемы, связанной с понятием “задержка психического развития” и с разделением этой аморфной группы на принципиально различные типы развития. Ее корни уходят в 50-е годы – в работы Е. Г. Сухаревой и других отечественных психологов и психиатров. В своем классическом варианте термин “задержка психического развития” был озвучен и предложен классиками отечественной дефектологии Т. А. Власовой и М. С. Певзнер в 60-70 годы. В этих работах термин совершенно справедливо звучал как “временная задержка психического развития”. Тем самым декларировался тот факт, что через какой-то определенный срок эта задержка компенсируется, ребенок догонит своих сверстников и его развитие войдет в нормативное “русло”. Введение этого подхода определило на многие годы магистральный путь диагностики и коррекции огромного “пласта” детской популяции. Задержка психического развития понималась как замедление темпа психического развития. В ходе дальнейшего исследования Т. А. Власовой и М. С. Певзнер выделили две наиболее многочисленные группы и охарактеризовали их как детей с психофизическим и психическим инфантилизмом. / 38, стр. 70 - 74./

В первую группу вошли дети с нарушенным темпом физического и умственного развития. Исследователи высказали мнение о том, что задержка их развития вызвана медленным темпом созревания лобной области коры головного мозга и ее связей с другими областями коры и подкорки. Эти дети уступают сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и в волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, отличаются низкой работоспособностью. Отставая в учении, они становятся более нервозными и все более “трудными” для учителей.

Вторую группу составили учащиеся с функциональными расстройствами психической деятельности (цереброастенические состояния), которые чаще всего являются следствием мозговых травм. Для этих школьников характерна слабость основных нервных процессов, хотя глубоких нарушений познавательной деятельности у них нет и в периоды хорошего состояния они добиваются высоких результатов в учебе.

Основной причиной отставания являются слабовыраженные (минимальные) органические повреждения головного мозга, врожденные или возникшие во внутриутробном, при родовом или в раннем периоде жизни ребенка, а в некоторых случаях и генетически обусловленная недостаточность центральной нервной системы и её основного отдела – головного мозга; интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и т.п., которые ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают легкие церебральные органические повреждения. Неблагоприятные социальные факторы, включая неблагополучные условия воспитания, дефицит информации и т.п., усугубляют отставания в развитии, но не представляют собой единственную или хотя бы основную его причину. / 37, стр. 45./

Задержка психического развития является одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста. Чаще она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или в школе, особенно в возрасте 7-10 лет, так как этот возрастной период обеспечивает большие диагностические возможности. / 47, стр. 67./

В медицине задержку психического развития относят к группе пограничных форм интеллектуальной недостаточности. С точки зрения клиницистов это состояние характеризуется, прежде всего, замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности. Широко использовавшийся ранее термин “временная задержка психического развития” применим лишь к части случаев ЗПР, наиболее тесно примыкающей к норме, тогда как большая их часть отличается более стойкой, хотя и легкой интеллектуальной недостаточностью и менее выраженной тенденцией к компенсации и обратимому развитию, возможной только в условиях специального обучения и воспитания. Однако и эти состояния имеют свои клинико-психологические особенности, и при них наблюдается тенденция к сглаживанию интеллектуального дефекта. / 69, стр. 25./

Г. Е. Сухарева, исходя из этиопатогенетического принципа, выделила следующие формы нарушения интеллектуальной деятельности у детей с задержанным темпом развития:

* 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 в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы. / 37, стр. 72./
* На основе патогенетического принципа В. В. Ковалев все пограничные формы интеллектуальной недостаточности условно разделил на четыре группы:
* дизонтогенетические формы, при которых недостаточность обусловлена механизмами задержанного или искаженного развития ребенка;
* энцефалопатические формы, в основе которых лежит органическое повреждение мозговых механизмов на ранних этапах онтогенеза;
* интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов и органов чувств (слуха, зрения) и обусловленная действием механизма сенсорной депривации;

интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства (“социокультурная умственная отсталость”, по терминологии, принятой Американской ассоциацией по проблеме умственной неполноценности). / 37, стр. 73./

В основу работ Клары Самойловны и Виктора Васильевича Лебединских положен этиологический принцип, позволяющий различить четыре варианта такого развития / 12, стр. 76./:

* задержка психического развития конституционального происхождения;
* соматогенного происхождения;
* органического происхождения;
* церебрально-органического генеза.

Максимова Н.Ю. и Милютина Е.Л. описали следующие типы ЗПР / 45, стр. 196./:

1) гармонический психофизический инфантилизм;

2) органический инфантилизм;

3) церебрально-органическая задержка;

4) соматическая задержка;

5) педагогическая и микросоциальная запущенность.

Гармонический психофизический инфантилизм – задержка психического развития конституционального происхождения. Часто инфантилизм встречается и у других членов семьи, не достигая патологического уровня. В некоторых случаях задержка затрагивает не только психику, но и физическое развитие ребенка. При гармоническом психофизическом инфантилизме ребенок несколько отстает в росте и весе от своих сверстников, отличается живостью моторики и эмоций. Круг интересов ограничивается игровой деятельностью. Игра развитая, сюжетно-ролевая, в которой ребенок может проявлять много выдержки и творчества. В то же время учебно-познавательная деятельность для этих детей мало привлекательна, при выполнении учебных заданий наступает быстрая пресыщамость. Эмоции и мотивация соответствуют более младшему возрасту. Самооценка слабо дифференцирована. При этом не отмечается существенных нарушений со стороны психических процессов. Задержка в основном затрагивает эмоционально-волевую сферу личности, приводит к недостаточности произвольной регуляции деятельности, мышления, запоминания, сосредоточения внимания. При организации организующей помощи и постоянном поощрении дети данной категории показывают достаточный уровень достижений в интеллектуальной сфере. В дальнейшем возможно постоянное сглаживание различий между нормой и детьми с инфантилизмом, перевод их в обычный класс. / 45, стр. 200/

Органический инфантилизм возникает на основе перенесенных в раннем детстве органических поражений (травм, инфекций). При этом отмечаются признаки незрелости эмоционально-волевой сферы: неспособность к произвольному сосредоточению на интеллектуальной деятельности, преобладание игровой мотивации.

Однако у детей этого типа отмечаются и черты органического поражения ЦНС: инертность психических процессов, неловкость моторики. При обследовании у этих детей отмечается высокая ориентация на реакцию взрослого, стремление заслужить похвалу экспериментатора. При этом ребенок мало заинтересован в содержании задания, не может самостоятельно оценить успешность своей деятельности. У детей с органическим инфантилизмом выражены такие особенности эмоционально-волевой сферы: при преобладании повышенного фона настроения отмечается неусидчивость, двигательная расторможенность. Ребенок не способен к волевому усилию и самоорганизации в ходе деятельности. Самооценка обычно высокая, отношение к учебе негативное (“скучно”, “трудно”, “лучше поиграть”). Родители и учителя отзываются о таких детях как расторможенных и недисциплинированных. При исследовании интеллекта у таких детей выявляется нижняя граница возрастной нормы. У детей с преобладанием черт тормозимости и тревожности легко возникает школьная тревожность. Дети тяжело переживают свои неудачи в учебе, хотя у них преобладают игровые интересы. На уроках эти дети подчиняются требованиям дисциплины, но боятся отвечать у доски, перед классом. Инертность и медленный темп сенсомоторики приводят к тому, что ребенок не в состоянии понять и выполнить задание одновременно с другими учениками. Сознание своей неспособности еще больше тормозит личностное развитие ребенка. Причиной обращения к психологу или психиатру часто служит неуспеваемость. У детей с органическим инфантилизмом возможно значительное улучшение поведения и успеваемости при регулярно проводимом лечении и оздоровлении. / 45, стр. 203/

Помимо консультации с психиатром и лечения, для детей этого типа рекомендуются занятия по развитию памяти, произвольного внимания, абстрактного мышления, проводимые в игровой форме. Это позволяет уменьшить последствия органического инфантилизма. В подростковом возрасте у таких детей возможно появление нарушений социальной адаптации, побеги из дома и школы. Поэтому необходимо обязательное динамическое наблюдение этих детей психологом в течение всего обучения в школе. / 12, стр. 53./

Церебрально-органическая задержка психического развития в большей степени затрагивает познавательную деятельность, а не эмоционально-волевую сферу.

При патопсихологическом обследовании отмечается двигательная расторможенность, недостаточное понимание инструкций. Работоспособность снижена, выражена истощаемость психических процессов по гипостеническому либо гиперстеническому типу.

Объем и произвольная концентрация внимания недостаточны, резко страдает способность к распределению внимания. Память также развита слабо, в основном страдает запоминание вербального материала. Темп сенсомоторики замедлен, нарушена точная координация движений.

Отмечается задержка речевого развития, бедность словарного запаса. У детей часто отмечаются дефекты произношения, недостаточность звукобуквенного анализа и синтеза. Речь в меньшей степени, по сравнению с нормой, выполняет функцию регуляции деятельности. /46, стр. 129./

При церебрально-огранической задержке психического рождения встречаются и проявления очаговых поражений мозга: нарушения зрительного и слухового восприятия, стереотипы и повторы в ходе деятельности, трудности пространственной ориентации.

При исследовании интеллекта у детей этой группы отмечаются низкие показатели интеллекта по вербальным и невербальным субтестам. Общий уровень интеллекта является промежуточным между нормой и умственной отсталостью. Отмечается конкретность мышления. Однако в отличие от больных с дебильностью отмечаются неравномерность уровня достижений. Важным является то, что при оказании помощи у ребенка улучшаются достижения, возможны усвоение и перенос нового опыта при неоднократных обучающих попытках.

Эмоциональная сфера личности у таких детей также страдает. Возможны проявления грубости, импульсивности, расторможенности влечений. Волевая регуляция деятельности развита крайне недостаточно.

Самооценка и критичность к результатам деятельности у детей этой группы затруднены. Отмечается реакция на поощрение со стороны экспериментатора. Специфика игровой деятельности состоит в том, что у ребенка стереотипная игра, а игры с правилами отсутствуют. К началу школьного возраста доступны довольно простые сюжетно-ролевые игры. При ранней диагностике, регулярно проводимом лечении и обучении по специальной программе возможно достижение хорошей социальной адаптации детей с церебрально-органической задержкой психического развития. В связи с органическим характером нарушений желательны учеба сначала в школе, где есть возможность обучаться по программе для детей с ЗПР, а потом в школе санаторного типа. / 45, стр.208. /

При частых соматических заболеваниях у детей возможно появление соматогенной задержки психического развития.

При тяжелых соматических заболеваниях (пневмонии, хирургических операциях) у детей дошкольного возраста могут произойти явления ретардации психического развития. При этом ребенок утрачивает недавно приобретенные навыки, возвращается к более ранним формам поведения. Если эти заболевания повторяются часто, то к школьному возрасту, ребенок не осваивает необходимых умений и навыков. Помимо этого, соматические заболевания, естественно, влияют и на нервную систему, приводя к эмоциональной лабильности, истощаемости, колебаниям активного внимания.

Следует особо остановиться на явлении госпитализма у детей. При попадании ребенка в стационар без матери (либо проживании в условиях Дома ребенка) на него влияет ряд неблагоприятных факторов. При разрыве с матерью ребенок испытывает чувство страха, одиночества. Активные протестные реакции через некоторое время сменяются пассивным, апатичным состоянием. При отсутствии положительных эмоциональных стимулов, развивающего и обучающего воздействия у ребенка наступает явление сенсорной депривации. Как следствие этого, у детей младшего возраста возникает потребность в самостимуляции: они стереотипно раскачиваются, сосут палец или одеяло, возможно появление мастурбации. Эти проявления в значительной степени тормозят психическое, а иногда и физическое развитие ребенка. В дальнейшем, при возвращении ребенка в более благоприятные условия, приобретенные навыки аутостимуляции могут оставаться на длительный срок.

Перед проведением патопсихологического обследования ребенка желательно выяснить у родителей факты наличия острых и хронических соматических заболеваний, частоту и длительность пребывания их ребенка в больнице.

В ходе обследования детей с соматогенной задержкой психического развития отмечается истощаемость, чаще по гипостеническому типу. Нарушены концентрация и распределение внимания. Память и интеллектуальные способности значительно не нарушены. Выражена эмоциональная лабильность: при малейших неудачах в выполнении заданий дети плачут, долго не могут приступить к следующему заданию. Самооценка занижена. Преобладают игровые интересы, некоторые игры могут быть стереотипными, служить защитой от страхов. У детей этого типа легко формируется школьная тревожность. / 45, стр. 215./

Задержка психического развития может возникать в связи с педагогической и микросоциальной запущенностью. Психолого-педагогическая запущенность есть длительное неблагоприятное для развития состояние ребенка, связанное с недостаточным, противоречивым или негативным воздействием на него социальной микросреды (внешние обстоятельства) и преломляющимся через внутренние условия.

Педагогическая и микросоциальная запущенность возникает там, где не создаются условия для полноценной социализации и индивидуализации личности ребенка: окружающая микросреда, прежде всего родители и педагоги, отрицательно влияет на формирование личности ребенка как субъекта собственной жизни: он не получает достаточной свободы для проявления своей активности во взаимодействии с предметной и социальной средой. Этот вид задержки психического развития формируется у детей со здоровой нервной системой, нормальными предпосылками интеллектуального развития, но воспитывающихся в неблагоприятных условиях. Среди них наибольшее количество детей, которые живут в семьях умственно отсталых, психически больных родителей, а также в условиях безнадзорности и гипоопеки, что часто встречается в случаях, если родители злоупотребляют алкоголем или наркотиками. В результате возникает социальная незрелость личности, нарушение системы интересов и идеалов, недостаточность чувства долга. Помимо этого у ребенка не хватает запаса знаний, отмечается бедность словарного запаса.

В ходе патопсихологического обследования выявляется нормальная работоспособность, внимание, память. Ребенок хорошо ориентируется в бытовых вопросах; в некоторых из них возможна осведомленность даже больше, чем у сверстников. Однако отстает запас знаний и навыков, необходимых в школе: ребенок к 7-ми годам не знает букв, геометрических форм, не умеет читать. При оказании помощи дети с микросоциальной запущенностью способны к нормальному для своего возраста уровню обучения. Показатели по невербальному интеллекту у них также находятся в границах нормы. При отсутствии помощи у этих детей в дальнейшем могут возникать нарушения поведения: отказ от посещения школы, нежелание учиться, стремление к немедленному удовлетворению потребностей. При правильном обучении и воспитании ребенок способен приобрести необходимые навыки и нормально справляться со школьными требованиями. / 45, стр. 217-229./

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

Нейрофизиологические и нейропсихологические особенности детей с задержкой психического развития достаточно хорошо изучены. У таких детей, как правило, ослаблена активация левого полушария при поступлении информации в правое, вследствие чего происходит снижение влияния правого полушария на левое. Определенную роль в том играет и недостаточность системы, связывающей оба полушария. Ослабленное включение в деятельность структур левого полушария, характерное для более ранних этапов нормального развития и наблюдаемое у детей с задержанным развитием к началу школьного обучения, влияет на процессы восприятия и переработки информации. У них замедлена передача информации из одного полушария в другое, снижена скорость приема и переработки сенсорной информации (информации, поставляемой в мозг органами чувств, то есть того, что ребенок слышит, видит и т.д.). Это проявляется в более медленном реагировании на внешние стимулы, особенно при усложнении сигналов или нарастания темпа предъявления стимулов. Ребенок испытывает затруднения в опознавании предметов, звуков, ритмов. Эти трудности нарастают при коротком времени предъявления сигнала, при необычном ракурсе показываемого предмета. / 46, стр. 38./

В связи с недостаточностью процесса переработки сенсорной информации у ребенка страдает целостное восприятие объектов и ситуаций, многое он воспринимает фрагментарно, не полностью и не может, поэтому осмыслить и усвоить, включить в свой интеллект. Активные образы, воспринятые ребенком, оказываются недостаточно дифференцированными и полными. Внимание отличается более узким полем, что приводит к фрагментарности выполнения заданий. Снижение памяти проявляется не только в “технической” недостаточности процесса запоминания и воспроизведения материала, но и в трудности смысловой переработки информации, неумении найти вспомогательные приемы для запоминания, то есть используются преимущественно механический вид памяти. Поэтому особенно трудно дается запоминание материала, требующего логического объединения частей в последовательное и целое. Сниженная скорость планирования своей деятельности, неумение предвидеть результат и соотносить с ним произведенные действия, недостаточная предварительная ориентировка в условиях познавательных задач приводят к тому, что ребенок при выполнении задания часто спрашивает учителя, надеясь отгадать правильный способ выполнения задания, но, не осмысляя его. / 46, стр.45./

Особенно отстает у детей с задержкой психического развития развитие словесно-логического мышления – это связано с недостаточным речевым развитием (прежде всего с несформированностью обобщающей функцией слова) и с недостаточным овладением мыслительными операциями (сравнение, обобщение, группировка).

Обучение детей данной категории нередко осложнено такими явлениями, как неспособность сосредоточенно работать, повышенная утомляемость, замедленный темп мышления и деятельности, инертность (ребенок с большим трудом переключается с одной деятельности на другую, с одного способа выполнения задания на другой).

Недостаточность “инструментальной” функции мозга или “интеллектуальных предпосылок”: памяти, внимания, скорости и переключения психических процессов, а также недоразвитие высших корковых функций часто сопровождаются задержкой темпов созревания эмоционально-волевой сферы, недоучет ситуации, неумение тормозить свои желания, неспособность к волевому усилию затрудняют приспособление к условиям школы. / 46, стр. 47./

Резюмируя, можно отметить, что при различных вариантах классификаций задержки психического развития общим радикалом является априорное понимание термина “задержка” как явления временного: предполагается, что со временем темп развития ребенка перетерпит позитивные изменения (с помощью коррекционной работы или без таковой), ребенок догонит по своему развитию сверстников. В то же время практика работы с детьми, чье состояние характеризуется как задержка психического развития, показывает, что не все так просто. “Подушка для ленивой головы”,- так, со слов современников Г. Е. Сухаревой, звучало ее высказывание по поводу этого “ярлыка”. / 37, стр. 74./

Действительно, уже при проведении диагностической и тем более развивающе-коррекционной работы возникают большие сомнения в возможности обозначить единым понятием принципиально разнородные группы детей. Так, при работе с частью детей традиционные подходы достаточно эффективны и помогают ребенку преодолеть отставание в развитии. С другой же частью (и таких детей гораздо больше) эти методы оказываются недостаточно эффективными, не могут в полной степени способствовать компенсации имеющихся нарушений. Более того, оценка состояния части детей как “задержка психического развития” вообще не отражает действительного положения вещей. Причины такого явления следует искать в недостаточно четком (упрощенном) понимании психологической структуры развития этой категории детей. / 67, стр. 56./

На сегодняшний день появилась еще более уточненная психологическая типология, отвечающая специфике развития детской популяции на современном этапе, авторами которой являются Н. Я. Семаго и М. М. Семаго. Категорию детей, традиционно относимых к группе “задержки психического развития”, они разделили на две принципиально различные подгруппы: “задержанное развитие” и “парциальная несформированность высших психических функций”. / 67, стр. 57./

К подгруппе “задержанное развитие” относятся варианты истинно задержанного развития, которые характеризуются именно замедлением темпа формирования различных характеристик когнитивной и эмоционально-личностной сфер, включая и регуляторные механизмы деятельности. К этой подгруппе относятся такие типы отклоняющегося развития, как “темпово задержанный тип развития” (гармонический инфантилизм) и “неравномерно задержанный тип развития” (дисгармонический инфантилизм). / 67, стр. 58./

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

Характеристика особенностей детей с ЗПР основывается на базовых составляющих психического развития. К этим составляющим относятся источники и причины психического развития и психической деятельности в целом:

* социальная ситуация (условия) развития;
* состояние центральной и периферической нервной системы с точки зрения непосредственно нормативности “органической” составляющей развития;
* специфика нейробиологической функциональной организации мозговых систем;

И базовые предпосылки (составляющие) психической деятельности. Как предпосылки собственно психической деятельности они формируются, начиная с момента рождения (по некоторым, не подтвержденным экспериментальными исследованиями утверждениям, и раньше, до рождения), а в более поздние сроки развития, уже как базовые составляющие, встраиваются в качестве “операционально-технологических” в психическую деятельность ребенка. / 67, стр. 21./

Система “базовых составляющих развития” имеет три взаимозависимых и взаимодополняющих элемента: произвольность психической активности, пространственные и пространственно-временные представления, базовая аффективная регуляция. В свою очередь, каждая из базовых составляющих (предпосылок) психической деятельности представляет собой достаточно сложную многоуровневую систему, которая планомерно развертывается (формируется) в процессе развития ребенка. / 67, стр. 23./

Однако следует заметить, что развитие самих составляющих подчинено общему закону “перекрытия стадий развития”, что подразумевает овладение следующим уровнем (этапом) с одновременным совершенствованием предыдущего.

Эти базовые составляющие психической деятельности ребенка являются первичными по отношению ко всем высшим психическим функциям. Дети с различными формами задержки психического развития, развивающиеся по типу дисгармонического или искаженного развития, обладают собственным “профилем”, спецификой формирования и спецификой взаимодействия всех базовых предпосылок (составляющих). / 67, стр. 24./

Типичный ребенок с темпово задержанным типом развития (гармоническим инфантилизмом) выглядит младше своего паспортного возраста, он живой, непосредственный, “…инфантильности психики часто соответствует инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики”. “Эмоциональная и когнитивная сферы этих детей как бы находятся на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребенка более младшего возраста: с яркостью и живостью эмоций, преобладанием эмоциональных реакций в поведении, игровых интересов, внушаемости и недостаточной самостоятельности”. В школьном возрасте они неутомимы в игре и в то же время имеют низкую работоспособность, быстро пресыщаются интеллектуальной нагрузкой, незрелостью регуляторных функций и мотивационно-волевой сферы затрудняет и их социальную адаптацию, в силу чего они в состоянии следовать установленным правилам поведения. Показатели интеллектуального развития, как правило, соответствуют уровню актуального психофизического возраста, в котором находится ребенок. / 68, стр. 57./

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

При этом варианте развития встречается левшество, но не чаще, чем в среднем по популяции, и обычно бывает истинным, то есть не осложняет еще более ход развития ребенка. Признаки неврологического или соматического неблагополучия либо отсутствуют, либо хорошо компенсируются уже на первом году жизни, что, по-видимому, можно объяснить достаточными компенсаторными и адаптационными возможностями, заложенными “от природы”.

Специалистами смежных профилей обычно ставится диагноз “инфантилизм”, “конституциональная задержка психического развития”, а диагнозы логопеда – “функциональная дислалия”, “неярко выраженное общее недоразвитие речи”. / 67, стр. 58./

В отличие от гармонического инфантилизма, неравномерно задержанный тип развития (дисгармонический инфантилизм) характеризуется, в первую очередь, большим уровнем зрелости (сформированности) когнитивного звена ВПФ по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции собственной деятельности, мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сфер. Внешний вид и поведение ребенка также несут на себе отпечатки, характерные для более младшего возраста, но при этом часто отмечаются хронические соматические заболевания, нарушения зрения или просто соматическая ослабленность. Знаки атипичного развития (леворукость, неустоявшаяся латерализация и т.п.) встречаются среди данной категории детей чаще, чем в среднем по популяции, то есть являются специфичными, что, в свою очередь, осложняет ход развития в целом. /68, стр. 61/

Наличие соматических проблем еще больше снижает работоспособность ребенка, делает его эмоционально лабильным, часто с элементами демонстративности. Дети могут быть капризны, упрямы. Это вполне объяснимо, так как присутствует интеллектуальная состоятельность, но ребенок “не готов” к предъявляемым к нему в соответствии с этим требованиям. Ребенок может быть вполне адекватным, но недостаточно критичным к результатам своей деятельности, самооценка может быть и завышенной, и, наоборот, заниженной. В общении со сверстниками он часто не находит общего языка, слишком эмоционален, редко может “удержать” роль. В целом показатели критичности и адекватности соответствуют актуальному психофизическому возрасту, а обучаемость новым видам деятельности может быть даже высокой, то есть соответствовать фактическому возрасту.

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

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

Среди диагнозов среди других специалистов: “ММД”, “ЗПР соматогенного или конституционального генеза”, “аффективная неустойчивость”, “дети группы риска по нарушению формирования школьных навыков” – иногда присутствует и логопедический диагноз: “функциональная дислалия”. / 68, стр.69./

Другая подгруппа “недостаточного развития”, получившая название “парциальная несформированностью высших психических функций”, имеет ряд принципиальных отличий по сравнению с подгруппой, описанной выше. Наиболее принципиальное, основное отличие детей данной подгруппы от детей с различными типами задержанного развития заключается в том, что в данном случае ни в коей мере нельзя говорить лишь и задержке развития. Многолетняя практика показывает, что развитие детей этой категории идет принципиально иным путем, чем развитие детей с истинной задержкой психического развития. Расходясь еще в раннем возрасте, пути развития этих двух групп детей продолжают расходиться. / 68, стр. 64./

На протяжении всего дошкольного детства, а если не принимать серьезных специфических мер помощи, это расхождение продолжится и в младшем школьном возрасте. Эти дети “ не догоняют” своих сверстников ни к 9-11 годам, ни даже поздние. В дальнейшем признаки не сформированности когнитивного звена ВПФ “маскируются” особенностями эмоционально-личностного развития, которые и квалифицируются позже как иные варианты дизонтогенеза.

Качественные отличия в первую очередь касаются сформированности базовых составляющих психической деятельности. Иногда даже в ситуации массированного коррекционного воздействия с привлечением самых разнообразных специалистов, медикаментозной поддержки можно говорить, как правило, всего лишь о некоторой компенсации в развитии высших психических функции, “приближении” развития ребенка к “психологическому нормативу”. Поэтому этот вариант отклоняющегося развития не может быть отнесен к “задержанному развитию”, поскольку не отвечает основным критериям понятия “временная темповая задержка психического развития” / 68, стр.68./

1.2. Направления психолого-педагогической деятельности с детьми с задержкой психического развития.

Как мы видим, категория детей с задержкой психического развития нуждается в глубоком всестороннем изучении и в организации специальной педагогической помощи.

Так в 80-е годы Министерство просвещения РСФСР издало ряд приказов, предписывающих создание специальных школ для детей с ЗПР, а затем как компромиссный вариант классов компенсирующего обучения при общеобразовательных школах, так как число открытых специализированных школ не могло обеспечить необходимую помощь нуждающимся детям. В соответствии с Законом Российской Федерации об образовании, приказом Министерства образования России №333 (от 08.09.92.) такие классы широко внедрены сегодня в общеобразовательную практику. Нормативным документом, регламентирующим процесс их создания и функционирования, является утвержденное Министерством образования России “Примерное положение о классах компенсирующего обучения в общеобразовательных школах”. / 37, стр. 14../

Приоритетными функциями компенсирующего обучения являются:

* охрана и укрепление физического и нервно-психического здоровья
* детей с ЗПР;
* коррекция отклонений, имеющихся в развитии;
* компенсация недостатков дошкольного развития, семейного воспитания;
* активизация личностного потенциала как главной опоры в коррекционной работе.

В учебный план компенсирующих классов вводятся специальные лечебно-оздоровительные и коррекционно-развивающие занятия. Программа коррекционно-развивающей работы направляет всю учебную и воспитательную работу психологов, педагогов в классах, позволяя ставить развивающие и учебные цели, учитывающие типические особенности детей с задержанным психическим развитием. Задачами психологов, работающих в классах компенсирующего обучения, администрации школ является педагогизация всей воспитательной ситуации жизни ребенка, организация его жизнедеятельности на коррекционно-развивающей основе. / 83 , стр.58./

В формировании личности большое значение имеют механизмы саморазвития. В условиях дизонтогенеза эти механизмы не работают в полную силу. Нормально развивающийся ребенок очень многое успевает в процессе повседневного общения со взрослыми, в самостоятельной деятельности. Ребенку с задержанным психическим развитием необходимо постоянное сотрудничество, когда взрослый шаг за шагом ведет его по “ступеням развития”, раскрывая потенциал возможности маленького человека. / 76, стр. 49./

Без оказания своевременной медицинской и психолого-педагогической помощи отклонения в развитии становятся более выраженными, затрагивают все сферы психического развития ребенка, препятствуют его психологической адаптации.

Большую помощь в диагностике, лечении и воспитании детей с отклонениями в развитии оказывают психилого-медико-педагогические консультации (ПМПК), которые призваны решать многоплановые задачи:

разрабатывать и осуществлять медико-психолого-педагогическую помощь населению с цель предупреждения отклонений в физическом и психическом развитии детей;

своевременно выявлять и комплексно обследовать детей раннего, дошкольного и школьного возраста, выявляя нарушения физического, интеллектуального и эмоционального развития с целью оказания им лечебно-педагогической помощи;

разрабатывать индивидуальные рекомендации, оказывать консультативную помощь родителям, методическую помощь педагогам.

При работе с ПМПК задача педагога-психолога состоит в консультативном сопровождении семьи проблемного ребенка. Ведь именно педагог-психолог становится выразителем интересов ребенка и, следовательно, возлагает на себя функцию организатора и координатора всего сопровождения в целом. / 55, стр. 29./

Особенности консультативного процесса заключаются в соблюдении интересов консультируемого ребенка, доведении до сведения членов семьи необходимости адекватных условий для его обучения, воспитания и развития, как в школе, так и дома.

В беседе с родителями необходимо довести до их понимания психологическую структуру отклонений в развитии ребенка; доступным для них языком рассказать о его особенностях, указать на положительные качества, объяснить, какие специальные занятия необходимы их ребенку, к каким специалистам нужно обратиться дополнительно, как с ним заниматься в домашних условиях, на что следует обратить пристальное внимание. Кроме того, консультационный процесс необходимо проводить исходя из учета условий жизни каждой семьи, ее структуры, культурного уровня, для того чтобы рекомендации и советы не оказались для семьи трудновыполнимыми или непонятными, чтобы у родителей не возникало вторичное чувство вины перед ребенком и собственной беспомощности. / 55, стр. 30/

Работа всех специалистов в рамках психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка должна определяться не правилом простого суммирования действий специалистов, а по определенной схеме и в определенной последовательности. Тем более что сама работа с ребенком в рамках сопровождения должна иметь определенную схему, последовательность и направленность, а также точно согласоваться с деятельностью других специалистов. Находясь “наиболее близко” к ребенку, педагог-психолог является наиболее “ярым” защитником его прав. Хотим мы этого или не хотим, отражено это в каких либо документах или нет, но именно педагог-психолог становится выразителем интересов ребенка и, следовательно, возлагает на себя функцию организатора и координатора всего сопровождения в целом ./ 41, стр. 74./

Педагог-психолог свою деятельность по отношению к детям с ЗПР должен осуществлять в следующих направлениях:

1. Осуществление системы коррекционных и развивающих мероприятий.

2. Осуществление комплекса поддерживающих, консультативных и просветительских мероприятий в отношении педагогов и родителей детей.

3. Осуществление социально-диспетчерской функции.

Очевидно, что основным фактором, обусловливающим развитие психики ребенка, его психологическую реабилитацию и адаптацию, является организованное в сензитивный период коррекционное воздействие. / 65, стр. 37./

Основные задачи, которые предстоит решать психологу, работая с детьми с задержанным психическим развитием, представляют широкий спектр: углубленное, всестороннее изучение детей, обучение, воспитание и коррекционно-развивающее воздействие. Мы полагаем, что основное внимание психолога, должно уделяться целенаправленному формированию высших психических функций у детей с задержанным психическим развитием, обеспечению полноценного психологического базиса для развития мышления и речи.

У ребенка по мере развития его личности повышаются способности к произвольной психической саморегуляции и самоконтролю. В младшем школьном возрасте формирование произвольности становится центром психического развития: развиваются произвольная память, внимание, мышление, произвольной становятся организация деятельности. Это процесс довольно сложный и длительный. Взрослые, желая быстрее воспитать в ребенке способности к саморегуляции и самоконтролю, часто читают ему нравоучения, внушая тем самым чувство неполноценности. / 15, стр. 248./

Следует стремиться к использованию технологий, обеспечивающих формирование психологических механизмов, необходимых для достижения ребенком качественно нового уровня развития.

Разрабатывая программу коррекционной работы с детьми с ЗПР, следует ориентироваться на следующие направления:

1. Комплексное исследование фонда знаний, умений, навыков, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, речи, нейропсихологическое изучение, наблюдение за динамикой психического развития в условиях коррекционной работы, выстраивание психолого-педагогического прогноза.

2. Развитие познавательной активности, обеспечение устойчивой положительной мотивации в различных видах деятельности. Формирование знаний, умений и навыков с учетом возрастных и индивидуально-типологических возможностей.

3. Психологическая работа, направленная на обеспечение полноценного психического развития ребенка предполагает решение следующих задач:

3.1. Формирование психологического базиса для развития высших психических функций:

- обеспечение полноценного физического развития, оздоровление организма;

- коррекция недостатков в двигательной сфере;

- развитие общей и мелкой моторики;

- формирование чувства ритма;

- создание условий для полноценного межанализаторного взаимодействия через систему специальных игровых упражнений.

3.2.Целенаправленное формирование высших психических функций:

- развитие сенсорно-перцептивной деятельности и формирование эталонных представлений;

- формирование мыслительной деятельности во взаимосвязи с развитием речи;

- развитие умственных способностей через овладение действиями замещения и наглядное моделирование в различных видах деятельности;

- развитие творческих способностей.

4.Формирование ведущих видов деятельности, их мотивационных, ориентировочно-операционных и регуляционных компонентов:

- целенаправленное формирование учебной деятельности: умение программировать, контролировать, регулировать и оценивать результаты при выполнении заданий;

- всестороннее развитие предметно-практической деятельности.

5. Коррекция недостатков в эмоционально-волевой сфере:

- формирование способности к волевым усилиям, произвольной регуляции поведения;

- преодоление негативных качеств формирующегося характера, предупреждение и устранение аффективных, негативистских проявлений, отклонений в поведении.

6. Преодоление недостатков в речевом развитии:

- целенаправленное формирование функций речи;

- особое внимание следует уделить развитию словесной регуляции действий у детей с задержанным психическим развитием, формированию и развитию связной речи;

- создание условий для овладения ребенком всеми компонентами языковой системы;

- одной из важнейших задач является формирование навыков письма и чтения.

7.Формирование коммуникативной деятельности:

- обеспечение эмоциональных и “деловых” контактов со взрослыми и сверстниками;

- формирование механизмов психологической адаптации в коллективе сверстников, формирование полноценных межличностных связей.

Вышеперечисленные направления требуют конкретизации и решения широкого спектра задач. / 53, стр. 49./

Главной особенностью коррекционной работы является комплексный подход к формированию тех или иных навыков у детей, который предполагает:

* диагностическое изучение ребенка на момент поступления его в группу для уточнения стартовых возможностей, перспектив и темпов обучения;
* обратная связь с семьей с целью получения полной информации о развитии ребенка и консультирования семьи;
* взаимодействие с врачами-специалистами, особенно невропатологами и детским психиатром, с целью контроля за состоянием здоровья ребенка и оказания своевременной медицинской помощи;
* использование игровой мотивации на всех занятиях.

Исходя из описанной нами типологии, следует иметь виду, что работа с детьми с темпово задержанным типом развития (гармоническим инфантилизмом) должна быть коррекционно-развивающая, специфичная для того возраста, который демонстрирует ребенок. Безусловно, необходимо формирование и функций программирования, контроля и регуляции собственной деятельности в основном через игровой компонент с учетом ведущего типа мотивации. При необходимости возможно “параллельное” подключение логопеда (как правило, для коррекции звукопроизношения). Наблюдение врача-педиатра нужно постольку, поскольку ребенок нуждается в общеукрепляющей поддержке, витаминотерапии и т.п. / 67, стр.56./

В системе развивающей и коррекционной работы с детьми с неравномерно задержанным типом развития (дисгармоническим инфантилизмом) приоритетны программы по гармонизации уровневой системы аффективной регуляции. Помимо чисто психотерапевтической помощи эффективна программа по формированию произвольной регуляции, а также моторная коррекция, основанная на нейропсихологическом подходе. В ряде случаев показана родительско-детская психотерапия (индивидуальная или групповая). В случае соматических заболеваний, безусловно, необходимо наблюдение у профильного врача. / 67, стр. 58./

Важным направлением консультативной деятельности педагога - психолога является психологическая поддержка педагогов и родителей детей с ЗПР. Взаимодействие такими детьми может привести к возникновению у взрослых различных профессиональных и личностных проблем. Заметим, что в своих реакциях на проблемы взаимодействия с детьми взрослые часто зеркально отображают детские проблемы и отклонения. В этом случае необходимо провести работу по оказанию психологической поддержки, цель которой – помощь в переходе на позицию сотрудничества, позволяющую более эффективно решать проблемы детей и взрослых. / 66,стр. 37./

Консультативно-просветительская работа может быть направлена на повышение профессиональной и личностной компетенции педагогов и родителей. Эта задача решается при помощи лекций и активного психологического обучения.

Психологическая деятельность педагога направлена на получение детьми, их родителями и педагогами (школьной администрацией) психологической помощи. Педагог - психолог должен располагать банком данных о различных учреждениях, специализирующихся на оказании психологической и психотерапевтической помощи детям с отклонениями, их родителям (семьям), и при необходимости направлять нуждающихся для консультаций к соответствующим специалистам. Деятельность педагога психолога предполагает последовательное решение следующих задач: /51, стр.194./

* определение характера стоящей проблемы и возможностей ее решения;
* поиск специалиста, способного оказать помощь;
* содействие в установлении контакта с ребенком;
* подготовка необходимой сопроводительной документации;
* отслеживание результатов взаимодействия клиента со специалистом;
* осуществление психологической поддержки ребенка в процессе работы со специалистом.

В посреднической работе педагога- психолога особое значение имеет педагогическая деятельность с семьей. Это обусловлено той важнейшей ролью, которую играет семья в процессе социализации ребенка. Именно семья является ближайшим социумом, определяющим, в конечном итоге, каким будет влияние на ребенка всех остальных социальных факторов. Поэтому работа педагога-психолога с семьей является обязательным компонентом его педагогической деятельности. / 66, стр.38./

С самого начала работы с семьей необходимо учитывать исходный социокультурный уровень родителей, а часто и их личностную специфику. В зависимости от социально-психологических характеристик родителей и семьи строится как процесс опроса родителей, так и тактика консультирования в целом. Важно, чтобы разговор с родителями происходил конфиденциально, то есть без присутствия посторонних лиц, в том числе и самого ребенка.

Семья не всегда понимает своеобразие личности ребенка, неадекватно оценивая его возможности, завышая или занижая их. У некоторых родителей отмечается негативное отношение к рекомендуемым оздоровительно-воспитательным мерам воздействия, неверие в успех работы с ребенком. У одних родителей нет желания, у других – возможности заниматься с ребенком. Есть родители, которые хотят заниматься с ребенком, имеют условия для этого, но не знают конкретно, что могут и должны делать. В связи с этим педагог-психолог должен вести работу с родителями, а иногда и оказывать психотерапевтическую помощь семье. В работе педагога-психолога с семьёй используются различные формы взаимодействия: консультации специалистов, проведение родительских собраний, организация индивидуальных разъяснительных бесед, массовых мероприятий, праздников, показательных индивидуальных и групповых занятий, оформление тематических стендов и т.д. / 38, стр. 144./

Необходимо всестороннее взаимодействие учреждения и семьи с целью укрепления психического и физического здоровья детей, их полноценного развития, коррекции трудностей их поведения. Психолог и родители должны быть едины в целевых установках, в требованиях, должны взаимно информировать друг друга о трудностях и особенностях ребенка, опираться на положительные качества его личности, закреплять малейший позитивный успех ребенка. Родители детей должны получать квалифицированную помощь специалистов, направленную на приобретение ими необходимых знаний и навыков в работе по преодолению имеющегося у ребенка отклонения.

Задачей работы с родителями является повышение уровня их психологической грамотности, компетентности в области психолого-педагогических знаний о закономерностях развития ребенка, об основах воспитания, формирование навыков сотрудничества с ребенком и приемов коррекционно-воспитательной работы с ним. / 66, стр.38./

Работа с детьми с ЗПР должна быть пронизана психотерапевтическим воздействием. Ребенок должен иметь мотивацию к занятиям, должен замечать свои успехи, радоваться им. У ребенка должно быть радостное ожидание успеха и похвалы, удовольствие от выполненной работы. Коррекционная работа подразумевает прямую и косвенную психотерапию, индивидуальное и групповое воздействие. / 47, стр. 89 /

Создание адекватных условий обучения и воспитания предполагает также наличие щадящего охранительно-педагогического режима. Этот режим строится на принципе единства учебно-коррекционной работы и лечебно-оздоровительных мероприятий. Это предполагает полное взаимодействие психолога и медицинских работников.

Под контролем врачей составляется режим работы школы, расписание уроков. Медицинские работники учитывают типичную для детей с задержкой психического развития неустойчивую, а подчас и низкую работоспособность, истощаемость, свойственные отдельным детям, нарушения в их поведении, связанные с той же нервно-психической ослабленность. /53, стр. 99./

Педагог-психолог должен находиться в тесном контакте с учителями, работающими детьми с ЗПР, которые должны соблюдать следующие условия:

* в совершенстве знать спецпсихологию;
* создавать в школе, классе благоприятный психологический климат;
* воздействовать на ребенка в соответствии с принципами лечебной педагогики;
* помнить: максимум поощрения, минимум наказания;
* требуя, учитывать реальные возможности ребенка;
* каждому ребенку - индивидуальный подход. Индивидуально дозировать темпы и объем работы;
* учитывать “зону ближайшего развития”. Постепенно увеличивать и усложнять нагрузку;
* учить ребенка посильным приемам регуляции поведения;
* утверждать позицию ребенка в коллективе, веру в свои силы;
* строго следовать режиму дня, недели; предупреждать переутомление;
* соблюдать все гигиенические требования к уроку, организации жизни детей;
* работать в тесном контакте с врачом, родителями.

У детей с ЗПР школа часто вызывает негативное отношение. Это происходит потому, что крайне неприятно делать то, в чем беспрерывно терпишь неудачу. Следовательно, нужно стремиться к тому, чтобы исключить у ребенка, насколько это возможно, ситуацию неудачи. А чтобы этого добиться, нужно использовать следующие методы, направленные на то, чтобы учение вызвало положительные эмоции: / 83, стр. 60 - 63./

Надо учитывать предпочтение ребенком того или иного содержания обучения и приучать его к мыслительной работе на том учебном материале, который ему интересен.

Следует отбирать те задания, которые ребенок объективно может выполнить хорошо. Это повысит его самооценку, улучшит настроение, поднимет готовность участвовать в учебной работе, что способствует формированию положительного отношения к учению. Задания при этом не должны быть слишком легкими, не требующими от ребенка определенных усилий по преодолению трудностей, иначе они могут вызвать скуку, а их выполнение никоим образом не отразится на повышении самооценки ребенка. Учитель должен умело точно и тщательно оценивать возможности ребенка.

Повышать самооценку ребенка можно не только описанным выше способом (давая посильные задания и помогая в необходимых случаях). Очень важно также отношение к ребенку других людей. Ребенок быстро понимает, как его оценивает учитель. Если низко, то, будучи поставлен перед необходимостью решения какой-либо учебной задачи, ученик говорит: “Я глупый”, “я тупой”. Поэтому следует избегать низко, оценивать ребенка, его способности. Оценивать можно только конкретную работу, выполнение отдельного задания, а не самого ребенка. Следует избегать грубых, резких слов и оценок. Особо подчеркнем, что нужно научиться избегать этого не только во внешних формах поведения, но и реально. Надо научиться искренне, уважать и ценить личность ребенка, иначе он почувствует обман. Нельзя считать ребенка неспособным, отсталым – в этом случае он наверняка потерпит неудачу, “оправдает” ожидания учителя.

Реакция на ошибки ребенка должна быть формой помощи ему. Главное – не порицание, а разъяснение ошибки. Осознание ребенком ошибки – первый шаг в его развитии, движении вперед. Научиться самому и научить ребенка не делать из ошибок трагедию, считать их нормальным явлением (ведь на ошибках учатся!) – это важная и трудная задача.

Нужно научиться, словом поощрять ребенка, малейший его успех. Главным в оценке работы должен быть качественный анализ, подчеркивание всех положительных моментов, малейшего продвижения. Кроме того, нельзя забывать о выявлении причин имеющихся недостатков, не ограничиваясь только их констатацией.

Для повышения учебной мотивации следует тщательно отбирать содержание учебного материала, чтобы сделать его интересным, эмоциональным (насколько это возможно). Содержание объясняемого должно опираться на прошлый опыт (иначе материал будет недоступен и неинтересен).

Для повышения учебной мотивации можно использовать различные формы коллективной деятельности.

Используя перечисленные возможности учебной мотивации, учитель создаст благоприятные условия для коррекционно-развивающих занятий.

Учителя, работая с детьми с задержанным психическим развитием, занятия должны проводить в игровой форме, максимально поощрять проявления собственных познавательных интересов ребенка, его самостоятельность. Работа должна включать игры, направленные на формирование волевой регуляции, способности к планированию деятельности, регуляции эмоций.

В младшем школьном возрасте многие дети этого типа не способны к самостоятельному приготовлению домашних заданий, им нужна организующая помощь взрослых. Для них особо важно соблюдение режима дня, расписание подготовки к урокам, правильное аккуратное рабочее место. Постепенно следует уменьшать контроль и организующую помощь, с тем, чтобы к 3-4 классу ребенок мог самостоятельно справляться с домашними заданиями, выполнять поручения взрослых.

Учителям и родителям максимально следует отмечать любые достижения ребенка, не требовать от него отличных отметок. Можно при необходимости проводить с этими детьми психотренинговые упражнения, направленные на развитие внимания и памяти. Желательно, чтобы во время этих упражнений ребенок иногда менялся местами с взрослыми, исполняя роль “тренера”, учителя. Это поможет ему легче понять специфику учебной деятельности, необходимость дисциплины в классе. / 85, стр.47./.

Безусловно, круг проблем, касающихся эмоционально-волевой сферы ребенка, очень широк. Общаясь с детьми, испытывающими эмоциональные затруднения, можно предложить взрослым следующие рекомендации: /13, стр. 188./

Нельзя стремиться учить ребенка подавлять свои эмоции, задача взрослых в том, что бы научить детей правильно направлять, проявлять свои чувства.

Эмоции возникают в процессе взаимодействия с окружающим миром. Необходимо помочь ребенку адекватным формам реагирования на те или иные ситуации и явления внешней среды.

Не надо пытаться в процессе занятии с трудными детьми полностью оградить ребенка от отрицательных переживании. Это невозможно в повседневной жизни, и искусственное создание “тепличных условии” лишь на время снимает проблему, а через некоторое время она встает более остро. Здесь нужно учитывать не просто модальность эмоции (отрицательные или положительные), а, прежде всего их интенсивность. Важно помнить, что ребенку нужен динамизм эмоции, их разнообразие, т.к. изобилие однотипных положительных эмоции рано или поздно вызывает скуку.

Чувство ребенка нельзя оценивать, невозможно требовать, чтобы ребенок не переживал того, что он переживает. Как правило, бурные, аффективные реакции - это результат длительного зажима эмоции.

Можно отметить, что не существует плохих или хороших эмоции, и взрослый во взаимодействии с ребенком должен непрерывно обращаться для доступному для ребенку уровню организации эмоциональной сферы, способствовать аффективной регуляции ребенка, оптимальным способом социализации.

**Литература.**

1. Абрамян Л. А. О возможностях игры и коррекции социальных эмоций дошкольников // Игры и самостоятельная деятельность детей в системе воспитания. - Таллинн, 1984. - с. 34-37.
2. Акимова М. К., Козлова В. Т. Психологическая коррекция умственного развития школьников. - М.: "Академия", 200. - 160 с.
3. Актуальные проблемы диагностики ЗПР детей./ Под ред. К. С. Лебединского, - М.: Просвещение, 1982. - 125 с.
4. Анастази А. Психологическое тестирование: пер. с англ. / Под ред. К. М. Гуревича, В. И. Лубовского. - М.: Педагогика, 1982. - 227 с.
5. Андрющенко Т. Ю., Карабекова Н. В. Коррекция психологического развития младших школьников на начальном этапе обучения. // Вопросы психологии. 1993. № 1. - С.47 - 53.
6. Антипина А. Н. Из опыта работы с детьми, имеющими задержку психического развития.// "Начальная школа", 1997, № 6, с. 60-64.
7. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М., Яблонова Л. В. Как помочь ребёнку стать внимательнее: нейропсихологический подход к коррекции и развитию навыков программирования и контроля.// "Школа здоровья", 1996. № 1, с.24-26.
8. Беккер К. П., Гебельт Х. Ребёнок, нуждающийся в специальном обучении.// Дефектология. - 1992. - № 5, с. 43-49.
9. Битянова М. Р., Азарова Т. В., Афанасьева Е. И. Работа психолога в начальной школе. - М.: изд-во "Совершенство", 1998. - 352 с.
10. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. - Киев: Здоровье, 1986.- 280 с.
11. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. Киев:”А.Л,Д.”, 1997. - 358 с.
12. Борякова Н. Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция ЗПР у детей. - М.: Просвещение, 1986. - 96 с.
13. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике - СПб.: Издательство "Питер", 2000. - 572 с. / Серия "Мастера психологии"/.
14. Бурлачук Л. Ф., Савченко Е. П. Психодиагностика. - Киев, "А.Л.Д.", 1995. - 387 с.
15. Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. - М.: МГУ, 1990. - 320 с.
16. Вайзман Н. П. Реабилитационная педагогика (Медико-психолого-педагогические аспекты). Вып. 1 М.: Просвещение, 1995. - 95 с.
17. Василькова Ю. В., Василькова Г. А. Социальная педагогика. - М.: изд. Центр Академия, 1999. - 440 с.
18. Гайда В. К., Захаров В. П. Психологическое тестирование. - Л.: Изд-во Ленинг. Ин-та, 1982.
19. Гальперин П. Я. Поэтапное формирование как метод психологических исследований // Гальперин П. Я., Запорожец А. В., Карпова С. П. Актуальные проблемы возрастной психологии. М., 1987. С. 19-35.
20. Даунис И. Г. Диагностика общей структуры деятельности у младших школьников // Методы изучения диагностики раннего развития. М.: просвещение, 1978. - 100 с.
21. Дети с временными задержками развития. / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. - М.: Просвещение, 1971. - 216 с.
22. Дети с ЗПР / под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. - М.: Просвещение, 1984. - 256 с.
23. Детская психодиагностика и профориентация./ Под. Ост. Л. Д. Столяренко - Ростов на Дону, 199 - 384 с.
24. Дефектология: словарь-справочник. / Авт. Сост. С. С. Степанов, под ред. Б. П. Пузанова, - М.: Новая школа, 1986 - 80 с.
25. Дети с отклонениями: Методическое пособие для педагогов, воспитателей массовых и специальных учреждений и родителей./ под ред. Л.П.Носковой. М., 1997.
26. Диагностика и коррекция психического развития школьника. / Под ред. Я. Л. Коломинского, Е. А. Панько. Минск: изд-во "Научная книга", 1997. - с. 67-70.
27. Додонов Б. И. Методика исследования эмоциональной направленности личности. - М.: ТЦ "Сфера", 1996. - 204 с.
28. Дробинская А. О. Школьные трудности "нестандартных" детей. - М.: Школа-Пресс, 1999. - с. 81-88.
29. Дубровина И. В. Об индивидуальных особенностях школьников. - М.: Просвещение, 1975, 184 с.
30. Жутикова Н. В. Учителю о практике психологической помощи. М.: Просвещение, 1988, с. 88.
31. Забрамная С. Д. Знаете ли вы нас? Хотите ли помочь нам? / Материалы для практической работы с детьми. М., 1993. - с.93-99.
32. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребёнка. - М.: Просвещение, 1986. - 187 с.
33. Зейгарник Б. В. Патопсихология. - М.: изд-во Моск. Ун-та, 1976. - 220 с.
34. Карабанова О. А. Игра в коррекции психического развития ребёнка. Учебное пособие. - М.: Российское педагогическое агентство, 1997. - 241
35. Капранова С. В. Путешествие с волшебной кисточкой: программа развивающе-коррекционной работы с детьми младшего школьного возраста. Ростов на Дону: "Феникс", 1977.
36. Кащенко В. П. Педагогическая коррекция. - М.: "Академия", 1999. - 304 с.
37. Коррекционная педагогика: основы обучения и воспитания детей и отклонениями в развитии. / Под ред. Б. П. Пузанова. - 2-е изд. - М.: "Академия", 1999. - 144 с.
38. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных школьников./ Под ред Л,П,Носковой, - М.: Педагогика, 1989.- 176 с.
39. Краткий психологический словарь. / Под ред. Н. В. Петрова, М. Т. Ярошевского. - М.: Политиздат, 1985. - 432 с.
40. Кулагина И. Ю. Личность школьника от задержки психического развития до одаренности. - М.: ТЦ "СФЕРА", 2000. - 192 с.
41. Кумарина П. Ф. Компенсирующее обучение как форма педагогической помощи детям риска в условиях общеобразовательной школы.// "Начальная школа", 1995, № 3, с. 72-76.
42. Лебединский В. В. Нарушения психического развития детей. - М. изд-во Москов. Ун-та, 1985. - 154 с.
43. Лебединский В. В., Никольская О. С. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Просвещение, 1990. - 217 с.
44. Лубовский В. И. Дифференциальная диагностика нарушений развития. Проблемы и перспективы. В сб.: Проблемы специальной психологии и психодиагностики отклоняющего развития. - М., 1998. С. 67-74.
45. Максимова Н. Ю., Милютина Е. Л. Курс лекций по детской патопсихологии. Учебное пособие. - Ростов на Дону: "Феникс", 2000. - 576 с.
46. Марковская И. Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. - М. Просвещение, 1993. - 194 с.
47. Мастюкова Е. М. Ребёнок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция. - М.: Просвещение, 1992. - 95 с.
48. Методы изучения и диагностики психического развития ребёнка. / Под ред. П. И. Непомнящей. - М.: Политиздат, 1975. - с. 54-56.
49. Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. - М.: Школа-пресс, 1994. - 318 с.
50. Немов Р. С. Психология. Психодиагностика. Кн. 3 - М.: Гуман. Изд. Центр ВЛАДОС, 1998. - 630 с.
51. Немов Р. С. Психологическое консультирование. - М. ВЛАДОС, 2000. - 528 с.
52. Непомнящая Н. И. Психодиагностика личности: теория и практика. - М.: ВЛАДОС, 2001. - 192 с.
53. Обучение детей с ЗПР: пособие для учителей. / Под ред. В. И. Лубовского. - Смоленск, 1994. - 175 с.
54. Общая психодиагностика./ Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина - М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1987. - 395 с.
55. Овчарова Р. В. Практическая психология в начальной школе. - М.: ТЦ "СФЕРА", 1996. - 240 с.
56. Осипова А. А. Общая психокоррекции: Учебное пособие для студентов вузов. - М.: ТЦ "СФЕРА", 2000. - 512 с.
57. Петрова Е. Ю. Использование сюжетов народной волшебной сказки в психокоррекционной работе. // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1996. № 3. С. 29-31.
58. Практикум по психодиагностике: диагностика мотивации и саморегуляции. - М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1990. - 251 с.
59. Прихожан А. М. Психокоррекционная работа с тревожными детьми. Активные методы работы школьного психолога, М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1990. - 294 с.
60. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми. / Под ред. И. В. Дубровиной. - М.: "Академия", 1998. - 160 с.
61. Психологическая диагностика детей и подростков. / Под ред. К. М. Гуревича и Е. М. Борисовой. - М.:Международная педагогическая академия, 1995.-360с.
62. Рабочая книга школьного психолога. / Под ред. И. В. Дубровиной. - М.: ВЛАДОС, 1998. - 237 с.
63. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога. В 2кг. - 3-е изд. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. - кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. - 384 с.
64. Самоукина Н. В. Игры в школе и дома: психотехнические упражнения, и коррекционные программы. - М.: Школа-Пресс, 1993. - 179 с.
65. Сафин В. Ф. Психические отклонения в развитии детей и методы их психокоррекции. - Уфа: Кытап, 1994. - 120 с.
66. Семаго М. М. Консультирование семьи "проблемного ребёнка" (психокоррекционные аспекты работы психолога-консультанта).// Семейная психология и семейная терапия. 1998, № 1. С. 37-40.
67. Семаго Н. Я. Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей, как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы. // Дефектология, № 1. - М.: Школа-Пресс, 2000. - с. 54-59.
68. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога. - М.: АРКТИ, 2000. - 208 с.
69. Семенович А. В. Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития.// Журнал психиатрии. Т.3 1999, № 3, с. 25-26.
70. Семенович А. В., Умрихин С. О. Пространственные представления при отклоняющемся развитии. Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. - М.: АРКТИ, 1998. - с. 188.
71. Социальная педагогика: курс лекций. / Под общ. ред. М. А. Галагузовой. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. - 416 с.
72. Социальная педагогика: уч. пособие. / отв. Ред. Р. А. Литвак. - Челябинск, 1994 - 152 с.
73. Психологический диагностико-коррекционный инструментарий. - М.: "Социальное здоровье России", 1999. - 168 с.
74. Ульенкова У. В. Дети с ЗПР. - Н. Новгород. 1994. - 228 с.
75. Урунтаева Г. А., Афонькина Ю. А. Практикум по детской психологии. / Под ред. Г. А. Урунтаевой, - М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. - 291 с.
76. Хрестоматия. Обучение и воспитание детей "группы риска". Учебное пособие: сост. В. М. Астапов, Ю. В. Микадзе, - М.: Ин-т практ. психологии, 1996. - 224 с.
77. Хромова Т. А. Дети с ЗПР.// Воспитание школьника. - 1997, № 4, с. 31-33.
78. Чистякова М. И. Психогимнастики./ Под ред. Буянова М. И./ - М.: Просвещение, - 1990. - 130 с.
79. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. - М.: ВЛАДОС, 1998 - 574 с.
80. Шевченко С. Г. Ознакомление с окружающим миром учащихся с ЗПР. М.: Просвещение, 1990. - с. 9-13.
81. Шмелев А. Г. Основы психодиагностики. Уч. психодиагностики. Уч. Пособие. - Ростов на Дону: "Феникс", 1996.
82. Шмидт В. В., Шмидт В. Р. Проблемы психологической коррекции глазами детских практических психологов. // Детский практический психолог. - 1996. - № 1-2, с. 45, 37.
83. Шурдукалов В. Н. Организация обучения детей с ЗПР./Ж. "Начальная школа", 1997, № 2, с. 58-60.
84. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. / Лебединский В. В., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. - М.: Изд-во МГУ, 1990.
85. Ясперс К. Общая психопатология. М.: ВЛАДОС, 1997. - 170 с.