**Методика «День рождения»**

Одна из новых методик, которую могут использовать психологи, воспитатели и родители – методика «День рождения» М. Панфиловой. Автор предлагает включать данный тест-игру в качестве вспомогательного средства. Тем не менее, практика показывает, что данная методика достаточно информативна, легка в обработке и интересна для детей.

Начать необходимо с беседы о дне рождения, его дате, подарках, ярких впечатлениях. Ребенку предлагается нарисовать «атрибуты» дня рождения, в том числе стол со стульями, за который он будет рассаживать гостей. Этот стол и послужит основой для самого тестирования. Можно использовать и заготовку (большой круг в качестве стола и десять стульев-кружочков вокруг). Но лучше создавать образ праздничного стола вместе с детьми. И если «стулья» окажутся разной величины, то вы сможете проанализировать выбор ребенком собственного места: претензии на лидерство – крупный стул, неуверенность – маленький стул. Если информации будет недостаточно, то можно повторить игру: предложить нарисовать еще стол для взрослых, если за предыдущим располагались только дети или для детей, если за предыдущим столом располагались только взрослые. А может быть стол вообще для людей, если за предыдущим располагались только игрушки, предметы, животные.

Помните, что предлагая ребенку тест-игру «День рождения», вы прикасаетесь к личному миру малыша. Поэтому необходимо обеспечить доверительный, безопасный контакт с ним.

**Инструкция**

(вариант с использованием заранее заготовленного рисунка)

–  Давай поиграем с тобой в твой день рождения. Большой круг будет у нас столом, на котором стоит праздничный пирог со свечками. Свечек столько, сколько тебе будет лет. Мы их нарисуем. Вокруг стола расположены маленькие кружочки – это что? Конечно, стулья! Выбери стул, на который ты сядешь. Давай, твой стул отметим звездочкой или снежинкой.

Выбор ребенка позволяет оценить сформированность половой идентификации: мальчики чаще выбирают звездочку, девочки – снежинку.

–  Кого ты хочешь посадить рядом с собой?  А с другой стороны?

Имена людей, названия игрушек, животных записывают около кружка, а номер выбора – внутри.

После четвертого выбора можно время от времени предлагать повторяющийся вопрос:

–  Ты будешь еще кого-то сажать или уберем (зачеркнем) стульчики?

Ответ ребенка дает возможность оценить его потребность в общении.

Когда «именинник» заполнит все десять «стульчиков», его спрашивают, не нужно ли добавить их?

–  Если ты хочешь еще кого-то посадить, то мы можем дорисовать «стульчики».

Есть дети, которые имеют потребность дорисовывать «стульчики», иногда даже заполняют ими второй ряд.

**Анализ результатов**

1.       Потребность в общении:

А) используются все «стульчики» или добавляются новые – желает общаться в широком кругу;

Б) «стульчики» убираются (зачеркиваются) – желает общаться, но только с близкими людьми, в ограниченном кругу;

В) выбираются игрушки, предметы, животные – несформированная потребность в общении.

2. Эмоциональные предпочтения в общении: люди располагаются рядом с ребенком – близкие, доверительные, приятные отношения.

3. Значимость социального окружения:

А) количественное преобладание взрослых или детей, или предметов – наличие опыта общения с ними;

Б) половое преобладание в общении – наличие мальчиков или девочек, мужчин или женщин;

В) преобладание какой-то группы (семья, детский сад, школа, двор, дача) – значимость соответствующей среды в общении.

**ГРАФИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА   
"КАКТУС"  
(М.А. Панфилова)**

**ОПИСАНИЕ**  
Графическая методика М.А. Панфиловой "Кактус" предназначена для работы с детьми старше 3 лет. Тест используется для исследования эмоционально-личностной сферы ребенка.  
  
**ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА**  
При проведении диагностики испытуемому выдается лист бумаги форматом А4 и простой карандаш. Возможен вариант с использованием восьми «люшеровских» цветов, при интерпретации учитываются соответствующие показатели теста Люшера.  
В ходе работы вопросы и дополнительные объяснения не допускаются.  
  
**ОБРАБОТКА**  
При обработке результатов принимаются во внимание данные, соответствующие всем графическим методам, а именно:  
1. пространственное положение  
2. размер рисунка  
3. характеристики линий  
4. сила нажима на карандаш  
Кроме того, учитываются специфические показатели, характерные именно для данной методики:  
1. характеристика «образа кактуса» (дикий, домашний, женственный и т.д.)  
2. характеристика манеры рисования (прорисованный, схематичный и пр.)  
3. характеристика иголок (размер, расположение, количество)  
  
**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**  
**1. По результатам обработанных данных по рисунку можно диагностировать качества личности испытуемого ребенка.**  
***• Агрессивность*** – наличие иголок, особенно их большое количество. Сильно торчащие, длинные, близко расположенные друг к другу иголки отражают высокую степень агрессивности.  
***• Импульсивность*** – отрывистые линии, сильный нажим.  
***• Эгоцентризм, стремление к лидерству*** – крупный рисунок, расположенный в центре листа.  
***• Неуверенность в себе, зависимость*** – маленький рисунок, расположенный внизу листа.  
***• Демонстративность, открытость*** – наличие выступающих отростков в кактусе, вычурность форм.  
***• Скрытность, осторожность*** – расположение зигзагов по контуру или внутри кактуса.  
***• Оптимизм*** – изображение «радостных» кактусов, использование ярких цветов в варианте с цветными карандашами.  
***• Тревожность*** – преобладание внутренней штриховки, прерывистые линии, использование темных цветов в варианте с цветными карандашами.  
***• Женственность*** – наличие мягких линий и форм, украшений, цветов.  
***• Экстравертированность*** – наличие на рисунке других кактусов или цветов.  
***• Интровертированность*** – на рисунке изображен только один кактус.   
***• Стремление к домашней защите, чувство семейной общности*** – наличие цветочного горшка на рисунке, изображение домашнего кактуса.  
***• Отсутствие стремления к домашней защите, чувство одиночества*** – изображение дикорастущего, пустынного кактуса.

**2. Интерпретация цветовой гаммы рисунка:**  
***• темно-синий:*** покой, слияние, объединение, гармония, любовь (матери и младенца). Темно-синий — это небо и океан, где зародилась жизнь. Это состояние блаженства.  
***• темно-зеленый:*** символ — росток, пробивающийся сквозь асфальт. Воля, целеустремленность, жизнелюбие, решительность, упорство, честолюбие, упрямство.  
***• оранжево-красный:*** символ — огонь, кровь, взрыв. Экспансия, подчинение окружающей среды, сила, энергия, активность во всех направлениях.  
***• лимонно-желтый:*** изменение, , творчество, гибкость, отзывчивость на внешние стимулы, радость.  
***• бордовый:*** искусство, необычность, гармония духовности, рождение нового, удвоение сущности, хрупкое динамическое равновесие.  
***• светло-коричневый:*** тревога, беспокойство, болезнь, неприкаянность, неуверенность, переживание неуютности, физический и психологический дискомфорт.  
***• черный:*** пустота, эксцентричность, ночь. смерть,уничтожение.

**ИНСТРУКЦИЯ**: «На листе бумаги нарисуй кактус - таким, каким ты его себе представляешь».

**Литература**  
Памфилова М.А. Графическая методика «Кактус» Текст.: Обруч. -2000. №5.  
Панфилова М.А. Такие разные кактусы // Школьный психолог. - 1998.№19.18с.

**Клинический психолог в работе с детьми различных патологий (с задержкой психического развития и с хроническими соматическими заболеваниями)**

**Панфилова М. А. (Москва)**

|  |  |
| --- | --- |
| http://www.medpsy.ru/mprj/pictures/pic11_6_26_01.jpg | **Панфилова Марина Александровна**  –  кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»  E-mail: Panfilova-ma@yandex.ru |

**Аннотация.** В статье рассматриваются диагностические и коррекционные аспекты работы с эмоционально-поведенческими расстройствами у детей с различной патологией (с задержкой психического развития и с хроническими соматическими заболеваниями). Предлагается история и авторская модификация популярных среди специальных и клинических психологов тестов, анализируются их слабые и сильные стороны.

**Ключевые слова:** детская клиническая психология, психологическая коррекция, психолого-медико-педагогические центры, тревожность, детские страхи, профилактика.

**Ссылка для цитирования** размещена в конце публикации.

Детская клиническая психология как дисциплина, изучающая с помощью психологических методов различные нарушения психики и поведения, может использоваться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных, консультативных и оздоровительных учреждениях, обслуживающих детей с аномалиями развития и психологическими проблемами. Основной задачей современной детской клинической психологии является изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребёнка, а так же их профилактика и коррекция.

Детская клиническая психология тесно связана с такими дисциплинами, как коррекционная (специальная) психология и дефектология, возрастная и педагогическая психология, социальная психология, педиатрия, психиатрия, психопатология, неврология, психофармакология, физиология высшей нервной деятельности, психофизиология. В связи с этим детскому клиническому психологу необходимо понимать закономерности физического и психического развития ребёнка, особенности его воспитания, социализации, психологические и физиологические показатели возрастной нормы.

Помощь клинического психолога на сегодняшний день требуется не только хронически больным детям в условиях стационара, но так же и здоровым, которые сталкиваются с первых дней с медицинскими процедурами, прививками, с образом врача, с переживаниями боли и болезни, да и любыми эмоциональными и поведенческими проблемами. Основные аспекты деятельности детского клинического психолога – *диагностический, профилактический и коррекционный.*

*Диагностический аспект* наиболее востребован в экспертной деятельности клинического психолога в составе психолого-медико-педагогических консультативных центров (ПМПК). Клинико-психологическое обследование помогает определить актуальные причины проблем, скрытые признаки нарушения развития, определить структуру этих нарушений и их взаимосвязь. С помощью методов наблюдения, бесед с родителями, анализа медицинских карт, заключений клинический психолог может создать психологический портрет ребёнка младенческого возраста. В детских учреждениях компенсирующего вида клинический психолог на основе результатов диагностики помогает организовывать процесс коррекции, воспитания и развития детей начиная с группы раннего детства. Однако полноценная психологическая диагностика возможна только с дошкольного возраста. Особенно актуально на сегодняшний день выявление в качестве профилактики и коррекции тревожно-фобических расстройств у дошкольников.

И здесь возникает необходимость в методиках, которые не только бы являлись доступными для дошкольников с различными расстройствами и патологиями, но так же которые могли бы быть интересны маленьким детям, не утомляли их внимание.

Исследуя тревогу и страх у старших дошкольников (5-7 лет) с различной патологией (с задержкой психического развития, с хроническими соматическими заболеваниями), мы обращались к оценочным методам, учитывая, что их эмоциональное развитие соответствует более младшему возрасту. К старшему дошкольному возрасту у таких детей проявляется нарушения внимания, импульсивность, трудность в понимании и выполнении словесной инструкции, нарушения в оценке результатов, повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к аффективным вспышкам и конфликтам. Незрелость эмоциональной сферы и недоразвитие познавательной деятельности имеют качественные особенности, обусловленные этиопатогенетическими факторами, ведущими к аномалиям развития. Поэтому стандартные диагностические методы трудны для таких детей и нуждаются в адаптации и модификации.

**Метод оценки тревоги.**

В настоящее время специальные психологи активно используют тесты со стимульным материалом (карточки с изображением) и при оценке тревоги обращаются к тесту Р. Тэммл, М. Дорки и Ф. Амена. Однако мало кто знает историю и возможности данного теста, его сильные и слабые стороны.

*«Тест тревожности»* (M. Dorkey, F. Amen. Continuate Study of Anxieta Reaction in young Children by Means of Projective Techniks: Gen. Psych. Monographs, 1947) [19; 20] впервые упоминался в отечественных исследованиях Н. В. Имедадзе в 1967 г. [6], а в 1987 г. В. М. Астапов получил оригинал этой методики, сделал перевод, апробацию и валидизацию. Опубликована В. М. Астаповым в 1992 по решению Совета консультативно-диагностического Центра «Медик», изменена и дополнена в 2004 г. (Астапов В. М. Тревожность у детей. 2-е изд. Питер, 2004. С. 191-224) [1]. Данный тест исследует тревожность ребёнка по отношению к ряду типичных для него жизненных ситуаций общения с другими людьми. Тревожность рассматривается авторами как вид эмоционального состояния, функция которого состоит в обеспечении безопасности субъекта на личностном уровне. Тревожность, испытываемая человеком по отношению к определённой ситуации, зависит от его отрицательного эмоционального опыта в этой и подобных ситуациях. Повышенный уровень тревожности свидетельствует о недостаточной эмоциональной приспособленности ребёнка к тем или иным социальным ситуациям. Экспериментальное определение степени тревожности раскрывает внутреннее отношение ребёнка к определённой ситуации, даёт косвенную информацию о характере взаимоотношений ребёнка со сверстниками и взрослыми в семье, в детском саду. Может использоваться с детьми 4-7 лет с нормальным развитием и с отклонениями в психическом развитии.

Данный тест удобен в использовании и в обработке, но позволяет диагностировать тревогу у старших дошкольников с 5-7 лет с различной патологией (с задержкой психического развития, с хроническими соматическими заболеваниями), только с предварительными техниками, которые выясняют способность ребёнка визуально воспринимать и осознавать эмоцию. А так же существует ряд трудностей, которые необходимо учитывать и устранять при работе с данным тестом:

1.  Данный тест выявляет не личную тревожность, а ситуативную тревогу детей.

2.  Дети с нарушениями восприятия мимики (реальной и рисуночной) не отражают в тесте тревогу, с ними требуется проводить дополнительное исследование.

3.  Дети с высокой личностной тревожностью требуют объяснения причин отсутствия лица на рисунке.

4.  Некоторые дети делают выбор, не анализируя ситуацию на картинке, а учитывая пространственное соотношение (какое ближе, чередование и т.д.).

В связи с этими трудностями предлагается применять на практике следующую авторскую модификацию данного теста, состоящую из 2-х частей.

*Модификация теста тревожности* (М. А. Панфилова, 2000) [12].

I.  *Инструкция.* «На картинке девочки и мальчики смотрят в окошки. Раскрась грустные окошки (где грустное лицо) синим карандашом, а веселые окошки (где веселое лицо) – желтым карандашом».

При анализе данного задания учитывается адекватность рисунка и цвета, которые использует ребенок. Если у ребенка нарушено восприятие мимики, то прежде, чем предлагать тест «тревожности», необходимо провести обучение, например, с помощью психогимнастики.

II.  Затем ребенку предлагаются поочередно 14 картинок без образца.

*Инструкция.* «Один знакомый художник нарисовал картинки, но не смог нарисовать лица детей. Он не знает, какое должно быть лицо у ребенка: грустное или веселое. Давай ему поможем!»

Протоколы обследования подвергаются качественному и количественному анализу.

*Количественный анализ.* На основании данных протокола вычисляется индекс тревожности (тревоги) ребенка (ИТ), который равен процентному отношению числа эмоционально-негативных выборов (грустное лицо) к общему числу рисунков (14):

http://www.medpsy.ru/mprj/pictures/pic11_6_26_1.jpg

По ИТ дети в возрасте от 3,5 до 7 лет подразделяются на три группы:

а)  высокий уровень тревожности (ИТ > 50%);

б)  средний уровень тревожности (20% < ИТ < 50%);

в)  низкий уровень тревожности (0% < ИТ <20%).

*Качественный анализ.* Каждый ответ ребенка анализируется отдельно. Делаются выводы относительно возможного характера эмоционального опыта ребенка в данной ситуации (и подобной ей). Особенно проективным значением обладают рисунки 4 (одевание), 6 (укладывание) и 14 (еда). Дети, делающие в этих ситуациях отрицательный эмоциональный выбор, с высокой степенью вероятности будут обладать наивысшим ИТ. Дети, делающие отрицательные эмоциональные выборы в ситуациях 2 (ребенок и мать с младенцем), 7 (умывание), 9 (игнорирование), 11 (уборка игрушек), с большой вероятностью будут обладать высоким или средним ИТ.

Результаты интеллектуальной и эмоциональной диагностики оформляются в специальную таблицу, которая позволяет ежегодно (или чаще) производить сравнительный анализ развития ребенка.

**Метод оценки страхов.**

*В Луисвилльском детском опроснике по страху (LFSC)* который используют для получения информации от самого ребёнка, от родителей, педагогов, предлагают оценивать интенсивность переживаний по 3-балльной рейтинговой шкале: «страх отсутствует», «страх в допустимых пределах, для него есть основания», «высокий уровень страха». С младшими дошкольниками и с детьми 5-7 лет с различной патологией (с задержкой психического развития, с хроническими соматическими заболеваниями) используется жестовый вариант дифференциации: ладошки прижаты – страх отсутствует; на ширине плеч разведены ладошки – страх в допустимых пределах, с ним можно справиться; широко руки разведены – страх огромный, сильный, трудно победить.

Эту технику можно применять к картам ситуаций страха. В отечественной психологии используется карта ситуаций страха А. И. Захарова (2000) [5], содержащая в настоящее время 31 пункт, имеющая возрастные нормативы от 3 до 12 лет. Данная методика модифицирована и применяется нами в диагностике детей дошкольного возраста с 5-7 лет с различной патологией (с задержкой психического развития, с хроническими соматическими заболеваниями), как проективная.

*Тест «Страхи в домиках»* (модификация М. А. Панфиловой, 2000) [12] предназначен для диагностики страхов у детей.

В каждом возрасте наблюдаются нормативные страхи, которые появляются постепенно, как результат развития интеллектуальной сферы, воображения и т.д. При благоприятных обстоятельствах жизни ребенка такие страхи исчезают, дети из них «вырастают». Но существуют случаи, когда страхи накапливаются, нарастают и мешают личностному развитию, создают адаптационные, невротические проблемы и др.

В работе А. И. Захарова «Психотерапия неврозов у детей и подростков» [4] в 1982 году были предложены возрастные нормы страхов и их распределение (по полу и годам). Из всех страхов у детей наблюдаются от 6 до 12 страхов. У городских современных детей эта норма доходит до 15 страхов. Методика А. И. Захарова проста в применении, но при использовании могут возникнуть некоторые сложности. Например, демонстративные дети на поставленный вопрос: «Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься…? Постоянно отвечают: «Я ничего не боюсь!» Безусловно, физиологические и другие реакции подсказывают психологу о внутреннем проявлении страха у ребенка. Но очень трудно удержаться от субъективности в интерпретации даже опытному профессионалу.

В практике встречаются дети, которые могут при перечислении страхов постоянно твердить о боязни всего. «Я всего боюсь!» — говорят они. И как здесь отследить истинное количество страхов?

Учитывая эти трудности, мы предлагаем использовать методику А. И. Захарова в соединении с тестом «Красный дом – черный дом».

Тест «Страхи в домиках» проводится с одним ребенком, индивидуально.

После выполнения задания ребёнку предлагается закрыть страшный дом на замок, который он может сам нарисовать, или заштриховать страхи, чтобы они сидели в домике и больше никого не пугали (тем самым психолог несколько успокаивает актуализированные страхи). Страхи в черном доме подсчитываются и соотносятся с возрастными нормами.

*Инструкция.* «В красный и черный дом надо расселить страхи. В каком доме (красном или черном) будут жить страшные страхи, а в каком – нестрашные? Я буду называть страх, а ты будешь показывать в какой дом его поселить (номера страхов записываются внутри дома).

Страхи:

  1)  страх, когда остаешься дома один;

  2)  страх нападения, бандитов;

  3)  страх заболеть, заразиться;

  4)  страх умереть;

  5)  страх того, что умрут твои родители;

  6)  бояться каких-то людей;

  7)  бояться маму или папу;

  8)  страх наказания;

  9)  страх Бабы Яги, Кощея Бессмертного, Бармалея, Змея Горыныча, чудовищ;

10)  страх опоздать в детский сад;

11)  страх перед тем, как заснуть;

12)  боязнь страшных снов;

13)  страх темноты;

14)  страх волка, медведя, собак, пауков, змей (страхи животных);

15)  страх машин, поездов, самолетов (страхи транспорта);

16)  страх бури, урагана, грозы, наводнения, землетрясения (страхи стихии);

17)  страх, когда очень высоко (страх высоты);

18)  страх, когда очень глубоко (страх глубины);

19)  страх находиться в маленькой, тесной комнате, помещении, туалете, переполненном автобусе, метро (страх замкнутого пространства);

20)  страх воды;

21)  страх огня;

22)  страх пожара;

23)  страх войны;

24)  страх находиться на больших улицах, площадях;

25)  бояться врачей (кроме зубных);

26)  страх крови (когда идет кровь);

27)  страх уколов;

28)  страх боли (когда больно);

29)  бояться неожиданных, резких звуков, когда что-то внезапно упадет, стукнет;

30)  страх ошибиться, сделать что-то неправильно;

31)  страх не успеть.

Общее количество страхов у старших дошкольников с ЗПР и с хроническими соматическими заболеваниями значительно превышает возрастные нормы (среднее число равно 19 страхам, при норме (по Захарову) – 9-14 страхов.)

Cтрахи имеют особенность включения как инфантильных тем, т.е. тех, которые по возрасту соответствуют младшему возрасту, так и возрастных. *Инфантильные темы:* укол, боль, кровь, высота, неожиданные звуки; типичные темы: одиночество, темнота, замкнутое пространство. *Возрастные темы:* страх смерти, страх смерти родителей, страх наказания, страх ошибиться, страхи животных, страхи сказочных персонажей, страх глубины, страх страшных снов, страх огня, страх пожара, страх нападения, страх войны, страх заболеть, перед засыпанием.

Модифицированный «Тест тревожности» и тест «Страхи в домиках» были апробированы нами в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида с 1996 по 2000 г.

Тревога и страхи у детей с задержкой психического развития и с хроническими соматическими заболеваниями более устойчивые и интенсивные, чем у детей без патологий. При своевременной психологической коррекции возможно их изменять и переформировывать, но требуется более длительная, специально организованная работа психолога, которая является *профилактическим и коррекционным* аспектом деятельности детского клинического психолога.

*Психокоррекция* – это определённая форма специально организованной психолого-педагогической деятельности, совокупность психологических воздействий, направленных на исправление недостатков в развитии ребёнка, на коррекцию эмоций и поведения. В психокоррекции эмоционально-личностных нарушений у детей, создается опыт реальной, эмоционально насыщенной и сгущенной жизнедеятельности. Обоснованием воздействия этого опыта является представление Л. С. Выготского (1984) о возможностях социальной и культурной компенсации дефекта, т.е. на положении о том, что для компенсации дефекта необходима организация совместной деятельности (Собр. соч. в 6 т.) [3]. Путь компенсации дефекта проходит через создание особых связей, которые замыкают человека, ребенка или взрослого, с миром не напрямую, а в деятельности через другого человека или через группу людей.

Перестройка, реконструкция, компенсация в процессе коррекции осуществляется, говоря словами Л. С. Выготского, путем оснащения человека особыми «приставками» или «органами», с помощью которых он уже может построить и в дальнейшем самостоятельно развивать требуемые формы психики, поведения, деятельности.

Таким образом, эффекты психокоррекционного воздействия могут быть в обобщенном виде представлены как особые «приставки» или «органы», иными словами, как особые психологические качества, которые сформировались у человека в ходе полученного опыта.

Однако для получения эффекта, для создания особых «приставок» необходимо запустить в действие сложные психологические механизмы. Сущность этих механизмов Л. С. Выготский определял как особые психотехнические действия, т.е. действия над психикой, действия по овладению и изменению психики с помощью применения специальных средств.

Главная характеристика психологической коррекции, в отличие от других широко распространенных форм медико-психологической практики, заключается в том, что это форма работы с психикой, сознанием, переживаниями и личностью человека не в плане их диагностики или экспертизы, а в плане воздействия на них.

;Психокоррекция может быть охарактеризована как система психологических воздействий, направленных на изменение (перестройку, реконструкцию, воссоздание) определенных особенностей (свойств, процессов, состояний, черт) психики, определяющих возникновение болезней, их патогенез, обусловливающих рецидивы заболеваний, влияющих на инвалидизацию и социально-трудовую адаптацию людей, перенесших те или иные заболевания.

Психологическая коррекция направляется не на симптомы болезни, так же как и не на личность вообще. Объектом психологической коррекции могут быть *конкретные черты психики*, относящиеся как к преморбидным особенностям, так и к особенностям психики, изменившимся в процессе нарушений, а также и к чертам психики, формирующимся как последствия.

Психологическая коррекция предполагает воздействие на человека в нескольких целях:

1.   Предупреждение возможных нарушений.

2.   Эффективное преодоление нарушений.

3.   Предотвращение рецидивов нарушений.

При эмоционально-поведенческих расстройствах психокоррекция предполагает учитывать закономерности развития и обучения ребёнка, его «зону ближайшего развития» (Л. С. Выготский). Задача психокоррекции, как и в обучении – постепенно переводить зону ближайшего развития, т.е. то, что ребёнок может делать при помощи взрослого, в зону актуального развития, в то, что он может сделать самостоятельно. Психокоррекция возможна при постоянном расширении зоны ближайшего развития, помня, что *«принцип и психологический механизм воспитания здесь те же, что и у нормального ребёнка»* (Выготский Л. С. Т. 5. С. 104) [3]. Наиболее эффективно используется комплексный личностно-ориентированный подход, где психокоррекционные методы подбираются с учётом задачи коррекции, индивидуальных и возрастных особенностей детей.

В связи с этим выделяются следующие линии психологического воздействия в психокоррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей:

1)   От сказок и рассказов к рисункам, к играм (звук-образ-действие);

2)   От наглядных, образных представлений событий с другими героями – к внутренним представлениям собственной личности;

3)   От коротких динамичных упражнений – к длинным, требующих произвольности в поведении;

4)   От пассивности, созерцательности – к активности общей и вербальной;

5)   От стереотипности – к творческому поиску;

Психокоррекция с детьми представляет собой игровое взаимодействие, *объединяя методы коррекции в игре*, где игра является самостоятельным методом, а также способом трансляции других коррекционных техник. Всё происходит в игре, обозначается темой, сюжетом, игровыми задачами. Внутри игры включаются другие коррекционные методики. Игра является частью целого комплекса различных воздействий на ребенка, сочетается с рациональной и суггестивной психотерапией. Игра, как и другие психокоррекционные методы выполняют три функции: диагностическую, коррекционную и обучающую, все три связаны между собой и реализуются на всех этапах коррекции.

*Методы коррекции в игре* у детей с патологией и без патологии в развитии применяются многими психологами [2; 5; 8; 11; 12]. Развитие и изменение всех психических процессов происходит, прежде всего, в деятельности. У дошкольника основная деятельность – это игра. Поэтому игра является ведущим средством психокоррекции данного возраста. Основные *задачи коррекции в игре:*

1)  Помочь ребенку безопасным образом осознать самого себя, свои достоинства и недостатки, трудности и успехи;

2)  Вызывать у ребенка новые формы переживаний;

3)  Воспитывать чувства по отношению к взрослому, сверстникам, самому себе;

4)  Формировать адекватное отношение к самому себе и другим, развивая систему самооценки и самосознание, повышая уверенность в себе;

5)  Развивать и обогащать приемы общения со сверстниками, отрабатывать новые формы и виды как игровой, так и неигровой деятельности;

6)  Переформировывать отношение к травмирующим событиям прошлого и настоящего. Заново проигрывая то, что причиняло ему боль, расстроило или напугало, без травмирующего эмоционального «аккомпанемента» приводит к угасанию болезненного эффекта.

7)  Конструктивно разрешить какой-либо из актуальных, тревожных переживаний, помогая осознать и отрепетировать позитивные модели поведения.

8)  Выявлять и оценивать эмоционально-личностные конфликты ребенка.

9)  Снять избытки торможения, скованности и страхов, возникающих при внезапном воздействии и попадании в новую, неожиданную ситуацию общения.

10)  Снять напряжение, отреагировать агрессией в игровом действии, безопасным способом.

Используются различные виды игр:

А)  Установочные ролевые игры;

Б)  Сюжетно-ролевые игры;

В)  Разыгрывание спектаклей (игры-драматизации).

Игры в психокоррекции используют предметные и ролевые, спонтанные и направленные (недирективные и директивные). Ролевая игра строится на каком-либо образе.

*Установочные ролевые игры* используются в работе с детьми, подверженным тревоге, страхам, застенчивыми и неуверенными в себе, не умеющими установить контакт со сверстниками и окружающими, чрезмерно опекаемыми. Сюжетами для таких игр являются сказки, главный персонаж которых наделяется нужным качеством. Ребенок может не сам исполнять роль, а разыгрывать историю с игрушкой. Игрушки используем готовые и самодельные: из старых вещей или из бумаги.

В *сюжетно-ролевых играх* совместно со взрослыми разыгрываются различные ситуации беспокойства, страха, неудач, проблем с родителями. Здесь используется принцип перемены ролей, и боящийся, например педагога, ребенок выступает в его роли.

Дальнейшим развитием ролевой игры становится сочинение какой-нибудь истории (или вспоминание реальной ситуации) и разыгрывание ролей. Если ребенок выбирает роль того, кого он боится, игра будет терапевтически эффективной.

В процессе игровой коррекции используются специально разработанные приемы и методы игровых занятий, содержание которых соответствует коррекционным задачам. Некоторые игры предлагаются самими детьми и затем входят как обязательные процедуры коррекции. На занятиях у детей существует большой набор сюжетно-ролевых игр, специальные игры-драматизации, в ходе которых реализуется прием десенсибилизации страхов, используются игры, содействующие достижению эмоциональной децентрации, снимающие барьеры в общении.

Правильно подобранные *игры-драматизации*, включённые в сказкотерапию, помогают ребенку изжить свои психотравмы, преодолеть страхи, скомпенсировать последствия нарушенных отношений в семье и овладеть новыми способами поведения, которые он не может освоить без целенаправленной помощи взрослого. Использование психологом совместно игры и сказкотерапии как индивидуально, так и в группе детей позволяет детям эмоционально разряжаться, сбрасывать зажимы, «отыгрывать» спрятанные глубоко в подсознании страх, беспокойство, агрессию, чувство вины. Кроме того, «проживая сказку», дети учатся преодолевать барьеры в общении, тонко чувствовать друг друга, находить адекватное телесное выражение различным эмоциям, чувствам, состояниям.

*Графические художественные техники и арттерапия* позволяют детям с патологией и без патологии в развитии экспериментировать на символическом, образном, ассоциативном уровне с самыми разными чувствами, исследовать их и давать им выражение [2; 5; 8; 11; 12; 14].

Используя художественные методы как психокоррекционный приём, преследуют цели:

1.   Дать социально приемлемый выход эмоций страха, гнева и другим негативным чувствам. Работа над рисунками является безопасным способом «выпустить пар» и разрядить напряжение.

2.   Облегчить процесс коррекции. Внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов.

3.   Проработать, осознать мысли и чувства, которые ребёнок привык подавлять. Иногда невербальные средства являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.

4.   Получить материал для интерпретаций и диагностических заключений.

5.   Наладить отношения между психологом, ребёнком и другими участниками коррекции. Стимулировать воображение и помочь разрешать конфликты, налаживать отношения между участниками. Совместное участие в художественной деятельности способствует созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

6.   Развить чувство внутреннего контроля.

7.   Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

8.   Развить художественные способности и повысить самооценку. Побочным продуктом арттерапии является чувство удовлетворения, которое возникает в результате скрытых талантов и их развития.

Используются различные изобразительные средства: карандаши, фломастеры, гуашь, чернила, мелки и др. Листы бумаги рекомендуются применять больших размеров, в вертикальном положении (используют мольберт).

*Методика рассказывания и сказкотерапии активно применяется с детьми в психологической коррекции тревожности* [2; 5; 8; 11; 12; 14; 17; 18].

Форма метафоры, в которой созданы сказки, истории, притчи наиболее доступна для восприятия ребенка. Это делает её привлекательной для работы, направленной на коррекцию, обучение и развитие. Кроме того, работа со сказкой, моделирование в рамках сказочной формы развивают личность взрослого, создают невидимый мост между ребенком и психологом, сближает родителей и детей.

Метод рассказывания историй и сказкотерапия позволяет решать коррекционные задачи:

1)  Развивать творческие способности, изменять неэффективные стереотипы, свободно самораскрываться, укрепляя самоуважения;

2)  Облегчать процесс социализации, совершенствовать способы вербального взаимодействия с окружающим миром, тем самым способствуя развитию внутренних представлений, образного и логического мышления, речи.

3)  Обучать, расширять спектр альтернативных реакций. Вместо директивных форм воздействия, в сказочной форме предлагается множество моделей поведения в различных ситуациях и предоставляется возможность проиграть, «прожить» как можно больше из этих моделей.

4)  Передавать знания, информацию, транслировать ограничения, ценности и морали в позитивной и доступной форме;

5)  Способствовать развитию новых ценностей у детей;

6)  Символически прорабатывать и предупреждать проблемы или конфликты между родителями и детьми;

7)  Передача навыков совладания;

8)  Выражать и управлять чувствами, потребностями и конфликтами.

В психокоррекции этот метод с дошкольниками и с детьми 5-7 лет с различной патологией (с задержкой психического развития, с хроническими соматическими заболеваниями) используют в сочетании с настольным театром, играми-драматизации, с графическим методом, которые позволяют удерживать непроизвольное внимание, постепенно развивая внутренний образ.

К *поведенческим техникам* обращаются многие психологи, используя релаксацию, социальное научение и позитивное подкрепление, психогимнастику [1; 5; 8; 11; 12]. *Техника релаксации* активно используется нами в работе с детьми с эмоционально-поведенческими расстройствами. Цель тренинга релаксации – научить детей развивать осознание и контроль над своими физиологическими и мышечными реакциями на тревогу. Обучение расслаблению в дошкольном возрасте может быть организовано в игровой деятельности, где дети по очереди напрягают и расслабляют определённые группы мышц в игровом образе, с использованием сигналов (речевых, звуковых).

Следуя современным *техникам социального научения*, используют естественное моделирование (ребёнок в ситуациях аффективно значимых наблюдает как другой ребёнок демонстрирует смелое, уверенное поведение); символическое моделирование (наблюдение не за реальными людьми, а за действиями модели: видео, игрушка и пр.); моделирование с участием (ребёнок сам выполняет действия поэтапно, получая поддержку, отражения своих шагов со стороны психолога). Оценка действий может происходить словесно или быть опосредована «карточками-пиктограммами». В моделировании с участием эффективно используется позитивное подкрепление, которое с помощью поощрений (например, записей-рисунков в «листе успеха»; получение «жетонов», «карточек-сердечек, солнышек») позволяет дошкольнику преодолевать негативные импульсы.

*Применяя методику психогимнастики* для коррекции детей с эмоционально-поведенческими расстройствами, предполагают проведение курса специальных занятий (этюдов, упражнений, игр), направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики ребенка (познавательной и аффективно-личностной сферы), является психогимнастика. Создаются условия (карточки, игры, музыка, движения) для обучения и тренировки в развитии собственных способов выражать свои переживания (мимика, жесты, интонация, пантомимика), а так же в узнавании и понимании эмоций, поступков других людей.

Основная цель психогимнастики – преодоление барьеров в общении, развитие лучшего понимания себя и других, снятие психического напряжения, создание возможностей для самовыражения.

Из *когнитивно-поведенческих методик* в исследовании используются такие методы, как: беседа; методика моделирования возможных угроз и репетиций; методика «разговор с собой» [2; 5; 8; 11; 12; 17; 18].

*Метод беседы* активно применяется в практике работы со страхами. Дошкольники беседуют на темы: «Чего ты боишься?», «Чего я уже не боюсь?» и др. В процессе таких добровольных бесед дети осознают и вербально проговаривают свои тревоги и страхи; переживают «раскачку страхов и тревог», когда сверстники оспаривают угрожающий образ; приходят к новым убеждениям, что у каждого могут быть свои страхи, тревоги; вместе с детьми делятся удачными стратегиями из своего прошлого и настоящего.

*Методика моделирования возможных угроз и репетиций* [12; 17] позволяет «создать шаблон когнитивного копинга». В ролевых играх репетируются модели поведения на «самые страшные» ситуации, ищут альтернативы, используется данный метод как «экзамен» после коррекции страха, создавая игровые ситуации, в которых ребёнок применяет полученные стратегии.

В *методике «разговор с собой»* используется выраженная особенность детей старшего дошкольного возраста к внушению и самовнушению. Разговор с собой (внутренний монолог в тревожных ситуациях) важная часть психокоррекции детей с эмоционально-поведенческими расстройствами. Мы используем два вида «разговора с собой»: первый – дискуссионный, т.е. его задача проанализировать собственное беспокойство, осознать угрозы, поставить под сомнение адекватность переживаний и т.п.; второй – позитивный, когда детей учат использовать позитивные речевые установки в сложных, эмоционально напряжённых ситуациях, например: «Я с этим справлюсь!», «Я – смелый!» и др.

*Профилактический аспект* деятельности клинического психолога связан с предотвращением возникновения у здоровых детей нарушений в психической деятельности личности и поведении, а также с предупреждением развития обострений и психосоциальной дезадаптации у аномальных детей, имеющих личностные и поведенческие особенности, и у компенсированных детей, перенесших острые психические расстройства. Профилактической следует признать и деятельность, направленную на формирование в образовательных и воспитательных учреждениях толерантной среды по отношению к детям, имеющим те или иные особенности личности, психологического статуса или развития.

Клинико-психологическая работа в образовательных учреждениях регулируется ратифицированными Международными актами, федеральными законами, а также подзаконными регламентирующими документами-положениями и приказами министерств, которым принадлежат эти учреждения. В соответствии с международной Конвенцией о правах ребенка (ратифицирована Постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 № 1559-1) неполноценные в умственном или физическом развитии дети должны вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают их достоинство, способствуют уверенности в себе и облегчают их активное участие в жизни общества. Таким детям при наличии ресурсов и при наличии просьбы (их самих или ответственных за них лиц) должна быть предоставлена помощь, соответствующая их состоянию и положению родителей или других лиц, обеспечивающих заботу.

**Литература**

1. Астапов В. М. Тревожность у детей / В. М. Астапов. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 224 с. – (Современному психологу).
2. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии / К. Бремс; пер. с англ. Ю. Брянцевой. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 640 с.
3. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. / Л. С. Выготский. – М.: Педагогика, 1984.
4. Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А. И. Захаров. – М.: Медицина, 1982. – 216 с.
5. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. – М.: Эксмо-Пресс, 2000. – 448 с.
6. Имедадзе Н. В. Тревожность (anxiety) как фактор учения в дошкольном возрасте / Н. В. Имедадзе // Психологические исследования. – Тбилиси, 1966. – С. 49-57.
7. Игумнов С. А. Основы психотерапии детей и подростков / С. А. Игумнов. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 176 с.
8. Киселёва Н. А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / Н. А. Киселева, И. Ю.  Левченко. – М.: Коррекционная педагогика, 2005. – 137 с.
9. Коломинский Я. Л. Психическое развитие детей в норме и патологии / Я. Л. Коломинский, Е. А. Панько, С. А. Игумнов. – СПб.: Питер, 2004. – 408 с.
10. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация / И. А. Коробейников. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 192 с.
11. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб.: РЕЧЬ, 2006. – 400 с.
12. Панфилова М. А. Игротерапия общения: тесты и коррекционные игры / М. А. Панфилова. – М.: ГНОМ и Д, 2000. – 160 с.
13. Панфилова М. А. Психолого-педагогические условия коррекции аффективно-поведенческих расстройств у дошкольников с задержкой психического развития / М. А. Панфилова // Современные технологии диагностики, профилактики и коррекции нарушений развития: материалы науч.-практич. конференции, посвящ. 10-летию МГПУ (октябрь 2005 г.). – М., 2005. – С. 124-131.
14. Панфилова М. А. Тревожность и её коррекция у детей / М. А. Панфилова // Школа здоровья. – 2006. – № 1. – С. 17-28.
15. Психодиагностика и коррекция с нарушениями и отклонениями развития / сост. и общ. ред. В. М. Астапов, Ю. В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с. – (Хрестоматия по психологии).
16. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие для вузов / под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
17. Психотерапия детей и подростков / под ред. Ф. Кендалла. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 432 с.
18. Формирование нравственного здоровья дошкольников: занятия, игры, упражнения / под ред. Л. В. Кузнецовой, М. А. Панфиловой. – М.: Сфера, 2002. – 64 с.
19. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders / American Psychiatric Association. – Washington, 2000. – 955 p.
20. Dorkey M. Continuate Study of Anxiety Reaction in young Children by Means of Projective Techniks / M. Dorkey, F. Amen: Genetic Psychology Monographs, 1947.

**Ссылка для цитирования**

Панфилова М.А. Клинический психолог в работе с детьми различных патологий (с задержкой психического развития и с хроническими соматическими заболеваниями). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 6. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: чч.мм.гггг).

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |