

Н.А.Деревянкина
к.пс.н., старший преподаватель кафедры общей и социальной
психологии ЯГПУ, педагог-психолог МДОУ д/с
компенсирующего вида № 78 г.Ярославля

Эмоциональные нарушения дошкольников с задержкой психического развития.

Проблема эмоционального здоровья в дошкольном детстве остается чрезвычайно актуальной. Для этого существует, по крайней мере, две причины: эмоциональность дошкольника носит характер метарегулятивного процесса, так как отражается на всех уровнях активности (организмическом, когнитивном, личностном); степень эмоционального благополучия современных дошкольников поступательно уменьшается. Рассмотрению проблемы эмоциональных нарушений посвящено большое число работ – и научных, и практических. Проводятся исследования, предлагаются программы коррекции эмоциональной сферы детей. При этом количество вопросов и проблем, связанных с эмоциональными нарушениями дошкольников, не уменьшается. Это связано прежде всего с увеличением числа детей с отклонениями в развитии. Кроме того, в последние годы наблюдается тенденция роста числа случаев сочетанных нарушений развития. В таких условиях возможности организации коррекционной работы в групповом режиме существенно снижены, так как часто создать группу детей с относительно близкими нарушениями оказывается невозможно. При этом мы обнаруживаем признаки похожих эмоциональных проблем у детей с различными отклонениями в развитии. Дополнительной трудностью является подбор методик, направленных на диагностику эмоциональной сферы дошкольников с различными формами дизонтогенеза. Они должны отвечать двум главным требованиям – учитывать особенности детей с разными нарушениями развития (т.е. быть относительно универсальными) и формировать объективную картину особенностей эмоционального состояния ребенка. На наш взгляд, нам удалось приблизиться к решению этой задачи. Предлагаемая процедура диагностики эмоциональной сферы предназначена для работы с дошкольниками с нормальным уровнем развития и с различными нарушениями развития. Рассматриваемые методики легли в основу исследования эмоциональных нарушений дошкольников с задержкой психического развития.

Наше исследование эмоциональных нарушений проводилось в 2003 – 2008 годах на базе нескольких МДОУ д/с компенсирующего вида г. Ярославля. В исследовании участвовало 148 детей в возрасте от 4 до 8 лет. Все дети имеют в качестве основного диагноза «Смешанное специфическое расстройство развития», в качестве дополнительных диагнозов встречаются «Умственная отсталость(?)», «Расстройство речевого развития», «Синдром дефицита внимания и гиперактивности», «Нарушения поведения», «Синдром раннего детского аутизма» (легкие формы), двуязычие, болезни нервной системы, и другие. Дополнительные нарушения психического и/или соматического здоровья отмечаются более чем у половины детей. В качестве диагностического инструментария мы использовали методики: Карта наблюдений Д.Стотта (КН), Детский тест тревожности (ТТ), Метод цветowych выборов (МЦВ), Эмоциональные картинки (ЭК), фильм-тест Р.Жиля,

тесты «Автопортрет» и «Рисунок семьи», методика «Лесенка», опросник для родителей «Шкала степени отверженности ребенка в семье».

Карта наблюдений Д.Стотта (далее – КН) используется для изучения эмоционально-вегетативной и поведенческой сфер детей от 4 до 17 лет. С точки зрения Д.Стотта, задача выделения типов «трудных» детей является малопродуктивной; более эффективен путь тщательной фиксации различных форм поведения, свидетельствующих о плохой приспособленности ребенка к социуму. Д.Стотт считал, что наблюдателю необходимо предоставить готовые образцы, чтобы избежать произвольности в наблюдении и способе регистрации его результатов и получить такие материалы наблюдения, которые были бы достаточно однозначны, понятны и не содержали никаких готовых выводов. Исходя из этого, при составлении КН были соблюдены следующие требования: 1) выделение однозначных, относительно элементарных фрагментов поведения ребенка; 2) группировка этих фрагментов в определенные синдромы, т.е. их классификация; 3) определение взаимоотношений между этими фрагментами. КН включает 198 фрагментов фиксированных форм поведения (далее – симптомы), о наличии или отсутствии которых у ребенка должен судить наблюдатель, заполняющий карту. Все симптомы разделены на более тяжелые и менее тяжелые и сгруппированы в 16 синдромов. Особое внимание рекомендуется уделять синдромам II Депрессия, III Уход в себя, V Враждебность по отношению к взрослым, VIII Враждебность к детям, X Эмоциональное напряжение, XI Невротические симптомы. Критическим значением считается результат 25 баллов. Превышение этого показателя должно расцениваться как свидетельство нарушения механизмов личностной адаптации.

При всех достоинствах КН, она не может выступать единственным источником информации о ребенке, т.к. мнение наблюдателя о нем может носить предвзятый характер. Чтобы преодолеть эту трудность, мы обычно предлагали КН не менее чем двум взрослым, работающим с ребенком от полугода. Внешняя громоздкость этого инструмента (перечисление единиц наблюдения занимает несколько страниц, таблица для регистрации наблюдаемых симптомов кажется «странной») часто пугает воспитателей и учителей, особенно при первом предъявлении. В связи с этим в некоторых случаях мы сочли целесообразным использовать не весь перечень симптомов, а его сокращенный вариант. На одном из этапов исследования возникла необходимость сопоставить данные КН с синдромами МКБ – 10 Тревожные расстройства, Расстройство социального поведения и Оппозиционно-вызывающее расстройство. С этой целью КН была дополнена тремя соответствующими синдромами, сформированными на основании структуры этих расстройств, представленной в МКБ.

Детский тест тревожности создан Р.Тэммом, В.Аменом, М.Дорки и предназначен для диагностики тревожности ребенка по отношению к ряду типичных для ребенка жизненных ситуаций взаимодействия с другими людьми, где соответствующее качество личности проявляется в наибольшей степени. Методика предназначена для диагностики детей от 4 до 7 лет. Названия картинок: 1) **Игра с младшими детьми** (ребенок играет с двумя малышами); 2) **Ребенок и мать с младенцем** (ребенок идет рядом с матерью, которая везет коляску с младенцем); 3) **Объект агрессии** (ребенок убегает от нападающего на него сверстника); 4)

Одевание (ребенок сидит на лавочке и одевает ботинки); 5) **Игра со старшими** (ребенок играет с взрослой женщиной); 6) **Укладывание спать в одиночестве** (ребенок идет с куклой в руке, родители сидят на диване спиной к нему); 7) **Умывание** (ребенок умывается в ванной комнате); 8) **Выговор** (женщина, подняв указательный палец, строго выговаривает ребенку за что-то); 9) **Игнорирование** (отец играет с малышом, ребенок стоит в одиночестве); 10) **Агрессивное нападение** (сверстник отбирает у ребенка игрушку); 11) **Собирание игрушек** (мать и ребенок убирают игрушки); 12) **Изоляция** (двое сверстников убегают от ребенка, стоящего в одиночестве); 13) **Ребенок с родителями** (ребенок стоит между матерью и отцом); 14) **Еда в одиночестве** (ребенок один сидит за столом, держит в руке стакан).

Тревожность рассматривается авторами методики как вид эмоционального состояния, функция которого заключается в обеспечении безопасности субъекта на личностном уровне. Тревожность, испытываемая человеком по отношению к определенной ситуации, зависит от его отрицательного эмоционального опыта в этой и подобных ей ситуациях. Повышенный уровень тревожности свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности ребенка к тем или иным социальным ситуациям. Экспериментальное определение степени тревожности раскрывает внутреннее отношение ребенка к определенной ситуации, дает косвенную информацию о характере взаимоотношений ребенка со сверстниками и взрослыми в семье и детском саду.

Стимульный материал представляет собой 14 рисунков размером 8,5 × 11 см. Каждый рисунок представляет некоторую типичную для дошкольника жизненную ситуацию и выполнен в двух вариантах – для девочки (на рисунке изображена девочка) и для мальчика (на рисунке изображен мальчик).

Лицо ребенка не прорисовано, дан лишь контур головы. При этом каждый рисунок снабжен двумя дополнительными рисунками детской головы, по размерам точно соответствующими контуру лица на рисунке. На одном из дополнительных рисунков изображено улыбающееся лицо ребенка, на другом – печальное. Рисунки предъявляются ребенку в строго перечисленном порядке один за другим.

В связи с тем, что дошкольники с ЗПР игровую форму предъявления инструкции принимают и понимают лучше, чем формальное сухое задание, инструкция для них звучала следующим образом: *«У меня есть знакомый художник, который любит рисовать картинки про мальчиков (девочек). Он нарисовал мне такие картинки, но на всех забыл дорисовать мальчику (девочке) лицо. Мы с тобой сейчас посмотрим эти картинки, и ты скажешь, какое же лицо нужно дорисовать ребенку: грустное или веселое. А я все, что ты скажешь, запишу на магнитофон, и дам ему потом послушать, чтобы он знал, какое лицо нужно дорисовать этому мальчику (девочке)»* Все ответы детей фиксировались на магнитофон с последующим составлением протокола. Стандартная инструкция к каждой конкретной картинке выглядела следующим образом: *«Посмотри на эту картинку. Кто здесь нарисован? (Это кто?) Что они делают? (Что он делает?) Что с ними происходит? Какое лицо выберешь для этого мальчика (девочки)?»* Название лица в инструкции чередовалось, так как некоторые дети (особенно неусидчивые и тревожные) склонны давать ответ «по аналогии» с предыдущим. Кроме то-

го, дети с нарушениями развития часто давали «абсурдные» ответы, например, предлагая нарисовать веселое лицо ребенку, на которого старший мальчик замахивается стулом (рис. 3). В таких случаях ребенку задавались дополнительные вопросы для прояснения степени понимания содержания картинки. Выяснилось, что большинство таких детей правильно понимают сюжет, но формируют «странные», неадекватные ответы. Это стало дополнительным критерием оценки эмоционального состояния и важным материалом для анализа его особенностей.

Мы также сочли необходимым ввести дополнительный критерий оценивания результатов ТТ – длину высказывания ребенка к каждой картинке. Это позволяет зафиксировать динамику вербальной активности ребенка. В сопоставлении с выбором лиц мы получили подтверждение того, что эти выборы не были случайными даже в тех ситуациях, когда ребенок формулировал содержательно неадекватный комментарий. Подсчет длины высказывания для всей группы дает представление о степени вербальной активности детей с ЗПР по отношению к ситуациям, отраженным в картинках ТТ.

Метод цветových выборов – модифицированный восьмицветовой тест М. Люшера. Это проективная методика, основанная на предпочтении цветовых стимулов. Впервые опубликована М.Люшером в 1948 году. В нашем исследовании использовался модифицированный вариант, адаптированный на отечественной популяции. Процедура обследования заключается в том, что испытуемому предлагается выбрать из разложенных перед ним цветových таблиц самый приятный цвет. Рекомендуется использовать индифферентный фон, освещение должно быть равномерным, достаточно ярким, расстояние между цветowymi таблицами – не менее 2 см. Выбранный эталон убирается со стола или переворачивается лицевой стороной вниз. При этом психолог записывает номер каждого выбранного цветového эталона. Запись идет слева направо. Номера, присвоенные цветovým эталонам: темно-синий – 1, сине-зеленый – 2, оранжево-красный – 3, желтый – 4, фиолетовый – 5, коричневый – 6, черный – 7, серый – 0. Каждый раз испытуемому предлагается выбрать самый приятный цвет из оставшихся, пока все цвета не будут отобраны. Через две – пять минут (в некоторых руководствах допускается перерыв в 10 минут), предварительно перемешав, цветových таблицы снова раскладывают перед испытуемым в другом порядке и предлагают полностью повторить процедуру выбора. При этом необходимо предупредить испытуемого о том, что исследование не направлено на изучение памяти, и поэтому важно, чтобы он выбирал те цвета, которые ему нравятся сейчас, в этот момент времени.

Предлагая МЦВ дошкольникам с ЗПР и нормальным уровнем развития, мы столкнулись с неожиданными трудностями. Некоторые дети с нормальным уровнем развития старшего дошкольного возраста быстро понимали, что фиксация результатов выбора осуществляется в виде записи номеров цветových таблиц. При этом эти номера часто воспринимались ими либо как эквивалент школьных оценок (и тогда они стремились «угадать» цветovou таблицу с наибольшим номером), либо пытались выстроить цветовой ряд, ориентируясь на возрастание или убывание номеров цветových таблиц. В этих случаях необходимо дополнительно объяснять ребенку, что числа на обороте цветной карточки – это всего лишь номер, который нужен для удобства записывания выбора, и снова повторять ин-

струкцию. Иногда приходилось убирать выбранный ребенком цветовой эталон со стола или закрывать его ладонью, чтобы ребенок не мог видеть номер. Многие дети с ЗПР не могли сделать цветовой выбор с первого раза, т.к. у них отсутствовал навык ранжирования. В этих случаях мы считали целесообразным «переводить» инструкцию на язык ребенка и сначала учить его делать выбор вообще. Лишь после того, как ребенок научался понимать, что значит «выбери самый приятный», осуществлялась собственно диагностика. Для некоторых детей количество тренировочных проб достигало 8 – 10. Другая группа детей, для которых оказалось необходимым делать большое количество проб – дети с выраженной двигательной расторможенностью. Даже при сохранном интеллекте и хорошем понимании инструкции такие дети склонны очень быстро отвлекаться и их выбор часто производил впечатление случайного, ребенок мог даже не смотреть на выбираемую им карточку. В этом случае мы повторяли процедуру до тех пор, пока не было полной уверенности в неслучайности выбора.

В связи с обозначенными особенностями поведения дошкольников с ЗПР во время процедуры МЦВ, а также в связи с тем, что некоторые авторы приписывают первой и второй пробам разные психологические смыслы, мы сочли целесообразным не составлять для каждого ребенка один устойчивый цветовой ряд, а использовать в исследовании результаты обеих контрольных проб.

Еще одной трудностью использования МЦВ являются формулировки интерпретатора, слабо адаптированные к особенностям детского возраста. Например, выбор фиолетового (5-го) цвета первым интерпретируется как «Слабая интеграция Эго», а зеленый (2) и желтый (4) на двух первых позициях – «Зрелость жизненной платформы» (Л.Н.Собчик, 2001). При всем уважении к авторам и разработчикам методики и ее модификаций, нам еще предстоит сложная и кропотливая работа по адаптации Метода цветových выборов к особенностям детской эмоциональности. Это тем более важно, что в последнее время участились случаи использования МЦВ в диагностике именно дошкольников.

Эмоциональные картинки – метод исследования способности ребенка узнавать статические изображения эмоций. Часто используется для развития у детей этого умения. В XX веке стал главным в кросс-культурных исследованиях эмоциональности. В нашей работе использовались 30 картинок, предложенные Н.Л.Белопольской, изображающие 6 персонажей (мужчина, женщина, кот, мышь, птица, рыба) в 5 эмоциональных состояниях (веселый, мрачный, испуганный, злой, самодовольный). Картинки предъявлялись ребенку группами в порядке перечисления персонажей: сначала все изображения мужчины, потом женщины, потом кота, мыши, птицы и рыбы. Эмоциональные состояния находились в случайном порядке.

В первоначальном варианте присутствовали грустные персонажи, изображенные со слезами на глазах. В предварительном исследовании его узнали 100 % детей, мы сочли целесообразным исключить это эмоциональное состояние из диагностической процедуры. Мрачный - эмоциональное состояние, отличающееся от грустного большей интенсивностью и глубиной переживаний. Однако никто из детей не воспринял этой разницы между эмоциональными состояниями, кроме того, многие исследования показывают, что узнавание таких сложных эмоций как

«мрачный» во многом зависит от контекста. В нашем случае контекст отсутствовал. Изображения самодовольных персонажей были включены как пример сложного эмоционального состояния, сопряженного с высокой самооценкой. Узнавание этой эмоции косвенно свидетельствует о способности ребенка оценивать самого себя и наличии опыта эмоционального самопринятия.

Процедура диагностики: при предъявлении изображений мужчины и женщины экспериментатор обращал внимание ребенка на характерные для эмоционального состояния признаки (мимические знаки) и помогал сформулировать название эмоции, если ребенок в этом затруднялся. Допустимо называть эмоцию ребенку, если он не мог назвать ее самостоятельно или с помощью, но в этом случае в протоколе фиксировалось «не узнавание» эмоции. При предъявлении остальных персонажей подсказки не допускались, фиксировались лишь самостоятельные ответы ребенка.

Результаты подвергались качественной и количественной обработке. Количественная обработка предполагала подсчет числа самостоятельно узнаваемых эмоций и общего коэффициента узнавания. Качественная обработка предполагала анализ формулировок, используемых ребенком для обозначения эмоций. В ряде случаев эти формулировки не были точными, но отражали адекватность ребенка в понимании содержания изображенной эмоции (например, самодовольный – «собой гордится»). В этом случае ответ засчитывался как верный. Кроме того, формулировки указывали на активный «эмоциональный словарь» ребенка, а также на его способность при нехватке имеющихся в его речи названий прибегать к сравнительным и косвенным определениям. Учитывались ошибочные названия эмоций – некоторые дети склонны были большую часть эмоций квалифицировать как «злость» или «грусть», другие видели преимущественно «веселье». Наконец, дети с тяжелой формой ЗПР склонны были все эмоциональные состояния делить на две категории: «веселый – не веселый» либо «грустный – не грустный».

Все дети, и с нормальным уровнем развития, и с нарушениями развития, базовые эмоции узнают лучше. Показ и называние эмоционального состояния экспериментатором во всех случаях приводит к повышению эмоциональной компетентности ребенка, что, на наш взгляд, прекрасно согласуется с положением Л.С.Выготского о единстве закономерностей развития в норме и отклонениях от нее. Дети с нарушениями развития существенно отличаются от детей с нормальным уровнем развития в отношении к сложным эмоциям: если у вторых сложные эмоции вызывают интерес, они стараются запомнить слово – название, активны в усвоении содержания переживания, то первые в большинстве случаев равнодушны.

Наиболее существенные сложности использования ЭК заключаются в следующем:

1) трудности отделения эмоциональной компетентности от речевых проблем (ребенок не называет эмоцию потому, что он ее не знает или у него нет подходящего слова для ее обозначения, а нарушение речевого развития не позволяет ему достаточно быстро запомнить слово, предлагаемое экспериментатором?);

2) отсутствие стандартизованного стимульного материала.

Фильм – тест Р.Жиля (далее Ф-тест) опубликован в 1959 году и предназначен для изучения социальной приспособленности ребёнка, а также его взаимоотношений с другими людьми. Методика является визуально – вербальной, состоит из 42 картинок с изображением детей и детей и взрослых, а также текстовых заданий. Её направленность – выявление особенностей поведения в разнообразных жизненных ситуациях, важных для ребёнка и затрагивающих его отношения с другими людьми. Диагностическая процедура заключается в том, что ребёнку показывают картинку и предлагают на ней найти для себя место среди изображаемых людей: он либо занимает свободное среди персонажей место, либо идентифицирует себя с одним из них. А в приводимых текстовых описаниях ситуаций ребёнку предлагают выбрать из перечня типичных форм поведения то, которое наиболее подходит ему самому.

Данный тест даёт возможность описать систему личностных отношений ребёнка, складывающуюся из двух групп переменных:

1. Показатели, характеризующие конкретно – личностные отношения ребёнка с другими людьми: 1) матерью; 2) отцом; 3) родителями как супружеской парой; 4) братьями и сёстрами; 5) бабушкой и дедушкой; 6) другом (подругой); 7) авторитетным для ребёнка взрослым.

2. Показатели, характеризующие особенности самого ребёнка: 1) любознательность; 2) стремление к доминированию; 3) стремление к общению; 4) закрытость, отгороженность, стремление к уединению; 5) социальная адекватность поведения. Помимо качественной оценки результатов все показатели получают своё количественное выражение. Для этого ответу к каждой карточке присваивался балл, отражающий стремление ребенка дистанцироваться от этого персонажа. Так, если речь шла об определении отношения к какому-либо лицу (мать, отец и др.), то высокий уровень присваивался на основе максимально близкого расположения ребёнка к данному лицу, а также его предпочтения перед другими людьми в конкретной ситуации; средний уровень присваивался, если между ребёнком и данным персонажем находилось не более одного – трёх препятствий, а также, если в определённой ситуации ему отдавалось предпочтение наравне с каким-либо другим персонажем; низкий уровень присваивался на основе максимально отдалённого расположения ребёнка от данного персонажа, а также, если в конкретной ситуации ребёнок отдавал предпочтение другому человеку, игнорируя данный персонаж. Высокий, средний или низкий уровень развития какого-либо качества (любознательность, общительность и др.) присваивался в зависимости от степени выраженности этого качества.

Трудности использования Ф-теста связаны с громоздкостью диагностической процедуры и сложностью перевода полученных данных в формат шкалированных оценок. Это снижает возможности сопоставления результатов Ф-теста с данными других методик.

Шкала степени отверженности ребенка в семье предложена А.Баркан (Г.А.Широкова, 2005) и направлена на выявление отношения родителя к ребенку. Она содержит перечень 96 качеств, представленных в виде таблицы. Родителю предлагается отметить те качества ребенка, о которых он мечтал еще до рождения ребенка, а так же те качества, которые присущи ребенку в этот период времени.

Обработка результатов предполагает подсчет процента совпадения ожидаемых и присутствующих качеств ребенка, а так же учет соотношения желательных и нежелательных качеств, отмечаемых родителем.

Сложности использования Шкалы степени отверженности ребенка в семье связаны с неоднозначностью оценок представленных в ней характеристик. Например, качество под номером 82 «неуклюжий» может быть расценено и как нежелательное, и как нейтральное. Кроме того, предъявление инструкции в форме прямых вопросов повышает процент социально одобряемых ответов. Таким образом, эта методика не может выступать самостоятельным диагностическим инструментом.

Диагностика эмоциональных особенностей дошкольников с нарушениями развития осуществляется теми же методами, что и детей в норме. Различия касаются вопросов организации диагностической процедуры, а так же введения дополнительных критериев оценивания результатов.

Результаты наших исследований позволили сделать некоторые выводы относительно особенностей эмоциональной сферы дошкольников с нарушениями развития.

Для дошкольников с ЗПР характерны признаки эмоциональных нарушений, типичные для депрессивных расстройств различной степени выраженности. Эмоциональное напряжение, невротические симптомы, беспокойство и депрессивные тенденции встречаются так часто и выражены столь отчетливо, что их можно считать «базовыми» в структуре нарушений эмоциональной сферы дошкольников с ЗПР. Отнесение ребенка к «неблагополучной семье» повышает вероятность обнаружения у него воспитателем признаков дезадаптации и поведенческих расстройств. Специфическими характеристиками детей с ЗПР можно считать черты паранойяльного стиля, агрессивность, избирательность в межличностных контактах; в то время как для всей выборки дошкольников характерны демонстративные тенденции, сензитивность, ранимость, потребность в более близких отношениях, чем есть в данный момент времени. В целом проблема неудовлетворенности аффилиативной потребности («недолюбленности») предъявляется всеми дошкольниками вне зависимости от наличия/отсутствия диагноза. Процент детей, страдающих от нехватки родительской любви, стабильно высок во всех исследуемых группах и составляет от 60 до 100 %. Вероятно, причиной этого выступает не только «плохое» родительство, но и повышенный уровень потребности детей в присутствии и заботе родителей. Но, если у ребенка с нормальным интеллектуальным и физическим развитием достаточно средств и способов совладания со своим эмоциональным неблагополучием, то ребенок с нарушениями развития в этой ситуации уязвим значительно в большей степени. Это связано не только с меньшим арсеналом доступных им средств совладания, но и меньшей приспособленностью выбираемых ими стратегий психологической защиты к условиям реальности. В результате эмоциональные нарушения добавляют ребенку с ЗПР неадекватности.

Одна из отличительных особенностей детей с ЗПР - большая вербальная активность, которая, безусловно, является отражением их эмоционального состояния – оно менее уравновешено и более лабильно, чем у детей с нормальным уров-

нем развития. В целом вербальная активность выступает опосредованным показателем тревожности ребенка в отношениях с взрослыми, при этом дети с ЗПР оказываются более тревожными, чем дети с нормальным уровнем развития.

Дети с ЗПР и нормальным уровнем развития по-разному оценивают ситуации, представленные в Тесте тревожности, что является отражением их опыта взаимодействия со сверстниками и значимыми взрослыми. Данные об этом представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Номера картинок теста тревожности, расцененные детьми преимущественно как положительные (больше 50 % детей выбрали веселое лицо).

ранги картинок в ряду значимости	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Дети с ЗПР	7	1	13	2	4	14	6	5	9	-
Дети без диагноза	1	13	6	2	14	9	5	4	11	7

Таблица 2

Номера картинок теста тревожности, расцененные детьми групп преимущественно как отрицательные (больше 50 % детей выбрали грустное лицо).

ранги картинок в ряду значимости	1	2	3	4	5
Дети с ЗПР	12	3	8	10	11
Дети без диагноза	8	12	3	10	-

Заметно, что ряды приятных и неприятных картинок в двух группах различаются. Среди наиболее приятных для детей с ЗПР оказалась 7 картинка Умывание, которая для детей без диагноза, хотя и ассоциируется преимущественно с веселым лицом, но в ряду приятных стоит на последнем месте. Возможно, это объясняется большей потребностью детей с нарушениями развития в дополнительных способах снятия напряжения (в силу их большей эмоциональной проблемности), вода, как известно, обладает выраженным успокаивающим эффектом и интуитивно выбирается детьми в качестве естественного психотерапевтического средства. Картинка 6 Укладывание спать в одиночестве для детей с ЗПР оказалась более приятной, чем для детей без диагноза. Дети с нормальным уровнем развития чаще отмечали одиночество ребенка (при этом взрослые на заднем плане обычно воспринимались как доброжелательные участники ситуации, а ребенок играл дома «в трусиках и маечке, потому что жарко»), 11 % детей с ЗПР решили, что ребенка «обидели», «наказали», «поставили в угол». В обеих группах меньшинство детей определило ситуацию в соответствии с названием картинки, данным создателями методики. 9 картинка Игнорирование детьми с ЗПР расценена как менее приятная, чем детьми без диагноза. В обеих группах дети указывали на чувства обиды и одиночества ребенка с этой картинки, но в группе с ЗПР это происходило чаще и отчетливей. 11 картинка Собираение игрушек детьми без диагно-

за расценена как приятная, детьми с ЗПР – как неприятная. Ответы дошкольников с ЗПР к этой картинке часто содержат указание на негативное взаимоотношение взрослой женщины и ребенка – «мама сломала», «мама говорит ‘не играй’», «мама просто дура». Самой неприятной картинкой для детей с ЗПР оказалась 12 картинка Изоляция. Второй по степени неприятности – 3 Объект агрессии, и только третьей по негативности – 8 Выговор (в отличие от детей с нормальным уровнем развития, для которых Выговор – самая неприятная ситуация).

Таким образом, дети с ЗПР характеризуются большим числом негативных установок, как в отношении других детей, так и в отношении взрослых, в том числе родителей. При этом они более чувствительны к ситуациям, обладающим потенциальным психотерапевтическим эффектом: дети с ЗПР выделяют эти ситуации, приписывают им позитивный смысл, игнорируют негативные составляющие этих ситуаций. Например, умывание детьми с нормальным уровнем развития воспринимается преимущественно негативно, как «жестокая» необходимость соблюдать правила гигиены, навязываемые взрослыми: «У него грустное лицо. Он зубы чистит. Его мама заставила!». Дети с ЗПР склонны выбирать для ребенка на этой картинке радостное лицо: «Он с водой играет! Любит так играть!». Одиночество изображенного ребенка детьми с нормальным уровнем развития считается неоспоримо отрицательным фактом. Дети с ЗПР часто заявляют, что этому ребенку нравится быть одному. Для понимания такой реакции необходимо вспомнить о том, что у большинства детей с нарушениями развития регистрируются негрубые поражения ЦНС, обуславливающие утомляемость, сниженную переносимость сильных воздействий, быстрый переход в тормозное состояние. Другой человек, безусловно, является сильным и сложно устроенным раздражителем. В группе дошкольников с ЗПР отмечается много случаев «метания» ребенка от выбора грустного лица к веселому, что свидетельствует об отсутствии готовой стратегии реагирования на ситуацию, которая могла бы использоваться автоматически. Это может быть расценено как еще одно подтверждение «проблемного» опыта общения этих детей с взрослыми.

Дошкольники с ЗПР хуже узнают статические изображения эмоциональных состояний, однако, очевидно, что механизм приобретения знаний об эмоциональных состояниях для детей с ЗПР и нормальным уровнем развития один и тот же – непосредственное восприятие эмоций (или их изображений).

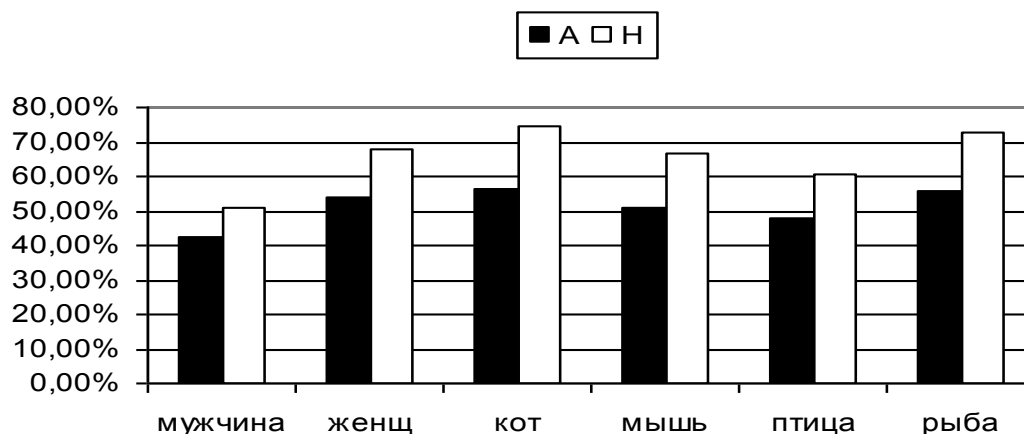


Рис. 1 Успешность узнавания эмоциональных состояний персонажей теста «Эмоциональные картинки» (ЭК) детьми групп А (дошкольники с задержкой психического развития) и Н (дошкольники с нормальным уровнем развития).

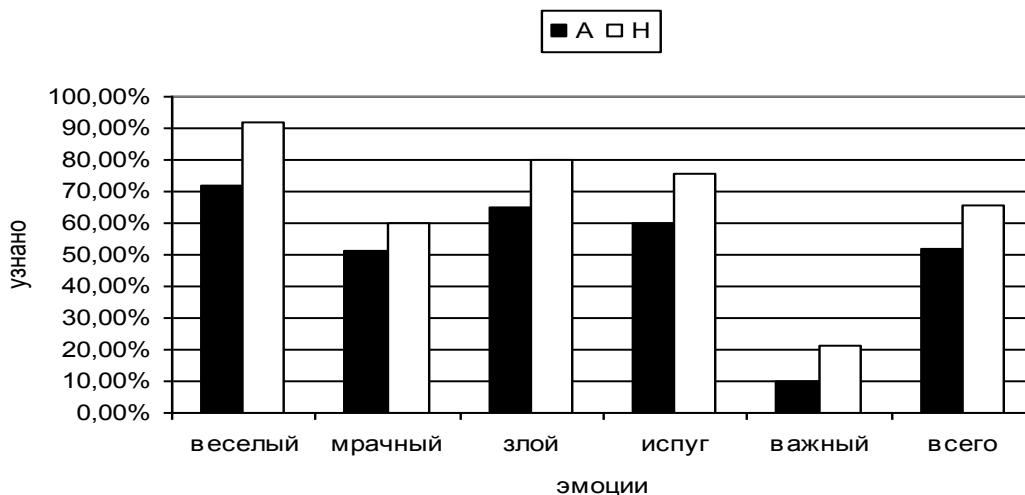


Рис. 2 Успешность узнавания эмоциональных картинок детьми групп А (дошкольники с задержкой психического развития) и Н (дошкольники с нормальным уровнем развития).

На рисунке 1 представлена динамика узнавания эмоциональных состояний персонажей Эмоциональных картинок. Они предъявлялись испытуемым именно в том порядке, который Вы видите на диаграмме. Очевидно, что успешность узнавания возрастает по мере увеличения опыта. Крайне важен тот факт, что в группе дошкольников с ЗПР процесс роста успешности синхронен тому же процессу в группе детей с нормальным уровнем развития. В целом дошкольники с ЗПР узнают эмоциональные состояния, конечно, хуже детей с нормальным уровнем развития. Это различие представлено на рисунке 2. Дети с ЗПР использовали больше слов для ответа на вопрос об эмоциональном состоянии, но в их ответах часто присутствовали неадекватные определения, свидетельствующие о непонимании задания, либо его потере, они чаще обращали внимание на несущественные детали, многие ответы представляли собой перечисление элементов картинки, в некоторых случаях дети прибегали к простому называнию персонажа («фокусник», «киска» и др.). Дети с нормальным уровнем развития не прибегали к неадекватным определениям – отговоркам, в случае неуверенности многие из них предпочитали молчать или говорили «не знаю», несколько случаев называния персонажа всегда сопровождалось оценкой или указанием на существенный признак («добрая рыбка», «важная, как мышка»). В отношении гнева, страха и самодовольства эти дети предложили большее количество близких определений, чаще прибегали к сравнительным характеристикам, а перечисления элементов рисунка использовались ими как способ припомнить правильное название эмоции. Таким образом, интеллектуальные характеристики дошкольников – наличие сформиро-

ванных или формирующихся понятий «гнев», «страх», «самодовольство», владение лексикой, умение отделять главное от второстепенного, способность использовать помощь – существенно влияют на успешность распознавания «неинтеллектуальных» состояний. Узнавание каждой эмоции в отдельности зависит от узнавания всех других, а общая успешность является результатом влияния в наибольшей степени - страха, гнева, радости и уныния (базовых эмоций), в наименьшей – самодовольства. Самодовольство не является для детей с ЗПР значимым переживанием; осознанная направленность этого эмоционального переживания на самого себя представляет для дошкольников с ЗПР особую трудность. Низкая степень узнавания базовых эмоций связана с глубокими и интенсивными проблемами эмоциональной сферы, что делает ребенка не только неадекватным в общении, но так же снижает его познавательные способности в структуре межличностных отношений.

Между мальчиками и девочками с нормальным уровнем развития наблюдается больше значимых различий, чем между мальчиками и девочками с ЗПР – 15 против 12. На наш взгляд, это можно объяснить тем, что наличие нарушения развития в некотором смысле нивелирует половые различия, переводя их в иную плоскость. Были выявлены различия между мальчиками и девочками, общие для всех дошкольников: у мальчиков отмечается больше признаков закрытости (замкнутости) и большее число симптомов общей дезадаптации, а так же признаки более выраженной стеничности, чем у девочек. Возможным объяснением этого может служить то, что оценщиками во всех случаях выступали воспитательницы – женщины, естественным образом придерживающиеся «феминных» форм поведения. Мальчики могут казаться им более закрытыми и менее социализированными в силу большей агрессивности и меньшей эмоциональной раскрепощенности.

Девочки и мальчики группы с ЗПР значительно различаются несколькими особенностями:

- 1) среди дошкольников с ЗПР мальчики оказываются более «проблемными», чем девочки, у них сильнее представлены признаки асоциальности;
- 2) девочки имеют больше черт зависимости, чем мальчики, для них характерны высокая тревожность в отношении к взрослым, признаки принадлежности к неблагополучным семьям, неровная вербальная активность, успешное узнавание злого лица; мальчикам присуща потребность в покое и защищенности, их отличает высокая вербальная активность, адекватность реакций на ситуации взаимодействия с родителями и агрессивное нападение, успешность узнавания эмоций вообще, большое количество признаков враждебности к взрослым;
- 3) мальчики тревожнее девочек;
- 4) мальчики узнают эмоциональные картинки успешнее девочек.

Все это свидетельствует о том, что мальчики и девочки выбирают разные способы компенсации нарушения развития, в то время как задача освоения половой модели эмоционального поведения отходит на второй план.

Существуют значимые различия особенностей эмоциональной сферы между дошкольниками, для которых ЗПР является единственным диагнозом, и дошкольниками с несколькими диагнозами по следующим критериям:

- 1) дети с одним диагнозом представляют собой более однородную группу с точки зрения выраженности эмоционально-поведенческих нарушений, в то время как дети с несколькими диагнозами демонстрируют больше признаков враждебности к взрослым;
- 2) дети с одним диагнозом более склонны к пессимистическим реакциям, для них характерно большое количество невротических симптомов, признаки недоверия к новому и тенденция к «уходу в себя», присутствуют указания на травматический опыт взаимодействия с взрослыми, высокая личностная тревожность;
- 3) дети с несколькими диагнозами менее критичны в отношении других людей, им присущи низкая эмоциональная компетентность, невротические симптомы, отражающиеся на их сексуальном развитии, низкая степень адекватности как в ситуациях взаимодействия с взрослыми, так и в общении с детьми;
- 4) дети с одним диагнозом и несколькими диагнозами значительно различаются по индексу тревожности (ИТ), но не по степени выраженности, а в связи с характеристиками распределения значений ИТ в этих подгруппах;
- 5) дети с одним диагнозом успешнее в узнавании эмоций и менее однородны по этому признаку.

В целом наличие нескольких нарушений развития не приводит к принципиально новым проблемам в эмоционально-поведенческой сфере, достаточно одной формы дизонтогенеза, чтобы ребенок мог быть отнесен к числу эмоционально неблагополучных. Сочетанный диагноз привносит в это неблагополучие специфические для данной формы нарушения развития эмоциональные черты, которые изменяют состояние эмоциональной сферы, но не кардинально (например, у детей с РДА часто регистрируется навязчивая мастурбация, особенно – во время тихого часа, когда ребенок использует ее, чтобы заснуть). Мы сопоставили результаты исследования эмоциональных нарушений дошкольников с ЗПР с отсутствием/наличием второго диагноза и обнаружили связь задержки психического развития, нарушений речи, раннего детского аутизма, гиперактивности с некоторыми особенностями эмоциональной сферы. Эти данные представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Взаимосвязь вида дизонтогенеза и симптомов эмоциональных нарушений.

Методики	ЗПР - единственный диагноз	ЗПР в сочетании с нарушениями речи	ЗПР как вторичный диагноз по отношению к РДА	ЗПР в сочетании с гиперактивностью
Карта наблюдений	Значительно меньше, чем у других детей с ЗПР, отмечается признаков враждебности к детям, неуговорности и умственной отсталости,	Меньше, чем у других детей, отмечается признаков неблагоприятных условий среды	Большое количество признаков эмоционального напряжения и нарушений сексуального развития	Значительно большее число признаков тревожности и враждебности по отношению к взрослым, тревоги и враждебности

	меньше признаков общей дезадаптации			по отношению к детям, недостатка социальной нормативности, неугомонности и эмоционального напряжения
МЦВ	Сдвиг зеленого и коричневого в конец цветового ряда		Сдвиг серого в начало цветового ряда	Сдвиг зеленого в начало цветового ряда
Тест тревожности	Выбор грустного лица к картинке «Укладывание спать в одиночестве»	Выбор веселых лиц к картинкам «Ребенок и мать с младенцем», «Собирание игрушек», «Изоляция»; низкий показатель индекса тревожности; всплеск вербальной активности в ответ на картинку «Выговор»	Выбор грустного лица к картинке «Игра с младшими детьми»; всплеск вербальной активности в ответ на картинку «Агрессивное нападение», большой разброс количества слов, сказанных к картинкам ТТ	
ЭК	Успешность в узнавании злости	Плохое узнавание эмоциональных состояний		

Выявленные взаимосвязи, представленные в таблице 3, могут быть объяснены не только симптоматикой рассматриваемых форм дизонтогенеза, но и специфическими характеристиками оценщиков. Например, Карта наблюдений во всех случаях заполнялась женщинами – воспитательницами, педагогами-дефектологами, логопедами. Мы знаем, что представители педагогических профессий более чувствительны к нарушениям правил и норм. Дети с гиперактивностью по определению не могут выполнять большинство правил и норм поведения, по крайней мере, с первого раза. Они статистически чаще нарушают их, реже и хуже отслеживают свои ошибки, менее склонны к рефлексии собственного «непослушания». Очевидно, что в данном случае речь следует вести не столько об эмоциональных нарушениях как таковых, сколько о представленности симптомов гиперактивности в глазах педагогов.

Сдвиг зеленого в конец цветового ряда (по данным Метода цветowych выборов) «свидетельствует о фрустрированной потребности в социальном самоутверждении, ущемленном самолюбии, нереализованных притязаниях». (Собчик Л.Н.,

2001) Положение этого же цвета в начале ряда «отражает смешанный тип реагирования с преобладанием пассивно-оборонительных тенденций». Учитывая, как детей с гиперактивностью склонны воспринимать педагоги, пассивно-оборонительные тенденции выглядят вполне закономерными. Серый цвет в начале цветового ряда характерен для лиц с аутичной отгороженностью.

Выбор лиц к Тесту тревожности детьми с нарушениями речи следует понимать как предпочтение ситуаций взаимодействия с близким взрослым. На картинках «Ребенок и мать с младенцем» и «Собирание игрушек» изображена взрослая женщина, которая дошкольниками воспринималась как мама. На картинке «Изоляция» нарисованы два ребенка, убегающие от третьего, которому и нужно выбрать лицо. Дети с нарушениями речи, как правило, выбирали этому ребенку веселое лицо, аргументируя свой выбор тем, что «он не хочет с ними бегать, он хочет так стоять». На картинке «Выговор» изображена взрослая женщина с недвусмысленным жестом в сторону ребенка без лица. Большинство детей однозначно понимали эту картинку именно как выговор ребенку. Для дошкольников с нарушениями речи травматичным казался не столько сам факт выговора, сколько угроза ухудшения отношений с мамой.

По данным методики Эмоциональные картинки, именно дети с нарушениями речи хуже всего распознают статические изображения эмоциональных состояний. При этом их реакции на картинки Теста тревожности (не менее эмоционально заряженные, чем ЭК) были столь же адекватными, как в других подгруппах дошкольников с ЗПР. Мы полагаем, что низкую эмоциональную компетентность дошкольников с нарушениями речи следует понимать как «вторичный дефект» по отношению к речевому недоразвитию. При этом совершенно очевидно, что отсутствие слов-названий эмоциональных состояний в активном словаре ребенка вовсе не означает, что он не испытывает этих эмоций. Испытывает! Но не может сообщить об этом в понятной нам форме.

Данные, полученные О.В.Шваргиной (2008 г.), подтверждают и дополняют наши результаты. По ее мнению, наличие любого диагноза прямо связано с увеличением регистрируемых признаков депрессии, тревоги по отношению к взрослым и враждебности по отношению к детям. Наличие задержки психического развития добавляет к этому списку невротические симптомы.

Все выявленные в ходе первого этапа исследования характеристики можно объединить в следующие факторы, отражающие специфичные для дошкольников с ЗПР эмоциональные черты: Неадекватная вербальная активность в эмоциогенных ситуациях; Общая дезадаптация; Низкая эмоциональная компетентность; Личностная тревожность; Высокая эмоциональная лабильность; Выраженная эмоциональная истощаемость; Тревога, обуславливающая соматизацию; Устойчивая тропность; Иррациональная агрессивность. Факторный анализ позволил не только выделить компоненты структуры эмоциональных нарушений дошкольников с ЗПР, но и обнаружить структуру самих факторов.

Так, *Неадекватная вербальная активность в эмоциогенных ситуациях* включает изменения как количественных, так и качественных характеристик речи детей в ситуациях, воспринимаемых ими как эмоциогенные. Количественные характеристики речи - число сказанных слов в отношении предъявляемой ситуации

– могут уменьшаться либо увеличиваться. И в том, и в другом случае это выглядит как крайняя форма реакции (ребенок становится либо невероятно «болтливым», либо замолкает, ограничиваясь мимикой и жестами). Качественные характеристики речи – степень соответствия содержания ответа содержанию ситуации. Для детей с ЗПР характерно в эмоциогенных ситуациях «включать дурачка» - выдавать очевидно абсурдные ответы и комментарии. При этом дополнительные вопросы свидетельствуют о достаточной степени понимания ребенком истинного смысла происходящего. Кроме того, «внезапная потеря адекватности», как правило, совпадает с «приступом» говорливости/молчаливости. На наш взгляд, такая реакция свидетельствует не столько об интеллектуальных проблемах (их роль, конечно, велика), сколько о трудностях выбора оптимальной стратегии совладания с травматичными для ребенка ситуациями. На рисунке 3 представлено соотношение количества используемых определений и степени узнавания эмоций детьми с ЗПР как подтверждение положения о специфической роли неадекватной вербальной активности.

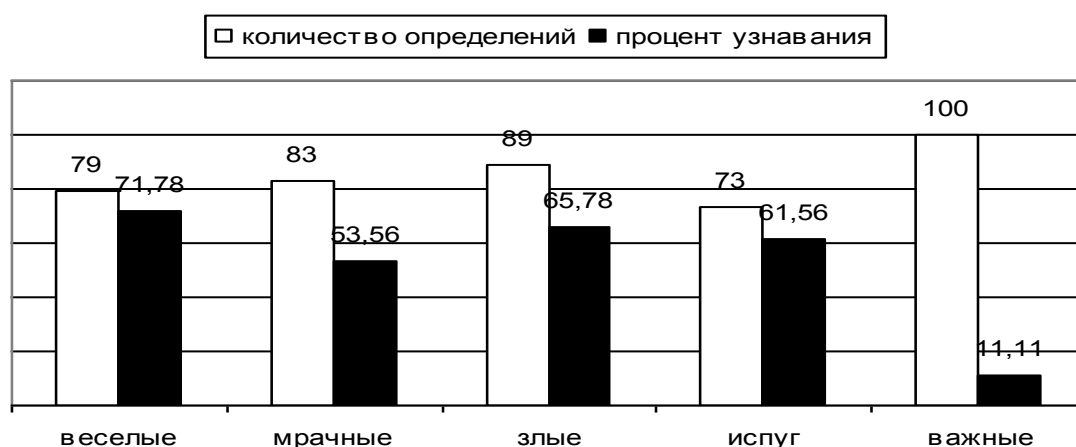


Рис. 3 Соотношение количества используемых определений и степени узнавания эмоций методики Эмоциональные картинки детьми с ЗПР.

Очевидно, что снижение успешности узнавания эмоционального состояния сопровождается увеличением количества слов, сказанных ребенком по поводу этой картинки. Таким образом, неадекватное обстоятельством речевое поведение ребенка с ЗПР может и должно служить для нас диагностическим признаком испытываемых им трудностей.

Общая дезадаптация отражает меньшую успешность детей с ЗПР, по сравнению с детьми с нормальным уровнем развития, в решении социальных задач: они дольше осваивают правила и нормы поведения; им труднее отторгивать нежелательное поведение (в том числе и тогда, когда они заранее знают о грозящем наказании); они хуже понимают причины недовольства собой взрослых. Все это приводит к тому, что дети с ЗПР воспринимаются педагогами как гораздо более проблемные, чем дети с нормальным уровнем развития.

Низкая эмоциональная компетентность указывает на сниженную способность узнавать статические изображения эмоциональных состояний. Как мы уже

видели, это не всегда свидетельствует об эмоциональной уплощенности. Большой вклад в формирование эмоциональной компетентности вносят речевое развитие и специфические особенности нарушения мышления.

Личностная тревожность понимается нами как общая генерализованная готовность ребенка к непринятию со стороны значимого другого. Она обусловлена травматическим опытом общения дошкольника с окружающими взрослыми и детьми. И это не только эмоциональные переживания, связанные со снижением интеллектуального статуса. Не менее важны чувства ребенка, связанные с родительскими эмоциями по поводу «дефекта» своего чада. Педагоги, работающие с детьми с нарушениями развития, хорошо знают, насколько странными и необъяснимыми бывают родительские реакции на предъявление трудностей их детей. Необходимо отдавать себе отчет в том, что за подобным поведением стоят эмоциональные проблемы родителей, которые обязательно скажутся в поведении и переживаниях ребенка. При этом у детей с ЗПР возможности совладания с эмоциональными проблемами снижены по сравнению с детьми с нормальным уровнем развития. Их переживания быстрее переводятся на уровень телесного реагирования, минуя психологический. Эта особенность отражена в признаке эмоциональных нарушений дошкольников с ЗПР - *Тревога, обуславливающая соматизацию*.

Высокая эмоциональная лабильность, а так же *Выраженная эмоциональная истощаемость* включают такие характеристики эмоциональной сферы как быстрая смена эмоций, поверхностность эмоциональных реакций, быстрое угасание острых эмоций (особенно связанных с работой мышления – интереса, эмоциональной вовлеченности), заметная утомляемость в эмоциогенных ситуациях.

Устойчивая трофотропность включает слабый тип ВНД с преобладанием трофотропных тенденций и динамичностью НС в отношении процессов торможения, этому сопутствуют интровертированность (в нашем случае – «уход в себя») и пассивность в сочетании с повышенной тревожностью и склонностью к пессимистичности. Неуверенность в себе, свойственная таким лицам, лежит в основе формирования черт зависимости, а так же высокой чувствительности к средовым воздействиям. В целом дети с ЗПР характеризуются доминированием трофотропных тенденций, устойчивым состоянием перевозбуждения и потребностью в покое.

Иррациональная агрессивность связана с такими переживаниями как протест против сложившейся ситуации, негативное отношение к ней, агрессивность, крайний субъективизм, чувство обособленности, непокорность, активное противодействие ситуации и людям. Иррациональные тенденции, присущие дошкольникам вообще, делают агрессивность генерализованной реакцией дезадаптированного ребенка.

На втором этапе исследования эмоциональных нарушений дошкольников с ЗПР мы сопоставили полученные данные с особенностями восприятия детьми детско-родительских отношений. Была выявлена несколько иная структура эмоциональных нарушений, которая включает в себя: тревожность, обуславливающая дезадаптацию; нарушения социальных связей со средой, вызванные неудовлетворением потребности в любви; «ненадежная» привязанность к членам семьи; высокая степень уязвимости в межличностных взаимоотношениях; низкая эмоцио-

нальная компетентность с тенденцией к дистанцированию; нарушение привязанности к матери компенсируется за счёт других членов семьи. (Данные получены Ганиной Е.А. и Кузнецовой О.В.) При этом у половины дошкольников с ЗПР (51%) наблюдается высокий уровень привязанности к матери и только у 2% детей высокий уровень привязанности к отцу. Возможно, признаки фрустрации аффилиативной потребности, столь характерные для дошкольников с нарушениями развития, связаны с сужением круга «источников любви»? Дошкольники с ЗПР не воспринимают родителей как супружескую пару, наблюдаются нарушения в отношениях с близкими родственниками, а также с ближайшим социальным окружением, вызванные неудовлетворением аффилиативной потребности, что может проявляться на разных уровнях: от ухода в себя до открытой конфронтации и враждебности. Дети со средним уровнем привязанности к матери в качестве объекта привязанности могут выбирать кого – либо из членов семьи или близкого окружения. Наибольший вклад в эмоциональное благополучие ребёнка вносят его отношения с мамой. Содержание выявленных факторов может быть представлено следующим образом.

Фактор 1 – *тревожность, обуславливающая дезадаптацию*. Он включает следующие компоненты: высокий общий уровень дезадаптации, тревожные расстройства, враждебность и тревога в отношении к детям, асоциальность, враждебность и тревожность по отношению к взрослым, расстройства социального поведения, неугомонность (признаки гиперактивности), эмоциональное напряжение, депрессия, невротические симптомы, агрессивные реакции на проигрыш в игре, уход в себя.

Фактор 2 – *нарушение социальных связей со средой*, вызванные неудовлетворением потребности в любви, которые могут проявляться на разных уровнях: от ухода в себя до открытого протеста. Содержит следующие компоненты: протест против сложившейся ситуации, агрессия, чувство обособленности и непокорности, активное противодействие среде. Высокий индекс тревоги в первой и второй пробе МЦВ. Недоверие к новому в сочетании со страхом потерять свою значимость в глазах других. Вытеснение как защитный механизм, недостаток гибкости, беспокойство, сниженный фон настроения. Напряжённость, избирательность в межличностных контактах. Повышенные требования к окружающим. Склонность к уходу от межличностных контактов, недоверчивость, замкнутость, настороженность, сензитивность.

Фактор 3 – *дистантные отношения с членами семьи*, по Дж. Боулби – «ненадёжная» привязанность к членам семьи. Наблюдается низкий уровень привязанности к членам семьи и близким родственникам.

Фактор 4 – *высокая степень уязвимости в межличностных взаимоотношениях*. Слабый тип ВНД, преобладание тропотропных тенденций, повышенная тревожность и склонность к пессимистичности. Неуверенность в себе, черты зависимости и сензитивности, ведущая потребность – аффилиативная. Тенденция к агрессивной реакции в ситуации, угрожающей чувству собственного достоинства.

Фактор 5 – *низкая эмоциональная компетентность с тенденцией к дистанцированию*. Низкая успешность распознавания эмоциональных картинок. Плохое

узнавание эмоций «самодовольство», «радость». В отношении к авторитетному взрослому наблюдается низкий уровень привязанности.

Фактор 6 - *нарушение привязанности к матери*. В отношении к матери наблюдается низкий уровень привязанности (недостаточно «острая» реакция на потерю). В отношении к отцу – высокая привязанность, сочетающаяся с высоким уровнем социальной адекватности поведения. Маленькая дистанция в отношениях с братьями и сёстрами. «Дистанцирующая» реакция на похвалу – отгороженность, безразличие, нежелание рассказывать кому – либо.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают и дополняют данные других авторов о том, что родители вносят наибольший вклад в эмоциональное состояние ребенка. Дети с ЗПР не являются исключением. Хотя в их состояниях в ряде случаев прослеживается органическая компонента, стабильный эмоциональный фон определяется внутрисемейной атмосферой.

Для уточнения полученных результатов в 2007 – 2008 г. нами было предпринято пробное исследование особенностей отношения к себе (самооценки) и родительского отношения к ребенку с ЗПР и нормальным уровнем развития. (Данные получены Павловой К.Е.) Результаты представлены в таблице 4. Мы использовали рисуночные методы – Автопортрет и Рисунок семьи, а также методику «Лесенка» и опросник для родителей «Шкала степени отверженности ребенка в семье».

Таблица 4.

Данные предварительного исследования самооценки и особенностей детско-родительских отношений дошкольников с ЗПР и нормальным уровнем развития (средние для группы).

Выделяемые признаки	Дети с ЗПР	Дети с нормальным уровнем развития
<i>Методика «Автопортрет»</i>		
Изображение в полный рост	1	1
Профиль	0,1	0
Анфас	0,9	1
Схематическое изображение	1	0,5
Реалистическое изображение	0	0,5
Присутствие предметов в рисунке себя	0,5	0,1
Размер изображения	0,750	0,625
Смещение от центра влево	0,6	0,6
Смещение от центра вправо	0,3	0,3
Смещение в верхнюю часть листа	0,4	0
Смещение от центра вниз	0	0,4
Степень нажима (1-слабый, 3-сильный)	2,7	2,8
Наличие штриховки	0,4	0,9
Наличие улыбки	0,5	0,9
Нарисован нос	0,6	0,7
Нарисованы глаза	1	1

Нарисованы ресницы	0,4	0,1
Нарисован рот	0,8	0,9
Нарисованы уши	0,1	0
Нарисована шея	0,5	0,5
Нарисовано туловище	0,8	1
Нарисованы волосы	0,5	0,6
Нарисованы руки	0,9	1
Нарисованы ноги	1	1
Изображена одежда	0,5	0,8
Количество использованных цветов	2,9	2
<i>Методика «Рисунок семьи»</i>		
Общий размер рисунка	0,875	0,750
Порядок рисования себя по размеру	1,8	3,7
Порядок рисования матери по размеру	1,5	1,2
Порядок рисования отца по размеру	1,2	1,2
Схематическое изображение	0,8	0,5
Реалистическое изображение	0	0,5
Метафорическое изображение	0,2	0
Наличие интерьера или пейзажа	0,3	0,3
Количество используемых цветов	2,4	5
Отсутствие себя в рисунке семьи	0,4	0
Отсутствие матери в рисунке семьи	0,2	0,1
Отсутствие отца в рисунке семьи	0,1	0,2
Отсутствие любого члена семьи в рисунке	0,5	0,3
Наличие членов семьи, отсутствующих в реальности (сестра, брат, сосед, лев)	0,5	0
Пространственная удаленность членов семьи друг от друга	0,2	0
Наличие специально нарисованных барьеров между членами семьи	0,1	0
Обращенность членов семьи друг к другу, пространственная близость, контакт рук	0,1	0,2
Признаки положительных эмоций	1,9	2,4
Признаки отрицательных эмоций	1	0,7
<i>Методика «Лесенка»</i>		
№ ступеньки, на которую меня поставил бы папа	4,7	5,5
№ ступеньки, на которую меня поставила бы мама	4,6	5,4
№ ступеньки, на которую я хотел бы встать	5,6	6,5
<i>Методика «Шкала степени отверженности ребенка в семье»</i>		
Процент совпадения ожидаемых и реальных качеств ребенка (в среднем по группе)	30,4	45,5

Представленные в таблице 4 данные следует рассматривать как предварительные, но некоторые выявленные тенденции мы считаем достаточно важными.

Рисунки дошкольников с ЗПР больше по размеру и примитивнее в исполнении – они статистически чаще прибегают к схематическому изображению, чем дети с нормальным уровнем развития. В их рисунках реже присутствуют необходимые элементы (части тела, одежда), но чаще – необязательные (дополнительные предметы в автопортрете). При этом они реже используют штриховку, но их цветовой набор несколько больше. Все это указывает на разные способы графического представления одного и того же переживания – Тревоги. Она присутствует в рисунках всех дошкольников. Дети с нормальным уровнем развития склонны локализовать ее «классическими» способами – акцентировать детали рисунка, часто и разнонаправлено штриховать, уменьшать размер рисунка, смещать его вниз (обычно интерпретируется как снижение уровня самооценки). Дети с ЗПР ведут себя иначе: они отказываются от штриховки (вспомним про их утомляемость в эмоциогенных ситуациях), добавляют необязательные детали (тревога все же требует выхода!), увеличивают размер рисунка (возможно, это объясняется трудностями моторики), смещают изображение вверх (обычно интерпретируется как потеря связи с реальностью – механизм психологической защиты, хорошо сочетающийся с интеллектуальными проблемами).

Рисунок семьи дополняет полученную картину. Мы так же видим различия в размере изображения и степени детализации рисунка. Меньшее количество использованных цветов, меньше признаков положительных эмоций, пространственная удаленность членов семьи друг от друга, наличие специально нарисованных барьеров, грубое искажение реального состава семьи – все это указывает на существенные психологические проблемы семей детей с задержкой психического развития.

Данные методики «Шкала степени отверженности ребенка в семье» подтверждают наши предположения. Авторы этой методики предлагают следующие критерии оценки степени благополучия семейной атмосферы для ребенка: процент совпадения желаемых и реальных качеств ребенка варьирует от 0 до 20 - ребенок практически отвержен; от 21 до 40 – ребенок часто чувствует себя отвергаемым и ситуация для него в целом неблагоприятная; от 41 до 70 – ребенок может время от времени раздражать родителя, но в целом ситуация для него среднеблагоприятная; от 71 до 100 – ребенок чувствует себя любимым, нужным, ситуация для него благоприятная. Распределение детей исследуемой группы в соответствии с этими критериями представлено на рисунке 4.

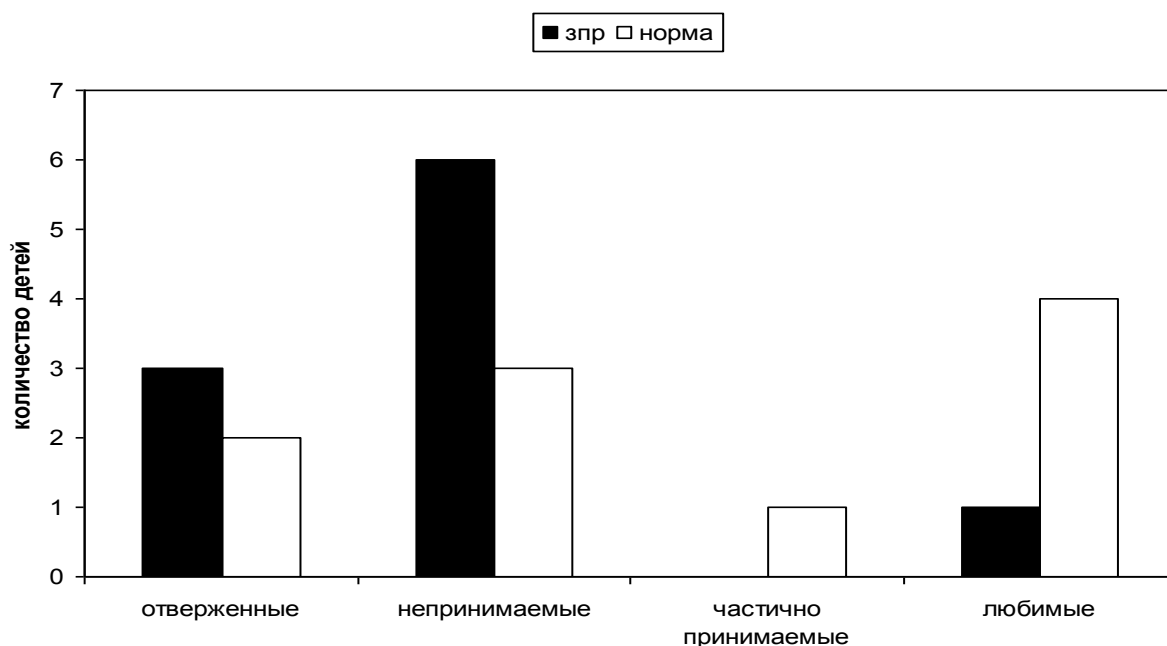


Рис. 4 Количество детей с разной степенью принятия родителями (матерями) в группе с ЗПР и нормальным уровнем развития.

Очевидно, что отношение родителей к детям с задержкой психического развития гораздо менее оптимистично, чем к детям без интеллектуальных проблем.

Интересные результаты получены с помощью методики «Лесенка» - прослеживается одна и та же тенденция в обеих группах дошкольников. Дети склонны оценивать себя «от имени мамы и папы» примерно равным образом. Но сами хотели бы встать ровно на одну ступеньку выше, чем их оценивают родители (по их мнению). Разница между дошкольниками с ЗПР и нормальным уровнем развития касается лишь «высоты» заданной ступеньки – самооценка детей с ЗПР заведомо ниже, чем детей с нормальным уровнем развития.

О.В.Шваргина использовала методику «Шкала степени отверженности ребенка в семье» в исследовании особенностей отношения педагогов к детям с ЗПР и нормальным уровнем развития (2007 – 2008). Для этого методика была модифицирована. Педагогам предлагалось отметить те качества, которые они наблюдали у ребенка в процессе общения с ним. Каждого ребенка оценивали не менее трех педагогов. В результате были получены собирательные характеристики, наиболее часто отмечаемы у двух групп дошкольников: с ЗПР и без диагноза.

Таблица 5.

Характеристики, наиболее часто используемые педагогами в оценке детей с ЗПР и нормальным уровнем развития.

Дошкольники с ЗПР	Дошкольники с нормальным уровнем развития
<p>Глупый Легкомысленный Бездеятельный Рассеянный Недобросовестный Несправедливый</p>	<p>Сообразительный Серьезный Добросовестный Скромный Терпеливый</p>

Жестокий Эгоистичный Неуклюжий Неряшливый Медлительный	
--	--

Важно не только набор качеств, который говорит сам за себя, но и количество используемых характеристик. Если расценивать его как потенциальную готовность воспитателя (педагога) к положительной оценке, к сожалению, она оказывается в два раза ниже готовности к отрицательной. При этом обнаружены прямые взаимосвязи негативной оценки ребенка педагогом и степени выраженности симптомов враждебности, тревоги и асоциальности (вплоть до расстройств социального поведения). Дети, позитивно оцениваемые воспитателем, отличаются самостоятельностью, высокой поисковой активностью, любознательностью, преобладанием эмоций интереса, спонтанностью. Низкая степень понимания взрослым эмоционального состояния ребенка напрямую связана с эмоциональным напряжением дошкольника, которое наиболее часто отреагируется двумя способами – либо усиление интровертных тенденций (уход в себя), либо повышение двигательной активности. И в том, и в другом случае мы получаем замкнутый круг эмоционального неприятия и ответной реакции на него.

Обобщая результаты исследований эмоциональных особенностей дошкольников с ЗПР, мы можем констатировать, что на сегодняшний день мы в состоянии представить себе общую картину эмоциональных нарушений, связанных с феноменом «Задержка психического развития». Очевидно, что диагноз как таковой не вызывает у ребенка сколько-нибудь сильной эмоциональной реакции. Для формирования специфических эмоциональных нарушений необходимы дополнительные факторы. Этими факторами выступают значимые другие – родители и педагоги. Именно их эмоциональные оценки особенностей ребенка (интеллектуальных, характерологических, поведенческих), сравнение ребенка с другими детьми способствуют (или препятствуют!) формированию специфических эмоциональных нарушений. Даже присущий некоторым формам дизонтогенеза особый органический фон оказывается недостаточным без специального подкрепления со стороны взрослых.

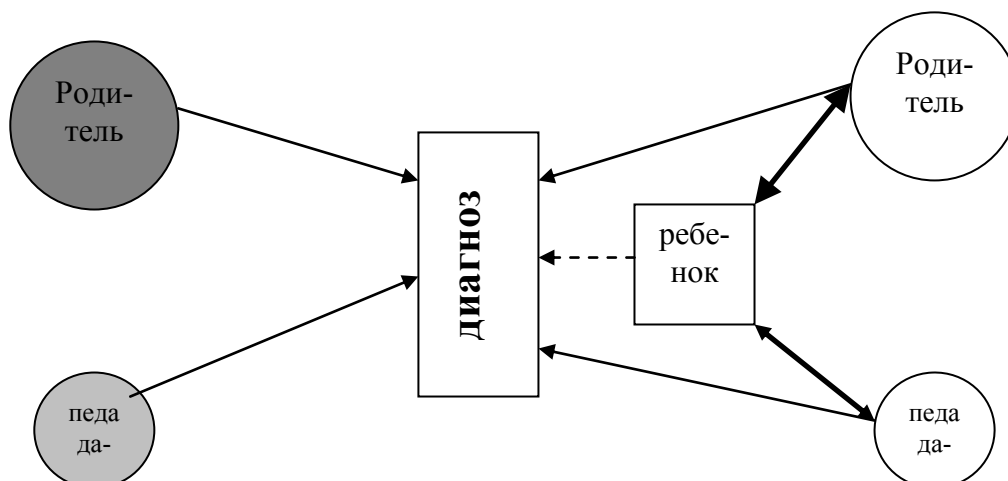


Рис. 5. Варианты взаимоотношений с ребенком и нарушением развития.

На рисунке 5 мы попытались графически представить конструктивный и деструктивный варианты отношения взрослых к ребенку с нарушением развития. Деструктивный вариант предполагает сосредоточение на «дефекте» (диагнозе) ребенка и полное или частичное игнорирование его самого. Конструктивный вариант включает учет объективных особенностей ребенка, обусловленных нарушением развития, но в центре внимания все же остается сам ребенок – его личность, чувства, потребности. Такой подход позволяет не только сохранить родительскую любовь (ведь ребенок не идентифицируется с расстройством), но и помогает ребенку правильно оценить свое состояние и выработать оптимальное отношение к собственным особенностям и возможностям.

Основные принципы работы по коррекции и развитию эмоциональной сферы дошкольников с ЗПР, включающие индивидуальный подход, создание максимально комфортной и благоприятной эмоциональной атмосферы вокруг ребенка в рамках дошкольного образовательного учреждения, психологическое сопровождение семей дошкольников с ЗПР, могут быть расшифрованы следующим образом.

1. Построение объективной «картины дефекта», соотнесение ее с эмоциональными особенностями ребенка.
2. Выявление доминирующих тенденций в отношении к ребенку со стороны значимых взрослых – педагогов и родителей.
3. Помощь педагогам в формировании позитивного образа ребенка с ЗПР, включающего объективные представления о его познавательных и поведенческих особенностях, корректные объяснительные гипотезы относительно этих особенностей, понимание роли и последствий собственного эмоционального отношения к ребенку и его диагнозу.
4. Психолого-педагогическое сопровождение родителей на всем этапе формирования образа «болезни/нарушения», помощь в построении оптимальных отношений с ребенком с ЗПР.

В заключение хочется поблагодарить всех родителей и педагогов, принявших участие в исследовании. Их пример свидетельствует о том, что даже в самых трудных ситуациях у нас всегда есть выбор с какой стороны нам находиться – со стороны ребенка или со стороны его диагноза.

Литература

1. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения. — М.: «Педагогика», 1990. — 140 с.
2. Ганина Е.А. Эмоциональные нарушения дошкольников с задержкой психического развития. Выпускная квалификационная работа. ЯГПУ, 2007.
3. Гарбузов В.И. Нервные дети: Советы врача. — Л.: Медицина, 1990. — 176 с.

4. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей – инвалидов. // Дефектология. - 2003. — № 6. — С. 28 – 30.
5. Деревянкина Н.А. Процедура психологической диагностики особенностей эмоциональной сферы детей с ЗПР // Детский сад – День открытых дверей. - 2003. - № 1. – С. 23 – 25 – 0,2 п.л.
6. Деревянкина Н.А. Особенности эмоциональной сферы дошкольников с ЗПР. // Системогенез учебной и профессиональной деятельности: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции, 18 – 19 октября 2005 г., г. Ярославль / Под ред. Ю.П.Поваренкова. – Ярославль: Изд-во «Канцлер», 2005. – С. 104 – 108. – 0,31 п.л.
7. Диагностика психических состояний детей дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие. Сост.: С.В.Велиева. – СПб: Речь, 2007. – 240 с.
8. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. – СПб.: «Речь», 2002. – 198 с.
9. Кузнецова О.В. Проявления агрессивности дошкольников с задержкой психического развития в межличностных отношениях. Выпускная квалификационная работа. ЯГПУ, 2007.
10. Павлова К.Е. Самооценка детей дошкольного возраста с задержкой психического развития. Курсовая работа. ЯГПУ, 2008.
11. Психологическое обследование детей 4 – 6 лет при проведении Всероссийской диспансеризации: Методические указания для психологов. Выпуск 3 / Под общей редакцией В.А.Урываева. – Ярославль, 2002. – 42 с.
12. Психология детства. Практикум. Тесты, методики для психологов, педагогов, родителей. / Под ред. А.А.Реана. – СПб.: «Прайм-ЕВРО-ЗНАК», 2003. – 224 с.
13. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветных выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практическое руководство. – СПб., Изд-во «Речь», 2001. – 112 с.
14. Шваргина О.В. Факторы эмоционального развития в дошкольном возрасте. Выпускная квалификационная работа. ЯГПУ, 2008.
15. Широкова Г.А. Развитие эмоций и чувств у детей дошкольного возраста. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 304 с.