**Содержание**

Введение

1. Понятие интеллекта в детском возрасте и его исследование (теория Ж. Пиаже, Л.С. Выготского)

1.1 Теория Жана Пиаже

.2Теория Л. С. Выготского

2. Понятие поврежденного психического развития

. Клинико-психологическая характеристика детей с поврежденным психическим развитием

.Характеристика особенностей интеллектуального развития у детей с поврежденным психическим развитием

. Основные направления психокоррекции

Заключение

Список литературы

**Введение**

Актуальной проблемой в психологии является нарушение структуры интеллекта у детей.

Детский возраст - это важнейший этап в формировании интеллекта и личности, находящихся под воздействием большого количества внешних и внутренних факторов. Развитие интеллектуальной сферы является основой для формирования самосознания и саморегуляции.

При понимании всей важности этой темы нельзя забывать о том, что бывают и нарушения в развитие ребенка - дизонтогенез.

В настоящее время в мире проживает достаточно большое количество детей с нарушениями психического развития. И картина не становится лучше, так как существует тенденция к увеличению этого количества.

Таких детей можно встретить в специальных детских садах и школах, логопедических пунктах при обычных школах или же в школах-интернатах. К сожалению, далеко не все дети проходят через специальную коррекционно-педагогическую помощь, столь им необходимую.

На основании исследований, проведенных в обособленных регионах России, 3 % от общего числа детей имеют нарушения в развитии.

Цель работы: На основе имеющейся литературы выявить структуру интеллекта детей с поврежденным психическим развитием.

Объект исследования: интеллектуальные особенности при дизонтогенезе.

Предмет исследования: интеллектуальные нарушения у детей с поврежденным психическим развитием.

Задачи работы:

. На основе имеющихся исследований Ж. Пиаже и Л.С. Выготского определить понятие интеллекта в детском возрасте.

. На основе имеющихся исследований описать понятие поврежденного психического развития.

. На основе имеющихся исследований дать клинико-психологическую характеристику детей с поврежденным психическим развитием

. На основе имеющихся исследований описать особенности интеллектуального развития у детей с поврежденным психическим развитием

. Описать и проанализировать основные направления психокоррекции.

**1. Понятие интеллекта в детском возрасте и его исследование (теория Ж. Пиаже, Л.С. Выготского)**

**1.1 Теория Жана Пиаже**

Жан Пиаже [2] придерживался структурно-генетического подхода в своих исследованиях интеллекта. Он углубил понятие интеллекта в целом, построив свои исследования на стыке различных направлений таких как: бихевиоризм, гештальтпсихология, а так же учения П. Жане, откуда его заинтересовал принцип интериоризации. Умственное развитие ребенка, по его мнению, тесно связано с развитием речи и мышления, из чего Пиаже сделал вывод о том, что до некоторого времени ребенок рассуждает скорее для себя, а дойдя до определенного возраста, речь как и у взрослых начинает носить социальный характер. Позже понятию речи для себя был присвоен термин «эгоцентрической речи». Первого кого заинтересовало исследовать не мысли ребенка, а сам процесс размышления, точнее как он происходит, был Ж. Пиаже.

Хотелось бы отметить, что этот ученый и выдвинул гипотезу о том, что эгоцентрическая речь исчезает у ребенка в процессе его социализации. На этой основе уже можно вести речь о продумывании своих поступков, или по-другому интериоризации внешних действий.

Ж.Пиаже подразделял развитие интеллекта на 4 основных стадии.[2]

 Первая стадия - сенсомоторная. Заметив у новорожденных сильную связь между активностью и восприятием мира, Пиаже дал название сенсомоторной стадии - для детей до двух лет. В этот промежуток времени младенцы только узнают связь между последствиями и действиями их предшествующими. Через путь огромного количества проб, у них начинает складываться понятие о себе как о чем-то обособленном, не находящимся в полном слиянии с миром. Они узнают, например, насколько надо потянуться, чтобы взять предмет; что происходит, если столкнуть тарелку с едой за край стола; а также то, что рука - это часть тела, а перила яслей - нет. Путем бесчисленных «экспериментов» младенцы начинают формировать понятие о себе как о чем-то отдельном от внешнего мира.

 Вторая стадия - предоперационная. Начиная с 1,5 до 2-х, дети приступают к использованию речи. Как символы, так и слова в целом в этом возрасте могут нести смысл предметов или группы предметов, а так же один предмет может являть собой другой. Например, во время игры ребенок 3х лет вполне может скакать на палке по квартире, будто это лошадь.

Не смотря на то, что дети 3-4-х способны мыслить символически, их образы и слова еще не подкреплены логически. Стадию когнитивного развития (2-7 лет) Ж. Пиаже называет предоперационной, потому как дети еще не могут осознать определенных правил или операций. Операция - процесс мысленного разделения, объединения или какого-либо другого преобразования информации логическим образом [1]. Например, если перелить из высокого узкого стакана воду в низкий и широкий, то взрослые люди способны осознать, что количество воды не поменялось, так как могут прокрутить у себя в голове обратную операцию. В отличие от взрослых, у ребенка, находящегося на предоперационной стадии когнитивного развития представление об обратимости и других мысленных операциях довольно слабое или вообще отсутствует. Из этого Пиаже сделал вывод, что детям на этой конкретной стадии, еще не постижим принцип сохранения - понимания того, что количество вещества остается постоянным, даже если изменяется его форма. По словам Пиаже, основной особенностью предоперационной стадии можно назвать неспособность ребенка удерживать внимание на нескольких аспектах ситуации одновременно [2].

Так же Пиаже считал, что в предоперационном мышлении преобладают скорее зрительные впечатления. Это становится особенно заметно в эксперименте по сохранению количества. Если мы разложим параллельно друг другу два ряда шашек, каждая напротив другой, то маленький ребенок верно заметит, что в этих рядах одинаковое количество шашек. Однако если мы из одного ряда все шашки сдвинем в кучу, пятилетний ребенок говорит, что в прямом ряду, шашек больше, не смотря на то, что ни одной шашки оттуда не забрали. Зрительное восприятие от расположенного вдоль ряда шашек перевешивает количественное равенство, которое изначально было очевидным.

Еще одной ключевой характеристикой предоперационной стадии, по Пиаже, является эгоцентризм. Дети, которые находятся на этой стадии развития, не способны осознавать другие точки зрения, кроме своей собственной. Они склонны считать, что все остальные воспринимают окружающий мир так же, как и они [2]. Для наглядной демонстрации этого факта ученый придумал «задачу трех горок». Она заключается в следующем: ребенку говорят ходить вокруг стола, поверх которого сооружены три горки разной высоты. В тот момент, когда ребенок становится с одной стороны стола, на другую сторону стола в различных местах ставится кукла. Далее ребенка просят выбрать фотографию, изображающую то, что видит кукла. Дети в возрасте до шести-семи лет делают выбор фотографии, соответствующей их собственному видению трех горок.

 Третья стадия - конкретных операций. Между семью и двенадцатью годами ребенок начинает осваивать различные понятия сохранения, а также пробует выполнять и другие логические манипуляции. Дети способны группировать объекты по общему признаку, например по высоте или весу. Помимо этого у них образовывается вполне внятное мысленное представление о последовательности действий. Например, ребенок 5-ти лет способен найти дорогу к дому своего друга, однако он не сможет объяснить вам, как туда дойти, и не сможет показать это карандашом на бумаге. То есть ребенок сам найдет, так как знает где повернуть и т.д., но общего представления карты пути у его нет. Жан Пиаже называет этот период стадией конкретных операций, потому как, несмотря на то, что дети оперируют уже абстрактными терминами, они способны на это только по отношению к конкретным объектам.[1]

 Четвертая стадия - формальных операций. Приблизительно в возрасте 11-12 лет ребенок постепенно приходит к формам мышления взрослого, то есть он уже способен к чисто символическому мышлению. В одном из тестов формального операционного мышления ребенку дается задача понять, от чего именно зависит, за сколько времени маятник качнется назад - вперед. Ребенку выдают кусок веревки, подвешенный за крючок, и несколько грузов, которые можно присоединять к нижнему концу. Он может попробовать изменять длину веревки, а так же вес присоединяемого груза и высоту, с которой он отпускает груз. Подростки, находящиеся на этой стадии развития интеллекта, даже со средними показателями вполне способны выдвинуть несколько гипотез и устроить по ним систематическую проверку. Рассмотрение каждого варианта из возможных - составление заключения по каждой из гипотез, ее дальнейшее подтверждение или же опровержение - вот суть того, что Пиаже именует мышлением на стадии формальных операций.[1]

Делая вывод, важно отметить, что по Ж. Пиаже интеллект обладает живой биологической структурой. Именно благодаря этой структуре у человека есть возможность воспринимать определенные знания на каждом из этапов своего развития, что в свою очередь является процессом приспособления к внешнему миру.

**1.2 Теория Л. С. Выготского**

По мнению, Л.С. Выготского [4], все современные ему западные теории описывали ход детского развития как переход от индивидуального существования к жизни в качестве полноценного члена общества. Поэтому следует отметить, что центральной проблемой всех зарубежных теорий до сих пор остается социализация. Выготский придерживался противоположной точки зрения, а так же выступал против подобной интерпретации развития. Для Л. С. Выготского процесс развития идет в обратном направлении: от социального к индивидуальному, а развитие психики - это процесс ее индивидуализации. Высшие психические функции первоначально появляются как форма коллективного поведения, для сотрудничества с окружающими людьми, а в дальнейшем они становятся индивидуальными функциями самого ребенка. Так например, речь - поначалу средство для коммуникации между людьми, а позже, в ходе развития становится внутренней и начинает нести роль интеллектуальной функции. Условия развития, по естественнонаучной парадигме - это наследственность и среда. А в культурно-исторической парадигме условия развития - это морфологические особенности мозга и общение. Западные психологи видят источник развития внутри индивида, в самой его природе, тогда как в культурно-историческом подходе в качестве развития ВПФ играет роль - среда. [3]

Как замечал в своих исследованиях Л.С. Выготский [3], отношение к среде меняется с возрастом, а значит, изменяется и роль среды в развитии. Он считал важным подчеркнуть, что среду надо рассматривать относительно, так как ее влияние определяется исключительно переживаниями самого ребенка. Л. С. Выготский ввел понятие ключевого переживания.

Под формой развития в натуралистических концепциях понимается механизм приспособления или адаптации детей к окружающей среде [3] . Выготский писал, что развитие психики ребенка происходит за счет присвоения исторически выработанных способов, а так же форм деятельности.

Л. С. Выготский , считал, что движущая сила психического развития - это обучение [4]. Хотелось бы заметить, что развитие и обучение - это разные процессы. По словам самого Выготского, процесс развития несет внутри себя законы самодвижения.

"Развитие, - пишет он, - есть процесс формирования человека или личности, совершающийся путем возникновения на каждой ступени новых качеств, специфических для человека, подготовленных всем предшествующим ходом развития, но не содержащихся в готовом виде на более ранних ступенях"[4].

Обучение, по Л.С. Выготскому, есть внутренне необходимый и всеобщий момент в процессе развития у ребенка не природных, но исторических особенностей человека[4].

Обучение не тоже самое, что развитие. Оно, конечно, создает благоприятную почву, пробуждает скрытые процессы и приводит в действие некоторые из них, отвечающие за развитие. Такую благоприятную почву принято называть зоной ближайшего развития, а само понятие - логическое следствие закона становления высших психических функций.

Л. С. Выготский провел экспериментальные исследования на выявление взаимосвязи между развитием и обучением. В этих исследованиях ученый рассматривал как житейских, так и научные понятия, наблюдал за усвоением родного и иностранного языков, устной и письменной речи, и смотрел как все выше перечисленное связано с зоной ближайшего развития.

По словам Л.С. Выготского, зона ближайшего развития характеризует те функции, которые еще не созрели, однако существуют уже в процессе созревания[3]. Зона ближайшего развития - феномен, повествующий о ведущей роли обучения в умственном развитии детей. По Выготскому обучение - это целесообразный процесс, когда оно идет впереди развития [4]. В этом случае происходит пробуждение множества других важных функций, находящихся в зоне ближайшего развития. Перспективы любого обучения в основном зависят от зоны ближайшего развития.

Самым важным объяснением взаимосвязи обучения и психического развития ребенка является гипотеза Л. С. Выготского о системном и смысловом строении сознания и его развития в онтогенезе. Выготский полагал, что человеческое сознание - это система , состоящая из отдельных процессов, а развитие каждой отдельной функции зависит от того в какую структуру она входит [3]. Другие же процессы психического развития начинают увеличиваться в каждом конкретном возрасте под влиянием доминирующей в сознании функции. Так например, в раннем возрасте у ребенка в центре сознания находится восприятие, в дошкольном возрасте - память, в школьном - мышление. Л.С. Выготский считал, что процесс психического развития состоит в перестройке системной структуры сознания. Она же, в свою очередь, происходит за счет изменения смысловой структуры, то есть за счет уровня развития обобщений: переход к сознанию осуществляется путем появления речи. Перемещение от одной структуры сознания к другой происходят только благодаря развитию значения слова, по-другому, - обобщения. В самом процессе обучения в ходе формирования обобщений изменяется вся система сознания. Благодаря этому, Л.С. Выготский полагал, что "один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии"[4].

Подводя итог этой главы можно сказать, что подробно рассмотрев теории Пиаже и Выготского различия очевидны как в понимании источника развития, так и в движущих силах психического развития. По Пиаже умственное развитие - это своего рода спонтанный, независимый от обучения процесс, подчиняющийся биологическим законам. Выготский, будучи отечественным психологом считает, что источник умственного развития ребёнка в его среде, а само развитие рассматривает как процесс присвоения ребёнком общественно-исторического опыта.

интеллект поврежденный психический детский

**2. Понятие поврежденного психического развития**

Дизонтогенез - это любое отклонение от онтогенеза, то есть нормального возрастного развития. В сущности любое патологическое воздействие на незрелый мозг, действующее в течение относительно долгого времени, способно привести к отклонению психического развития. [5]

Известно много различных классификаций нарушения психического развития. Например, по Г.Е. Сухаревой существует три вида нарушений психического развития [16]:

 Задержанное развитие;

 Поврежденное развитие;

 Искаженное развитие.

Однако на данный момент наиболее полной является классификация психического дизонтогенеза, которая была разработана В.В. Лебединским. Ученый называет такие виды нарушений психического развития как [8]:

 Психическое недоразвитие;

 Задержка психического развития;

 Поврежденное психическое развитие;

 Дефицитарное психическое развитие;

 Искаженное психическое развитие;

 Дисгармоничное психическое развитие;

Следовательно, поврежденное психического развития является лишь одной из вариаций психического дизонтогенеза.

Под определением поврежденного развития понимается развитие психики ребенка с органическим поражением центральной нервной системы [7]. Поврежденное психическое развитие обусловлено перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга, а так же отличается парциальностью расстройств. Для того, чтобы понять, что речь ведется не о диагнозе олигофрения, важно увидеть первоначально правильное, а так же своевременное развитие ребенка до момента перенесения инфекции, интоксикации или травмы мозга; а так же провести хронологическую связь психического снижения с перенесенным заболеванием.

Характерным вариантом поврежденного развития является органическая деменция. Деменция - это сильное и стойкое и, в основном, необратимое ослабление интеллектуальной деятельности, сочетающееся с расстройствами памяти и эмоционально-волевой сферы [12]. Нарушения при органической деменции главным образом определяются по повреждению мозговых систем, наряду с тем, что при клинико-психологической структуре олигофрении показываются явления недоразвития. Здесь нет глобальности и иерархичности нарушения психических функций, столь свойственных для олигофрении. Напротив существенную роль играет парциальность расстройств. В некоторых случаях это могут быть грубые локальные корковые и подкорковые нарушения такие как: гностические расстройства, нарушения пространственного синтеза, движений, речи. Исходя их этого, ухудшения памяти, в большей степени механической, характерны для деменции, начавшейся в связи с черепно-мозговой травмой, которая произошла с ребенком в возрасте после 3-4 лет.

Б. В. Зейгарник подчеркнула в своих исследованиях три основных нарушения мышления при органической деменции у взрослых больных:

 снижение функции обобщения;

 нарушение логического строя мышления;

 нарушения критичности и целенаправленности [15].

Делая вывод, следует отметить, что поврежденное психическое развитие может возникнуть в связи с различными перенесенными заболеваниями. Очень важно правильно понять идет речь о поврежденном развитии или олигофрении, ведь от этого зависит как следует действовать дальше. Серьезные исследования на эту тему были проведены Г.Е. Сухаревой и М. О. Гуревичем, которые будут рассмотрены в следующей главе.

**3. Клинико-психологическая характеристика детей с поврежденным психическим развитием**

Г. Е. Сухарева, которая исходила из специфики клинико-психологической структуры, описывает четыре вида органической деменции у детей, первый из которых определяется преобладанием низкого уровня обобщения [16]. Во втором виде первостепенными являются грубые нейродинамические расстройства, серьезная медлительность и низкая переключаемость мыслительных процессов, сильная психическая истощаемость, а так же невозможность перенесения напряжения. Так же заметны нарушения логики в мышления и резко выраженная склонность к персеверациям. Третьему виду органической деменции свойственна недостаточная мотивация к деятельности со слабостью, состоянием равнодушия и значительным снижением активности мышления. При четвертом виде органической деменции основными в клинико-психологической картине являются нарушения критики и целенаправленности мышления, с серьезными расстройствами внимания, высокой отвлекаемостью, а так же «полевым поведением» (термин К. Левина)[17]. В детском возрасте чаще всего встречаются два последних типа органической деменции .

Наряду с вышеперечисленными психологами этой проблемой так же занимался М. О. Гуревич. По М. О. Гуревичу [5] существует четыре основных клинических варианта отдаленных последствий черепно-мозговых травм:

 Травматическая церебрастения, по-другому энцефалостения.

 Травматическая церебропатия, или же энцефалопатия.

 Травматическое слабоумие.

 Травматическая эпилепсия.

Первую группу больных составили дети с клинической картиной церебрастении. Им было свойственно невозможность перенесения напряжения и высокая утомляемость. Однако у этих больных детей наблюдается хорошая приспособляемость, то есть обладая старательностью и аккуратностью, дети имеют возможность скомпенсировать нарушения, полученные в связи с травмой. Они точно так же, как и все, ходят в школу, правда продвигаются по учебе медленнее остальных. Однако какое бы ни было интеркуррентное заболевание, будь то физическая или психическая травма легкой степени, усложнение жизненной ситуации или просто увеличение требований - все это ведет к обострению. У таких детей по новой появляются головные боли, головокружения, перепады настроения, нарушения сна и так далее. Довольно часто у таких больных детей на фоне астении так же может развиться ипохондрический симптокомплекс. [5]

Ко второй группе было отнесено два абсолютно противоположных по своей клинической картине симптокомплекса: в первый вошли больные с вялостью, сонливостью, апатией и общей двигательной заторможенностью - апатико-адинамический синдром, а другой сиптокомплекс был назван гипердинамическим, ему присуща высокая двигательная активность и эйфория. При втором симптокомплексе детям свойственно ощущение постоянного беспокойства, они не способны усидеть на месте. Их эмоциональный фон не стабилен: веселость, беспечность и дурашливость, могут в миг смениться вспышками агрессии. И апатико-адинамический, и гипердинамический синдромы - это лишь менее выраженная форма апатических и эйфорических состояний, обыкновенных для острой и подострой стадий черепно-мозговой травмы. У таких больных наблюдается неумение усваивать новый материал, неспособность к использованию приобретенных данных, склонность к психопатоподобному поведению. В связи с перечисленными факторами у детей затруднена коммуникация с коллективом, наряду с этим сопровождение интеллектуальных нарушений заставляет многих из них покидать учебные заведения. Сила, с которой выражаются психические последствия, зачастую связана не только с характером и тяжестью травмы, но и с почвой, на которую она воздействовала. Приблизительно у половины больных в анамнезе наблюдались неблагоприятные или досрочных роды, задержка развития или асфиксии. По Гуревичу, эта группа больных являет собой детский вариант тех форм, называющихся травматической энцефалопатией. Выраженная особенность этой группы - частота возникновения психоподобных состояний. [5] Прогнозирование в таких случаях значительно серьезней, нежели при травматической церебрастении, но если учитывать положительное влияние возрастного фактора , а так же включать ребенка в лечебные и педагогические программы появятся неплохие шансы на социализацию и трудоустройство в будущем.

У детей из третьей группы, с диагнозом травматическое слабоумие, так же могут наблюдаться явления травматической энцефалопатии. Они проявляются в снижении интеллектуальной деятельности, которое обусловлено недостаточной осмысленностью и сообразительностью, а так же понижением активности, инициативности, расстройствами внимания и памяти. В случае тяжелого психического недоразвития, наподобие с олигофренией, могут пострадать: критичность, суждения и умозаключения. Такие состояния можно встретить в основном после травм в раннем детском возрасте. [5]

Четвертая группа больных страдает травматической эпилепсией, с преобладанием эпилептических пароксизмов. В основном припадки проявляются в течение первого полугодия после травмы, однако в редких случаях они могут появиться даже через 2-3 года после травматической ситуации. [5]

Следует отметить, что существуют несколько разных клинических вариантов припадков, зависящих от качества болезненного субстрата. Помимо с эпилептиформными приступами встречаются так же и истероформные припадки. По прошествии времени эпилептических приступов с дисфорическим настроением становится все больше, что действует отрицательно на интеллектуальный компонент в развитии ребенка. То есть снижается умственная работоспособность, ухудшается память, усложняется возможность усвоения новых навыков, а так же проявляется медлительность. Становятся явными и некоторые отдельные симптомы травматической церебрастении такие как: высокая утомляемость и общая истощаемость. [5]

**4. Характеристика особенностей интеллектуального развития у детей с поврежденным психическим развитием**

Существует несколько вариантов поврежденного психического развития, а значит и разные формы выраженности интеллектуальной недостаточности. Однако при любом из видов поврежденного дизонтогенеза нарушения интеллектуальной сферы все же есть.

Так, например органическая деменция, которая появляется у детей старше 2-3-х лет после инфекций и травм, характеризуется распадом уже более-менее сформировавшихся интеллектуальных функций. Этот вид деменции не всегда легко отличить от олигофрении, поэтому следует выделить такие отличительные признаки как [8]:

 Не наблюдается наличие критики и целенаправленной мыслительной деятельности;

 Сильно заметны нарушения внимания, памяти, иногда ряда гностических функций;

 Ярко выраженные эмоциональные нарушения, не зависящие от степени снижения интеллекта;

 Довольно часто можно встретить нарушения инстинктивной сферы: сильно выраженные или извращенные влечения, поступки, совершаемые под диктовку одних только импульсов или, напротив, слабые инстинкты (утраченное чувство страха и инстинкта выживания);

 Поведение ребенка не соответствует ситуациям, в которых он находится, даже в случаях отсутствия грубых форм выраженности интеллектуальной недостаточности.

Больным с травматической церебрастенией сложно развивать интеллектуальную сферу, это связано с тем, что они обладают сильной напряженностью и утомляемостью. Однако у них имеются компенсаторные возможности такие как: аккуратность и старательность, благодаря которым они могут воспринимать новую информацию, но ее усвоение происходит тяжелее, нежели у детей в норме. При травматической церебропатии выявляются два абсолютно разных по своей клинической картине сиптокомплекса [5]: апатико-адинамический синдром и гипердинамический синдром. И в одном, и другом симптокомплексах выявлено:

 Неумение усваивать новый материал;

 Отсутствие возможности использовать уже приобретенные навыки и знания.

Расстройства эмоциональной сферы, сопровождающиеся интеллектуальными нарушениями, сильно затрудняют обучение детей в обычных школах или делают его практически невозможным.

У больных с травматической эпилепсией, при систематических приступах и дисфорическим настроением так же нарушается интеллектуальный компонент развития, а именно:

 Cнижается умственная работоспособность;

 Появляются нарушения память;

 Сильно затрудняется получение новых навыков;

 А так же проявляется высокая утомляемость ребенка в целом.

Разумеется, все это не оказывает положительного влияние на общее состояние интеллекта ребенка.

При травматическом слабоумии существуют различные нарушения интеллектуальных функций у ребенка, такие как:

 Недостаточная осмысленность и сообразительность;

 Наличие расстройств внимания;

 Нарушения памяти (при выходе больного из острой стадии - ретроградная амнезия и гипоамнезия текущих событий), некоторое ослабление запоминания нового материала;

 Поверхностность суждений, а так же некорректное выделение существенных признаков;

 Замедленность и инертность суждений;

 Нарушения критичности.

Подводя итоги этой главы следует отметить, что при поврежденном развитии у детей проявляются разнообразные интеллектуальные нарушения, такие как: неспособность к умственному напряжению, сильная утомляемость, снижение памяти, проблемы с концентрацией, нарушения динамики мыслительных процессов, общая заторможенность или напротив повышенная возбудимость, нарушения в оценке себя и критичности к суждениям, резкое снижение интеллектуальной деятельности.

**5. Основные направления психокоррекции**

Важно отметить, что главное место в психологической помощи детям, страдающим поврежденным развитием, занимает психокоррекция.

Акцент в ней делается не только на реабилитацию психических функций, но и на адаптацию ребенка к своему дефекту. Перед психологами ставятся такие сложные задачи как [11]:

 Выяснение локализации повреждения;

 Время возникновения дефекта;

 Структура дефекта;

 Получение информации о психическом и физическом развитии ребенка до травмы;

 Особенности семейного климата и его влияния на воспитание ребенка.

Резонно воспользоваться классификацией, предложенной М. О. Гуревичем, потому как в ней наиболее полно отражены клинические этапы отдаленных последствий поврежденного развития [5].

Психологическая помощь детям, страдающим травматической церебрастенией, ориентирована на [5]:

 Улучшение интеллектуальной работоспособности. Это достигается благодаря пситехническим упражнениям на развитие внимания, памяти и скорости принятия решений.

 Развитие навыков саморегуляции. Этого можно добиться с помощью психорегулируюших тренировок.

 Формирование положительной мотивации. Этот процесс становиться возможным при коррекции негативных эмоциональных проявлений.

Психологическая помощь при травматической церебрапатии ориентирована на:

 Коррекцию нарушений поведения;

 Повышение социальной активности;

 Помимо этого проведение психокоррекционной работы с родителями.

Работа психолога при травматическом слабоумии состоит в том, что:

 Требуется организовать системы жизнедеятельности и взаимодействия ребенка в семье и коллективе;

 Предоставить возможность обучения ребенка различным доступным видам деятельности;

 Следует осуществлять психологическую поддержку родителей.

Важно отметить, что надо правильно организовать сам процесс коррекционной работы, для этого стоит ориентироваться на вышеописанные системообразующие факторы, отвечающие за специфику дизонтогенеза.

Перед тем как начинать психокоррекцию с ребенком, следует проконсультироваться согласования с врачом невропатологом, в особенности на начальных стадиях заболевания. А непосредственно процесс психокоррекции должен проводиться с участием педагога-дефектолога и родителей.

Коррекционные занятия проводятся либо индивидуально, либо в группах, принимать решение стоит исходя из возраста ребенка, его мотивации, структуры и тяжести дефекта. В одной группе количество детей не должно превышать 3-4-х.

Психокоррекция по активации внимания следует проводить поэтапно на основе развития навыков самоконтроля и на основе процедур переноса сформированных навыков на новые объекты и ситуации [18]. За счет метода поэтапного формирования контроля ребенку дается возможность исправить ошибки в своих письменных работах, далее в других разнообразных заданиях, например тест Бурдона или ошибки в узорах. Эти задания ориентированы на формирование самоконтроля у ребенка, а еще наряду с этим на преобразование процесса выполнения заданий в обобщенное и автоматизированное действие.

В программу психокоррекции внимания входит набор специализированных психотехнических игр. Благодаря задействованию таких игр у детей формируются сильные положительные эмоции, развивается внимание, саморегуляция, умение общаться в коллективе и работать в команде.Для того, чтобы скорректировать некоторые отдельные свойства внимания, такие как: устойчивость, переключение и распределение - организуются индивидуальные занятия. На них детей просят выполнять задания на отыскивание чисел и букв, подсчитывания количества кружков в секторах круга, нахождение не хватающих деталей в изображениях и многие другие. Положительная мотивация ребенка имеет очень сильное влияние на эффективность выполнения заданий, а значит психологу стоит поощрять ребенка за его успехи.

Психокоррекция оперативной памяти у детей основывается на формировании установки на запоминание. Подразумевается, что следует развивать рациональные способы запоминания, используя специальные методы классификации и ассоциативные приемы.

Целями психологической коррекции, рассчитанной на преодоление общей утомляемости ребенка, являются:

 Снятие тревожности;

 Повышение уверенности ребенка в эффективности занятий.

В данном случае обычно назначаются разноплановые психорегулирующие тренировки. Не последнее значение играет охранительно-стимулирующий режим ребенка, рекомендованный.

Основное направление при психологической коррекции церебропатии - устранение нарушений поведения у ребенка. Этого можно достигнуть благодаря увеличению социальной активности ребенка в кругу семьи, учебного заведения, а так же при его хорошо организованной жизнедеятельности. Детям, страдающим травматической церебропатией, будет правильным предлагать разнообразные игры со строительным материалом, например пазл, конструктор или лего. Так же к месту придутся другие виды творческой деятельности такие как: рисование, лепка и аппликация.

При психологической коррекции важно не забывать о работе с родителями. Задача, стоящая перед психологом, - это предъявить родителям объективную информацию об особенностях эмоционально-волевой сферы ребенка, а так же оказать помощь в понимании его проблем.

Дети и подростки, страдающие приобретенным слабоумием, тоже нуждаются в психокоррекции. Работа с ними должна базироваться с учетом специфики дефекта, который выражается в серьезном нарушении регуляции деятельности, изменении операциональной стороны деятельности, утрате некоторых высших психических функций, сформировавшихся до возникновения заболевания. Помимо этого эмоциональная сфера тоже оказывается нарушенной.

С учетом таких характеристик психокоррекция проводится в 2-х направлениях [5]:

 Первое направление - правильно организованная жизнедеятельность ребенка в семье или в специальной школе. Первоначально нужна работа с родителями, целью которой является смягчение эмоционального дискомфорта в связи с дефектом ребенка. Этого можно добиться такими приемами:

организовать родительские клубы, для взаимной помощи и поддержки родителей тяжело больных детей;

проведение психотерапевтической работы с родителями, в особенности с отцами детей, страдающими приобретенным слабоумием;-постоянное включение взрослых в процесс психологической коррекции, благодаря этому у родителей появляется возможность самостоятельно оценить возможный потенциал ребенка.

 Второе направление, определяется обучением детей доступным ему видам деятельности. В этом направлении психокоррекции подразумеваются следующие задачи:

выучить ребенка доступным вариантам предметно-практической деятельности;

сформировать у него навыки самообслуживания;

формирование саморегуляции поведения и навыков общения.

Для решения этих задач наиболее часто пользуются специальными методами, предложенными М. Монтессори [19].

Суть метода М. Монтессори в том, что дети сами могут отобрать из представленного дидактического материала тот, который способен удовлетворить актуальную потребность в развитии, такая практика свободного выбора и формирует самостоятельное начало в ребенке. Оценивая многолетний опыт психокоррекции по этой системе, можно судить о ее высокой эффективности. При проведении психокоррекции нужно участие логопеда и педагога-дефектолога.

**Заключение**

Подробно рассмотрев теории Пиаже и Выготского различия очевидны как в понимании источника развития, так и в движущих силах психического развития. По Пиаже умственное развитие - это своего рода спонтанный, независимый от обучения процесс, подчиняющийся биологическим законам. Выготский, будучи отечественным психологом считает, что источник умственного развития ребёнка в его среде, а само развитие рассматривает как процесс присвоения ребёнком общественно-исторического опыта.

Одним из вариаций психического дизонтогенеза является поврежденное психического развития. Под определением поврежденного развития понимается развитие психики ребенка с органическим поражением центральной нервной системы [7]. Поврежденное психическое развитие обусловлено перенесенными инфекциями, интоксикациями, травмами нервной системы, наследственными дегенеративными, обменными заболеваниями мозга, а так же отличается парциальностью расстройств**.**

Проблемой поврежденного развития занималась Г. Е. Сухарева, которая исходя из специфики клинико-психологической структуры, описывает четыре вида органической деменции у детей. Наряду с ней эта тема заинтересовала М. О. Гуревича, изучающего разнообразие отдаленных последствий черепно-мозговых травм сильно. По М. О. Гуревичу [5] существует четыре основных клинических варианта: травматическая церебрастения, по-другому энцефалостения; травматическая церебропатия; или же энцефалопатия; травматическое слабоумие; а так же травматическая эпилепсия.

При поврежденном развитии у детей проявляются разнообразные нарушения, такие как: неспособность к умственному напряжению, сильная утомляемость, снижение памяти, проблемы с концентрацией, нарушения динамики мыслительных процессов, общая заторможенность или напротивповышенная возбудимость, нарушения в оценке себя и критичности к суждениям, резкое снижение интеллектуальной деятельности.

Важно учитывать разнообразие и силу клинических проявлений у детей, а так же значимость своевременно оказанной психологической помощи. Главное место в психологической помощи детям, страдающим поврежденным развитием, занимает психокоррекция. Это так, благодаря тому, что акцент в ней делается не только на реабилитацию психических функций, но и на адаптацию ребенка к своему дефекту. Помимо психолога детям в строгом порядке надо наблюдаться невропатологом или психоневрологом. В связи с этим перед утверждением программы психологической коррекции психологу необходимо проконсультироваться с клиницистами.

**Список литературы**

1. Пиаже Ж. Комментарии к критическим замечаниям Л. С. Выготского на книги «Речь и мышление ребёнка» и «Суждение и рассуждение ребёнка» // Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. В. Петухова. - М., 1981.

. Пиаже Ж. Избранные психологические труды. - М., 1999. .-254

. Выготский Л.С. Проблема возраста // Собр. соч. Т. 4. М., 1984.

. Выготский Л.С. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте // Избр. психол. исслед. М., 1956.

. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции СпбГУ, 2000.

. Выготский Л.С. Основы дефектологии Т.5 Собр. Соч. 1983.

. К.С.Лебединская, В.В.Лебединский Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. Москва. Трикста, Академический Проект, 2011. Москва Трикста.

. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. Изд-во «Академия», 2006.

. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985.

. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М.1972.

. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.,1995.

. Мэш Э, Вльф Д. Детская патопсихология. Нарушение психики ребенка СПб,2003 пер. с англ.

. Психология аномального ребенка. Хрестоматия в 2-х томах, под ред.В.В.Лебединского. МГУ, 2006.

. Ильина М.Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. СПб, Питер 2006.

. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - 2-е изд. - М.: Изд-во МГУ, 1986. - 240 с.

. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении), т. 3. М., 1965.

. Левин К. Теория поля в социальных науках / [Пер. Е. Сурпина]. - СПб.: Речь, 2000.

. Гальперин П. Я., Кобыльницкая С. Л. Экспериментальное формирование внимания. М., 1974.

. Сорокова М.Г. Система М. Монтессори: Теория и практика. - М.: Издательский центр «Академия», 2003.