

Секция «Психология и психокоррекция нарушений психического развития детей и подростков»

Проблема установления и построения контакта с подростками и взрослыми, имеющими нарушения интеллекта.

Научный руководитель – Долженко Анастасия Николаевна

Белогрудова Дарья Константиновна

Студент (специалист)

Государственный университет «Дубна», Факультет социальных и гуманитарных наук,
Кафедра клинической психологии, Дубна, Россия

E-mail: chernikova.reih@mail.ru

Построение контакта при работе с подопечным - необходимый и, возможно, ключевой этап формирования эмоционального контекста взаимодействия, а также обеспечения мотивации подопечного в совместной с психологом работе. Для некоторых вариантов дигнозогенеза он становится чуть ли не определяющим весь дальнейший ход и результат работы, особенно в ситуации поведения, осложнённого аффективными проявлениями [2;5;4]. Тем не менее, не часто в психологических исследованиях можно встретить отдельную попытку анализа контакта, а конкретнее – актуальных средств, на которые опирается подопечный при взаимодействии с другими. Недостаточное внимание к этим аспектам (особенно в отсутствии общей модели предмета психологии, когда каждый отдельный психолог рассматривает психическую деятельность подопечного в зависимости от теоретической позиции, которой она принадлежит, будь то психоанализ, когнитивисты и т.д.), которые напрямую связаны с задачей ориентировки психолога на подопечного и подопечного на психолога, чревато формированием неустойчивого или недостаточно доверительного контакта, непосредственно влияющего на выстраивание всей дальнейшей психологической работы.

Условимся понимать вслед за Л.С. Выготским [1;с.29], Д.Б. Элькониным [6;с.9] и П.Я. Гальпериным [3;с.3] психическое развитие как становящиеся формы ориентировки в себе, мире, отношениях с другими людьми. Исходя из этого, одна из первейших задач психолога при работе с нарушенным развитием заключается в фиксации и понимании специфики уже сложившейся/имеющейся системы средств ориентировки подопечного с целью формирования необходимой для работы мотивации и дальнейшего расширения этих средств в ходе клинко-психологической работы.

Цель исследования заключается в выделении используемых средств и способов ориентировки лиц с различной степенью интеллектуальной недостаточности (в т.ч. с осложненным и сочетанным дефектом) в ситуации вхождения в общение и взаимодействие (то есть при построении контакта). Еще Л.С. Выготский отмечал, что “Любой телесный недостаток - будь то слепота, глухота... - вызывают социальный вывих” [1,с.32]. В.В. Лебединский также подтверждал данную мысль: “Низкие интеллектуальные возможности ребенка, страдающего олигофренией, не только исходно затрудняют усвоение информации, но и создают для него ситуацию изоляции в среде сверстников, . . . , вызывают невротические наслоения, еще более тормозящие контакты с окружающими” [4,с.52]. Следовательно, снижение возможности ориентировки впоследствии дефекта подопечного порождают низкую восприимчивость, меньшей вероятности самостоятельно нащупать и найти эти средства, развернутые вовне в культурной среде и в совместной деятельности (как это обычно происходит при спонтанном нормативном развитии).

В рамках исследовательской деятельности нами было выстроено организованное наблюдение и взаимодействие в рамках «Семейного центра имени Мещерякова» (г. Сергиев-

Посад) со слепыми, глухими и слепоглухонемыми детьми, имеющими интеллектуальные нарушения, а также организация групповых занятий и построение контакта со взрослыми подопечными «Дубненского центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов «Родник»». В исследовании принимали участие 7 подростков и 7 взрослых подопечных. Феноменология вхождения подопечных во взаимодействие и общение (при первичном обустройстве контакта) представлена в Таблице №1.

Типы средств, используемых при построении контакта:

-Речевые (вербальные и невербальные): упрощение форм общения (использование простых предложений и инструкций) – подстраивание под различные виды дефектов – использование жестикюляции (РЖЯ), дактильного языка; а также плавность, умеренный темп речи;

-Эмоциональные: включение отклика, спокойной, умеренной интонации, положительная оценка действий ребенка (похвалы) для снятия аффектации;

-Двигательные: выстраивание подвижной игры, включение танца, пения, лепки, рисования (наиболее привлекательной деятельности для подопечного);

-Тактильные: прикосновения, поглаживания, массаж, перебирание материалов различного вида;

-Внешние: отсутствие ярких элементов одежды, резких запахов.

Среди основных затруднений наших подопечных в обустройстве контакта выделим: эмоционально-личностная сфера:

- недифференцированность эмоций, мимики, интонации и жестикюляции в ходе общения - неправильная оценка может спровоцировать аффектацию;

-некомпенсированные проявления эмоционально-личностной сферы в виде аффективных проявлений, повышенной тревожности или агрессивности либо же ярко выраженной социальной желательности и конформности, а также наличия неадекватной самооценки;

двигательная сфера:

-спастика, нарушение координации, равновесия, схемы тела, пространственных отношений;

речевая сфера:

- непонимание сложных конструкций, переносного значения; отсутствие возможности анализа контекста ситуации;

Выводы:

1. Как мы могли заметить, по степени выраженности интеллектуальной недостаточности сложно определить, в должной мере, доступные средства ориентировки подопечного. В выстраивании контакта необходимо обратить внимание на специфику нарушения и следующие из неё ограничения ориентировки, а далее непосредственно сохраняемые звенья, через которые возможно выстроить контакт. Необходимо обнаружить актуальную ведущую деятельность, мотивы, понимать специфику социальной ситуации развития подопечного. Только таким образом можно способствовать более легкому и быстрому выстраиванию контакта и дальнейшей работы психолога и подопечного.

2. Подопечный в зависимости от различных условий может ориентироваться на тактильный, слуховой, зрительный, эмоциональный, двигательный компонент или же их совокупность. Необходимо как можно в более короткие сроки понять ориентировку подопечного, дабы избежать его аффектации. При наиболее сложной и сочетанной картине дефекта психологу необходимо быть более аккуратным в выстраивании внешнего вида и образа, избегать резких, агрессивных запахов, высокого тембра голоса и повышенной эмоциональности.

3. Только в процессе реконструкции ориентировки нашего подопечного и нахождения выпавших и сохраняемых звеньев возможно обозначить средства, которые располагаются в

зоне ближайшего развития.

Источники и литература

- 1) Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. — Москва : Издательство Юрайт, 2023. — 332 с. — (Антология мысли). — ISBN 978-5-534-11695-3. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/518576> (дата обращения: 15.02.2023).
- 2) Ван Дайк, Я. Вызывающее проблемное поведение детей с множественными пороками развития. Оценка и воздействие/ Я. Ван Дайк — Сергиев Посад : 2004 г.
- 3) Гальперин, П. Я. Формирование умственных действий и понятий/ П.Я. Гальперин: М. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. — В кн.: Исследование мышления в советской психологии, 1965 г.
- 4) Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте/ В.В. Лебединский. — Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. -М.: Издательский центр «Академия», 2003
- 5) Шипицына, Л.М. Специальная психология : учебник для академического бакалавриата / под ред. Л. М. Шипицыной. — М. : Издательство Юрайт, 2016. — 287 с. — Серия : Бакалавр. Академический курс.
- 6) Эльконин, Д.Б. Детская психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Д. Б. Эльконин; ред.-сост. Б. Д. Эльконин. — 4-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2007. — 384 с.

Иллюстрации

№	Подопечные	Специфика нарушений ориентировки ребенка	Симптоматика	Сохраняемые звенья	Какие формы взаимодействия можно организовать
1	В; м; 13 лет	УО в степени идиотии; Нарушение слуха (глухота); Нарушение зрения (слабовидящий); Вторичная аутизация	Не сформированы навыки обслуживания; Ограниченность в подвижности в связи с пониженным тонусом мышц; Инициатива и эмоциональная реакция в общении отсутствуют; Аффективное проявление - крик, прокусывание пальца.	Доступен тактильному контакту	Перебирание различающихся по текстуре, форме материалов – совместно разделенное действие с психологом Мягкий массаж способствует успокоению и сосредоточению ребенка.
2	В., ж; 12 лет	УО в степени идиотии; Нарушение слуха (глухота); Нарушение зрения (слепота); Вторичная аутизация	Не сформированы навыки обслуживания; Инициатива в общении отсутствует; Аффективное проявление – истерики и плач, топание ногами. Избегание тактильного контакта	Мелкая моторика; Попытка выстраивания тактильного контакта и снятие аффектации.	Перебирание различающихся по текстуре, форме материалов – совместно разделенное действие с психологом
3	Н. и В.; ж; 17 лет	УО в степени дебильности и легкой имбецильности; Нарушение опорно-двигательного аппарата (ДЦП); Нарушение зрения (слабовидящие).	Застывание на лично-значимых темах; Недоступна активная, подвижная деятельность, видоизменены возможности мелкой и крупной моторики; Видоизмененная недифференцированность эмоций и интонаций. Низкий уровень представлений об окружающем мире	Инициатива в диалоге, мотивация на общение; Сохраненный слух; Развит эмоциональный отклик.	Усложнение тем и форм общения, взаимодействия; Пение.
4	С., ж; 13 лет	УО в степени имбецильности; Нарушение слуха (глухота); Нарушение зрения (слепота).	Не сформированы навыки обслуживания; Не может анализировать контекст ситуации; Инициатива в общении отсутствует; Аффективное проявление – плач.	Мелкая моторика; Попытка выстраивания тактильного контакта и снятие аффектации.	Перебирание различающихся по текстуре, форме материалов – совместно разделенное действие с психологом
5	М.; м; 14 лет	УО в степени имбецильности; Нарушение зрения (частично-видящий); Нарушение слуха (слабослышающий).	Недоступен анализ ситуации, проявляется стереотипность в выполнении действий; Аффективное проявление – самоповреждение, нанесение себе царапин, расчесывание, сдирание кожи; Ярко выражено агрессивное поведение, проявление протеста.	Сохранное зрение; Снятие аффектации и выстраивание тактильного компонента.	Выполнение поделок на интересную тему; Разборка и сборка различных деталей.
6	К.; ж; 16 лет	УО в степени тяжелой имбецильности; Нарушение слуха (глухота); Нарушение опорно-двигательного аппарата (ДЦП)	Недоступен анализ ситуации; видоизменены возможности мелкой и крупной моторики;	Инициатива в диалоге, мотивация на общение; Выстраивание тактильного контакта; Сохранное зрение; Развит эмоциональный отклик.	Доступно упрощенное общение с помощью жестов – ярко выражена реакция на похвалу
7	Л.; м; 11 лет	УО в степени тяжелой имбецильности (Синдром Дауна) Нарушение слуха (слабослышающий)	Не сформированы навыки обслуживания; Аффективное проявление – сексуальная расторможенность; Недифференцированность эмоций. Половое поведение	Сохранное зрение;	
8	С.; м; 30	УО в степени дебильности;	Ярко выражены эмоциональные особенности (социальная желательность; повышенная критичность и тревожность); Слабое средство контроля за деятельностью, переключаемость внимания; инициативы в построении диалога не проявляет; нарушена схема действий.	Сохранное зрение, слух; Развит эмоциональный отклик.	выстраивание диадного и группового взаимодействия; Усложнение форм общения.
9	А.; м; 32	УО в степени дебильности;	Ярко выражены эмоциональные особенности (повышенная критичность и тревожность; неадекватно высокая самооценка);	Выстраивание тактильного контакта; Сохранное зрение и слух; Развит эмоциональный отклик Инициатива в диалоге,	Выстраивание взаимодействия в группе, любая деятельность доступна.

Рис. : Таблица №1

				мотивация на общение;	
9	И.; м; 31 год	УО в степени легкой имбещильности; Нарушение опорно-двигательного аппарата; Нарушение зрения (слабовидящий);	Инициатива в общении отсутствует; трудности включения в коллективную деятельность; конформность в общении; Нарушение речевого компонента, ограниченность двигательного компонента; недифференцированность эмоций.	Выстраивание тактильного контакта; Сохранный слух; Развит эмоциональный отклик;	Выстраивание взаимодействия в диаде, любая деятельность, кроме активной, доступна.
10	Н.; м; 35	УО в степени легкой имбещильности;	Аффективное проявление – сексуальная расторможенность; Недифференцированность эмоций.	Инициатива в диалоге, мотивация на общение; Развит эмоциональный отклик. Тактильный компонент; Зрительный компонент.	Выстраивание взаимодействия в группе, любая деятельность доступна.
11	С.; м; 19	УО в степени тяжелой имбещильности Искаженное развитие	Речь отсутствует; Инициатива в общении, зрительный компонент отсутствует; трудности включения в коллективную деятельность; Недифференцированность эмоций.	Выстраивание тактильного контакта; Сохранный слух и зрение;	Выстраивание взаимодействия в диаде
12	С.; м; 22	УО в степени тяжелой Имбещильности Нарушение двигательного компонента (спастика)	Речь отсутствует; Инициатива в общении отсутствует; трудности включения в коллективную деятельность; Двигательная и эмоциональная сфера видоизменены.	Выстраивание тактильного контакта; Сохранный слух и зрение;	Выстраивание взаимодействия в диаде
13	Н.; ж; 20	УО в степени дебильности;	Ярко выражены эмоциональные особенности (социальная желательность; повышенная критичность и тревожность); Слабое средство контроля за деятельностью, переключаемость внимания; инициативы в построении диалога не проявляет; нарушена схема действий. Аффективное/Демонстративное поведение: Плач, истерика	Выстраивание тактильного контакта; Сохранный слух и зрение; Развит эмоциональный отклик.	выстраивание диадного и группового взаимодействия; Усложнение форм общения.

Рис. : Таблица №1