

На правах рукописи



Завертязева Анна Александровна

**СОСТОЯНИЕ БЕСПОМОЩНОСТИ
У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ**

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Томск – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта».

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор
Залевский Генрих Владиславович

Официальные оппоненты:

Циринг Диана Александровна, доктор психологических наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет», ректор

Волкова Олеся Владимировна, кандидат психологических наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО, доцент

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Защита состоится 08 июня 2018 г. в 10 час. 00 мин. на заседании диссертационного совета Д 212.267.16, созданного на базе федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет», по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36 (учебный корпус № 4, аудитория 022).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке и на официальном сайте федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» www.tsu.ru.

Материалы по защите диссертации размещены на официальном сайте ТГУ:
<http://www.ams.tsu.ru/TSU/QualificationDep/co-searchers.nsf/newpublicationn/ZavertyaevaAA08062018.html>

Автореферат разослан «__» апреля 2018 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат психологических наук



Ульянич Анна Леонидовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Постоянная модернизация и реформа российского образования привели к появлению новых стандартов. В 2015 году в РФ были разработаны «Специальные основные общеобразовательные программы начального общего образования», произошел переход на ФГОС. Внедрение и реализация принципа инклюзивности на всех уровнях образования, упор на индивидуализацию образовательных траекторий способствуют появлению научно-обоснованных подходов психологического сопровождения учащихся с различными вариантами дизонтогенеза. В наиболее уязвимом положении оказывается группа детей с задержкой психического развития, тем более что в практике отечественной медицины и психологии в последние десятилетия особую актуальность приобретает проблема состояния здоровья детей и подростков как популяции, определяющей здоровье нации в будущем.

Клинико-психологическая картина ребенка с ЗПР зависит от патогенеза состояний, однако, несмотря на полиморфизм этиологических факторов и проявлений, для детей данной категории характерны признаки незрелости сложных форм поведения, недостаточность целенаправленной деятельности на фоне утомляемости, истощаемости, нарушенной работоспособности. Формирование состояния беспомощности у детей данной категории чревато изменением клинико-психологической картины и возникновением негативных тенденций в социально-личностном развитии.

Биопсихосоциоэтическая модель развития человека (Г. В. Залевский; Ю. В. Кузьмина) дает возможность подойти к вопросу формирования состояния беспомощности с позиции структурно-уровневой организации (М. С. Роговин, Г. В. Залевский) и системной детерминации (В. Е. Клочко, Э. В. Галажинский). Опора на данную модель при разработке коррекционной программы, направленной на преодоление состояния беспомощности, с детьми с ЗПР и их семьями позволяет воздействовать в единстве на все уровни развития человека как целостно-ценностного образования.

Актуальность исследования обусловлена тенденциями, связанными с высоким уровнем нарушений в сфере психического здоровья детей, которое является сложным биопсихосоциодуховным феноменом, что определяет значимость выявления особенностей психологического развития (состояния беспомощности) у детей старшего дошкольного возраста (5–7 лет) с задержкой психического развития и возможностей коррекции путем оказания профессиональной психолого-педагогической помощи дошкольникам, а также их семьям.

Степень разработанности проблемы. Рассматривается и уточняется в своем понятии термин «задержка психического развития»: появляются понятия «неосложненный психофизический инфантилизм», «вторичная ЗПР» (В. И. Гарбузов; А. И. Захаров; Д. И. Исаев; Э. Г. Эйдемиллер; В. В. Лебединский; М. С. Певзнер; Т. А. Власова и др.). Расширяется классификация ЗПР: рассматриваются соматогенный, конституциональный, психогенный, церебро-органические типы (К. С. Лебединская). Изучаются новые концепции психологической диагностики нарушенного развития (В. И. Лубовский, И. А. Коробейников, С. М. Валявко). Институтом коррекционной педагогики РАО разрабатываются Концепции

дифференцированных образовательных стандартов для детей с ОВЗ, в частности, для детей с ЗПР (И. А. Коробейников, Н. В. Бабкина, Е. Л. Инденбаум). Исследуются особенности формирования высших психических функций у детей с ЗПР (Н. В. Бабкина, Е. Р. Баенская, И. Н. Серова, Л. А. Головчиц, Г. В. Чиркина, О. Е. Громова и др.). Разрабатываются программы коррекционно-педагогического сопровождения детей с психическими нарушениями и сопровождения семей, имеющих детей с психическими нарушениями (Е. А. Стребелева, С. Б. Лазуренко, А. В. Закрепина, Л. А. Ремезова и др.).

Появляются работы по изучению материнского поведения, отношения к ребенку, роли матери в семейной системе и рассматриваются нарушения в функционировании семейной системы, которые имеют важное значение для психического развития ребенка (Н. В. Римашевская, Л. Ф. Кремнева; Л. М. Рудина, Л. А. Никифорова; Е. М. Ижванова, А. Е. Борисова; С. В. Дерменжии и др.). Выделяется новый раздел медицинской психологии – клиническая психология семьи (И. М. Никольская, Э. Г. Эдеймиллер, И. В. Добряков, А. Я. Варга, Н. В. Зверева, И. В. Рощина и др.). Рассматриваются и изучаются наиболее актуальные вопросы функционирования семьи, в составе которой есть больные с нервно-психическими заболеваниями (В. В. Николаева, Г. А. Арина, А. Б. Холмогорова, Н. В. Зверева, И. В. Рощина, К. М. Plant и др.).

Изучаются клинико-психологические закономерности психосоматического развития с позиции биопсихосоциоэтической модели развития человека. Рассматриваются психологические и психосоциальные факторы перинатального развития, влияние семейного воспитания, особенности формирования высших психических функций детей на разных этапах онтогенеза (Н. А. Кравцова, А. В. Катасонова, А. Ю. Довженко, В. А. Денисова, Л. Н. Рабовалюк и др.).

Уточняется и расширяется в своем значении некогда предложенная М. Селигманом модель «выученной беспомощности» (М. Е. Р. Seligman). В современной науке появляется понятие «ситуативной» и «личностной беспомощности» (Н. А. Батулин, Д. А. Циринг). Рассматриваются вопросы диагностики и коррекции личностной беспомощности в подростковом возрасте, вопросы взаимосвязи семейного воспитания и личностной беспомощности подростков (Д. А. Циринг, И. В. Пономарева, Ю. В. Честюнина, Е. А. Евстаева, К. Ю. Эвника и др.). Изучаются причины возникновения выученной беспомощности у соматически ослабленных детей и подростков (О. В. Волкова). В рамках коррекции и профилактики данного состояния на основе теории выученной беспомощности возникают полярные ей теория самостоятельности (Д. А. Циринг) и теория оптимизма (М. Аргайл; М. Кете де Врис; М. Е. Р. Seligman и др.). Помимо психолого-педагогических аспектов, особое внимание уделяется медико-биологическим вопросам возникновения выученной беспомощности (J. Haracz; K. V. Kumar; K. S. Karanth; K. Muneoka; Y. Shlrayama; M. Horlo и др.).

Таким образом, необходимость данного исследования определяется наличием следующих **противоречий**:

– между ориентированием современного общества на создание условий для формирования всесторонне и гармонически развитой личности и увеличением количества детей с различными отклонениями в развитии;

– между осознанием особой ситуации развития личности ребенка с задержкой психического развития как феномена современного общества и нехваткой специальных исследований на предмет изучения наличия беспомощности у данной категории детей;

– между внедрением в практику общеобразовательных учреждений «Адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования обучающихся с задержкой психического развития» и нехваткой методических разработок и рекомендаций по преодолению особенностей психологического развития (в частности, состояния беспомощности) изучаемой категории детей с опорой на биопсихосоционезитическую модель развития человека.

Данные противоречия подтверждают актуальность **темы исследования** «Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции».

Цель исследования: выявление особенностей состояния беспомощности и возможностей коррекции данного состояния у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Объект исследования: состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции.

Гипотезы исследования:

– Задержка психического развития у детей старшего дошкольного возраста может сопровождаться специфическими особенностями состояния беспомощности как временного, преходящего состояния в когнитивной, эмоциональной, мотивационной и волевой сферах, основным детерминирующим фактором формирования которого является особенность семейного воспитания (материнского отношения).

– Коррекция состояния беспомощности у детей с задержкой психического развития возможна с включением в комплексную программу помощи этой категории детей специальной программы с опорой на биопсихосоционезитическую модель развития человека.

Задачи исследования:

1. На основании логико-теоретического анализа современной литературы уточнить рабочее определение термина «состояние беспомощности» и определить спектр его эмпирических референтов в поведении ребенка дошкольного возраста; обосновать ключевые методологические решения в их эмпирической экспликации.

2. Осуществить подбор методов и методик эмпирического исследования особенностей беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

3. Определить особенности состояния беспомощности, описать паттерны поведения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР с признаками беспомощности, раскрыть изменения клинико-психологической картины ребенка с ЗПР с состоянием беспомощности; показать тенденции негативного социально-

личностного развития ребенка с ЗПР, детерминированные состоянием беспомощности.

4. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу, направленную на преодоление состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития с опорой на биопсихосоциальноэтическую модель развития человека.

Теоретико-методологическое основание исследования:

1. Положения Л. С. Выготского о социальной ситуации развития и зоне ближайшего развития как важнейших условиях становления личности ребенка.

2. Биопсихосоциальноэтическая модель как интегрированный подход к изучению природы человека, его развития и здоровья, включающий идеи системной детерминации и его структурно-уровневой организации (М. С. Роговин; Г. В. Залевский; В. Е. Клочко; Э. В. Галажинский; Ю. В. Кузьмина).

3. Теоретические представления о фиксированных формах семейного поведения и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку (В. В. Столин; А. Я. Варга; Е. О. Смирнова; Г. В. Залевский).

4. Теория выученной беспомощности М. Селигмана (М. Селигман; Л. Абрамсон; Дж. Гилхам; К. Двек; Л. Джейкокс; М. Микуленсер; К. Петерсон; К. Рейвич; Н. А. Батурин; Д. А. Циринг).

Для достижения цели и решения задач исследования был использован **комплекс методов**, включающий в себя:

– *теоретический анализ и систематизацию* данных психолого-педагогических и медицинских исследований, касающихся проблемы выученной, личностной, ситуативной беспомощности; анализ исследований, направленных на изучение личностных особенностей детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, а также материалов по изучению типа родительского отношения к ребенку и влияние на развитие ребенка фиксированных форм поведения родителей;

– *методы сбора эмпирических данных*: этологический подход, с помощью которого были рассмотрены модели поведения ребенка в различных обычных ситуациях при помощи карт наблюдения и создания проблемных ситуаций (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева); выявление типа материнского отношения с помощью опросника А. Я. Варга и В. В. Столина, проведение анализа атрибутивного стиля взрослых с помощью методики стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, В. Ю. Шевяхова), ретролонгитюдный метод исследования (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева);

– *методы математической статистики*: параметрические критерии включали в себя для проверки гипотез о степени выраженности признака и сдвига изучаемого признака t-критерий Стьюдента для независимых и зависимых выборок при нормальном распределении; для оценки зависимости использовался коэффициент корреляции Пирсона; для проверки гипотез об однородности выраженного признака был применен критерий углового преобразования Фишера для связанных выборок; внутренняя согласованность шкал оценивалась с помощью коэффициента альфа Кронбаха; для оценки распределения признака использовались критерий Шапиро-Уилка и критерий Хи-квадрат; оценка конструктивной валидности проводилась при помощи метода факторной валидности.

Обработка результатов проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 10.0.

Исследование имеет формат детального, так как прицельно были изучены каждый из компонентов состояния беспомощности. Кроме того, особенностью работы являлся индивидуальный подход к каждому участнику исследования в связи со специфическими особенностями диагностических методик, возможных для применения к данной возрастной категории детей.

В качестве экспериментальной и контрольной групп выбирались равные по демографическим признакам сверстники, посещающие детские дошкольные учреждения, а также их матери. Все обследуемые дети посещали дошкольные образовательные учреждения с одинаковой программой обучения. Вывод о наличии или отсутствии задержки психического развития был сделан на основе анализа медицинских карт развития детей, а также на основе заключения невропатолога. Объем репрезентативной выборки составил 340 человек: 30 детей старшего дошкольного возраста с ЗПР и 30 матерей на этапе пилотажного исследования (2014–2015 гг.); 140 детей старшего дошкольного возраста и 140 семей (матерей) на этапе исследования, представленного в диссертации (2015–2017 гг.), в том числе 90 детей с ЗПР (45 детей вошли в экспериментальную группу, 45 – в контрольную) и 90 матерей, имеющих детей с ЗПР; 50 детей относительной нормы и 50 матерей, имеющих детей относительной нормы.

Эмпирическая работа проводилась на базе дошкольных образовательных учреждений общеразвивающего типа МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ д/с № 86 г. Калининграда, работающих по типовой программе дошкольного воспитания и образования под ред. М. А. Васильевой.

Достоверность и обоснованность полученных результатов и сделанных на их основе выводов обеспечивается использованием валидных, надежных и апробированных в психологии психодиагностических методик, которые подобраны в соответствии с целями, предметом и гипотезой исследования; репрезентативной выборкой; применением методов статистической обработки данных с использованием программы STATISTICA 10.0.

Исследование проходило в период с 2013 по 2017 г. и состояло из следующих этапов:

– 2013–2015 гг. – проведен теоретический анализ психолого-педагогической и медицинской литературы по проблеме диссертационного исследования, составлен план-проект диссертации, разработан и осуществлен пилотажный эксперимент;

– 2015 г. – обобщен и систематизирован изученный теоретический материал, касающийся темы исследования; организована экспериментально-исследовательская часть работы;

– 2015–2016 г. – проведена интерпретация полученных в ходе эмпирического исследования данных, произведен анализ проделанной работы;

– 2016–2017 г. – разработана коррекционно-развивающая программа, осуществлен формирующий эксперимент; проведена систематизация и анализ данных, полученных в ходе экспериментально-психологического исследования; обобщены и уточнены выводы практической и теоретической части работы; оформлены результаты исследования.

Результаты исследования внедрялись в психологическую практику дошкольных образовательных учреждений г. Калининграда.

Научная новизна данной работы состоит в том, что:

– впервые проведено и описано исследование особенностей состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития;

– сформирована оригинальная исследовательская программа для оценки состояния беспомощности у старших дошкольников с задержкой психического развития;

– впервые на основе биопсихосоциальноэтической модели развития человека разработана и апробирована программа коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством внедрения системы формирующих мероприятий и включения в этот процесс всех основных субъектов социальной ситуации развития ребенка.

Теоретическая значимость. В работе отражен анализ практических исследований и теоретических подходов к изучению состояния беспомощности, а также социально-психологических факторов формирования феномена «выученная беспомощность» у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, что позволяет расширить представления о научных достижениях в рамках представленной проблемы и осветить новые перспективы и способы возможности улучшения психологического статуса старших дошкольников с задержкой психического развития. Теоретические положения и выводы исследования могут служить дополнением к уже имеющимся разделам медицинской психологии (раздел «Патопсихология детского возраста»), благодаря содержащемуся в исследовании материалу, который показывает взаимосвязь наличия состояния беспомощности и задержки психического развития, а также раскрывает степень влияния стиля материнского отношения и фиксированных форм материнского поведения на формирование беспомощности детей с задержкой психического развития.

Практическая значимость. Описание выявленных особенностей формирования беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, а также влияния материнского отношения и фиксированных форм поведения в семье на формирование беспомощности имеет практическую значимость для специалистов, осуществляющих обучение и воспитание дошкольников с задержкой психического развития, то есть для работников образования и здравоохранения.

Предложенная коррекционная программа представляет практическую значимость в сфере коррекции семейных отношений, коррекции состояния беспомощности у старших дошкольников, позволяет нормализовать семейные отношения и тип родительского (материнского) отношения к ребенку.

Примененная в исследовании система диагностических мероприятий по выявлению каждого компонента беспомощности, содержащая качественные характеристики высокого, среднего и низкого уровней развития для каждой составляющей, а также программа коррекции данного состояния активно используется в рамках психолого-педагогического сопровождения детей с задержкой психического развития на базе МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ

д/с № 86 г. Калининграда, работающих по типовой программе обучения и воспитания под редакцией М. А. Васильевой. Представленный материал используется на курсах повышения квалификации работников образования в рамках семинаров и тренингов для специалистов, работающих в ДООУ г. Калининграда.

Положения, выносимые на защиту:

1. У детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития наблюдается особое временное, преходящее, нестабильное состояние беспомощности, имеющее специфическое содержание эмоционального, волевого, когнитивного и мотивационного компонентов.

2. Семья, являясь наиболее важным и значимым фактором в формировании ребенка, сталкиваясь с ситуацией специфического развития ребенка, имеет тенденцию к изменению нормального стиля семейного воспитания и уходу в дисгармоничный стиль отношений с ребенком. Данный переход от обычного и нормального стиля семейного воспитания к дисгармоничному выражается в фиксированности семейных форм поведения. Измененный психологический климат в семье, вопрос семейной закрытости после постановки диагноза влекут за собой определенные последствия, воздействующие на ребенка. Находясь в ситуации стресса и дисгармоничного отношения матери, постоянно оказываясь в ситуации неудачи и получая негативную оценку своей деятельности, ребенок закрепляет нежелательные формы поведения, формирует пессимистический атрибутивный стиль, что влечет за собой появление беспомощности.

3. Обращение к объяснительному потенциалу биопсихосоциопсихологической модели развития человека позволяет расширить возможности коррекции состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР с позиции структурно-уровневой организации и системной детерминации.

4. Изменение типа материнского отношения, атрибуций родителей, формирование мотивации успеха, коррекция дефицитов эмоциональной, волевой, когнитивной и мотивационной сфер ребенка способствуют преодолению особого состояния в структуре личности ребенка, которое можно обозначить как состояние беспомощности.

5. Внедрение в дошкольные учреждения и психологические центры программы коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста способствует повышению в целом коррекционно-развивающего эффекта работы с детьми с задержкой психического развития.

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования были представлены на научно-практических конференциях: X городском образовательном форуме «Калининградское образование – от создания условий к эффективному результату» (Калининград, 2014); «Социально-гуманитарные технологии и коммуникации в XXI веке: теория и практика» (Калининград, 2015); международных научно-практических конференциях: «Из эпохи Гуттенберга в эпоху Интернета: каким быть образованию в XXI веке» (Калининград, 2016); «Неделя российско-немецкой психологии, психиатрии и психотерапии: проблемы психологической помощи населению в России и Германии. Теория и практика» (Калининград, 2016); «Спорт и туризм: администрирование и развитие – 2016» (Калининград, 2016); I Балтийский междуна-

родный научно-гуманитарный форум «Проблемы психологии безопасности и здоровья – теория и практика» (Калининград, 2017).

Основные результаты диссертационного исследования обсуждались на заседаниях кафедры психологии и социальной работы Балтийского федерального университета им. И. Канта г. Калининграда, на заседании методологического семинара факультета психологии Национального исследовательского Томского государственного университета г. Томска.

Материалы диссертационного исследования используются в психологической работе с детьми в МАДОУ д/с № 20 г. Калининграда, МАДОУ д/с № 86 г. Калининграда.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 10 статей, размещенных в научных журналах (из них 4 статьи в журналах, включенных в перечень ВАК) и сборниках материалов научно-практических конференций.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, трех глав с обзором литературы, описанием методов исследования и результатов экспериментально-психологического исследования, заключения, списка литературы, включающего в себя 211 источников (из них 30 зарубежных), 3 приложений. Диссертация содержит 10 рисунков и 30 таблиц (в том числе 2 таблицы в приложении). Текст диссертации изложен на 205 страницах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность представленной работы, определены объект и предмет исследования, поставлены цель и задачи, описаны методы исследования, сформулированы гипотеза, научная новизна, практическая и теоретическая значимость работы, положения, выносимые на защиту.

Первая глава «Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста как объект исследования» состоит из четырех параграфов, в которых осуществляется теоретических анализ по теме исследования. В **параграфе 1.1** «Клинико-диагностические аспекты задержек психического развития у детей 5–7 лет» рассматриваются основные особенности детей с ЗПР. Анализируются классификации ЗПР (Г. Е. Сухарева; Т. А. Власова, М. С. Певзнер; К. С. Лебединская; И. Ф. Марковская; В. В. Ковалев).

На основании логико-теоретического анализа формируется рабочее определение ЗПР – это вариант психического дизонтогенеза, к которому относятся состояния легкой интеллектуальной недостаточности, характеризующиеся замедлением темпов психического развития, личностной и эмоциональной незрелостью, нарушениями познавательной деятельности; обусловленные неблагоприятными условиями семейного воспитания, соматическими заболеваниями, энцефалопатиями, различными формами инфантилизма, отставанием в развитии отдельных компонентов психической деятельности, дефектами анализаторов; имеющие тенденцию к положительной динамике при хорошо организованной реабилитационной работе.

Описывается клинико-психологическая картина ЗПР в дошкольном возрасте (Т. А. Власова; М. Ш. Вроно), включающая в себя:

- неравномерное и замедленное развитие психических функций;
- неравномерное формирование психических процессов;
- дефициты в эмоционально-личностной сфере, нарушения общих характеристик деятельности и работоспособности; интеллектуальная сфера характеризуется нарушением логических форм мышления при относительно высоком уровне формирования наглядного мышления;
- неблагоприятный перинатальный период, патология родов;
- синдром церебральной астении: повышенная утомляемость; нарастание психической медлительности или импульсивности; недостаточная концентрация внимания; расстройства настроения; сонливость; вялость; гиперактивность;
- неврозоподобный синдром (тики, энурез) и психопатоподобный синдром (расторженность влечений, лживость, агрессивность).

Анализируются основные положения Л. С. Выготского о зоне ближайшего развития, социальной ситуации развития. Показана значимость данных положений для формирования теоретических основ в разработке проблемы изучения детей с задержкой психического развития.

Рассматриваются особенности развития эмоциональной, волевой, когнитивной, мотивационной сфер в норме и при задержке психического развития.

В параграфе 1.2 «Основные подходы к исследованию сущности, структуры, функций и механизмов беспомощности» анализируются различные подходы к пониманию феномена «выученная беспомощность» (М. Е. Р. Seligman; S. F. Maier, C. Peterson, B. Schwartz; B. Miller, D. Hiroto; L. Y. Abramson; J. D. Teasdale; C. S. Dweck; Н. А. Батулин; Д. А. Циринг; Е. С. Давыдова; Е. В. Забелина; О. В. Волкова). В отечественной психологии феномен выученной беспомощности рассматривается с двух точек зрения: ситуативной беспомощности и личностной. В основе ситуативной беспомощности лежит психическое состояние, которое развивается в конкретной ситуации (Н. А. Батулин). Личностную беспомощность рассматривают как устойчивое образование личностного уровня, представляющее совокупность личностных особенностей в сочетании с пессимистическим атрибутивным стилем, невротическими симптомами и определенными поведенческими особенностями. В качестве личностной характеристики беспомощность определяется как устойчивое личностное образование, сформированное в процессе онтогенеза под влиянием различных факторов (Д. А. Циринг). В настоящее время изучаются следующие аспекты личностной беспомощности: социально-психологические особенности беспомощности и самостоятельности (Д. А. Циринг, Ю. К. Мухаметова); факторы, способствующие формированию симптомокомплекса личностной беспомощности, в частности, родительские стили воспитания и травмирующие события (Е. В. Веденева, С. А. Сальева, Д. А. Циринг, И. В. Пономарева, Ю. В. Честюнина, Е. А. Евстафеева, К. Ю. Эвнина); изучается средовая природа личностной беспомощности (Д. А. Циринг, И. В. Пономарева, М. В. Овчинников, К. Ю. Эвнина). Российские психологи основное внимание уделяют поиску способов превенции и профилактики беспомощности, коррекции проявлений данного состояния. Особое внима-

ние уделяется позитивным конструкторам личности: активная жизненная позиция (В. С. Ротенберг, И. С. Коростелева); формирование уверенности в себе (В. Ромек); компетентность (Е. Е. Вахрамов); личностный потенциал (Д. А. Леонтьев); самореализация (Э. В. Галажинский, Л. А. Коростылева, И. В. Солодников); оптимизм (Т. О. Гордеева).

На основе анализа литературы выделяются отличительные черты теории атрибуций, рассматривается формирование атрибутивного стиля и его взаимосвязь с формированием беспомощности у дошкольников (М. Е. Р. Seligman; L. B. Alloy, L. Y. Abramson; K. A. Kelly; M. Mikulincer; C. Peterson; D. E. Kanouse, R. E. Nisbett, L. Ross; L. Y. Abramson; O. Marshand, M. Mikulincer; S. Nolen-Hoeksema, J. S. Girgus; Н. А. Батулин; Д. А. Циринг).

На основании логико-теоретического анализа формулируется рабочее определение состояния беспомощности – это временное, преходящее, нестабильное состояние, которое свойственно дошкольному возрасту, возникающее в качестве реакции на события.

В **параграфе 1.3** «Влияние материнского отношения на формирование беспомощности у детей старшего дошкольного возраста» раскрываются особенности родительского, и в частности материнского, отношения на возникновение состояния беспомощности у детей. В своих исследованиях Д. А. Циринг и соавторы в качестве основного средового фактора формирования личностной беспомощности определяют семью и нарушение взаимоотношений в семье. М. Селигман формирование атрибутивного стиля ребенка связывает с восприятием моделей поведения родителей, а именно матери, так как она является единственной значимой фигурой, наблюдаемой ребенком в течение всего детства. Проявлением состояния беспомощности являются и фиксированные формы поведения (в частности, формирование негативных тенденций в эмоционально-волевом развитии) (Г. В. Залевский).

О. В. Волкова определяет три этапа формирования выученной беспомощности у детей, заложенной семейным стилем воспитания:

- оценка действий ребенка извне;
- убеждение ребенка в объективности внешнего отрицательного воздействия при попытках самостоятельно инициировать деятельность;
- формирование внутреннего ощущения выученной беспомощности.

В исследованиях Д. А. Циринг и Е. В. Забелиной выявлены существенные различия между стилями воспитания беспомощных детей и самостоятельных детей. Родители беспомощных детей в большей степени проявляют неустойчивость в стиле воспитания, а матери беспомощных детей склонны к потворствованию, максимальному и некритичному удовлетворению любых потребностей ребенка.

В **параграфе 1.4** «Профилактика и коррекция беспомощности» рассматриваются основные существующие подходы к коррекции феномена выученной беспомощности в современной психологии. Особое внимание уделяется анализу психологических тренингов коррекции и превенции выученной беспомощности, среди которых указаны тренинг социальных навыков, развития самооэффективности.

Коррекция и профилактика выученной беспомощности в современной психологической науке основывается на следующих подходах:

- когнитивно-поведенческой терапии (М. Селигман);
- обучение соответствующему типу атрибуций (С. S. Dweck; Д. Гилхам; К. Рейвич; Л. Джейкокс; Н. Н. Мельникова);
- коррекция и профилактика выученной беспомощности в процессе воспитания (В. Ротенберг; В. Г. Ромек);
- идее Х. Хекхаузена (Х. Хекхаузен; Н. А. Батулин; И. В. Выбойщик);
- теории мотивации достижений (D. C. McClelland);
- психотерапевтических теориях гуманистического направления (Д. Робертс, К. Роджерс, А. Маслоу);
- интегрированный подход Д. А. Циринг.

Во **второй главе** «Теоретико-методологическое основание, методы и материалы исследования», включающей два раздела, описан методический комплекс исследования, представлена разработанная методика диагностики состояния беспомощности у старших дошкольников.

Теоретико-методологические основания исследования: положения Л. С. Выготского о социальной ситуации развития и зонах ближайшего развития, биопсихосоциально-этическая модель развития человека и представления о фиксированных формах семейного (родительского) поведения Г. В. Залевского и их связи с доминирующим типом материнского отношения к ребенку, концепция выученной беспомощности М. Селигмана позволили

- осуществить построение комплексной исследовательской программы количественной и качественной оценки особенностей состояния беспомощности у старших дошкольников и влияния фиксированных форм материнского поведения и отношения матери на его формирование в дошкольном возрасте;

- определить содержание компонентов коррекции состояния беспомощности (биологический, социальный, психологический и ценностный), положенных в основание комплексной, многоуровневой программы коррекции состояния беспомощности у старших дошкольников с задержкой психического развития.

В первом параграфе представлена подробная характеристика выборки исследования, описана процедура проведения исследования, охарактеризованы используемые методы. Подробно описана авторская методика диагностики состояния беспомощности у детей дошкольного возраста: Этологический подход в изучении поведения ребенка (Г. В. Залевский, А. А. Завертеева).

Во втором параграфе описаны принципы и направления коррекции состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР. Подробно описана программа коррекции: определены методологические основания, цели, задачи программы, принципы, подходы, уровни направленности психологического сопровождения, методы, этапы работы, организационные особенности.

В **третьей главе** «Экспериментально-психологическое исследование особенностей состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития» представлены результаты эмпирического исследования.

В **параграфе 3.1** рассматриваются особенности состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста относительной нормы и детей с задержкой психического развития.

Выраженные признаки беспомощности наблюдаются у 72,3% при анализе методики «Карта наблюдений» и 75,6% детей с ЗПР при анализе «Проблемной ситуации», в то время как в группе детей относительной нормы выраженные признаки беспомощности наблюдаются у 28% («Карта наблюдений») и 32% («Проблемная ситуация») детей. При сравнении степени выраженности состояния беспомощности в группе детей с ЗПР (n = 90) и группе детей относительной нормы (n = 50) выявлены достоверно значимые различия в показателях ($p < 0,01$): «Карта наблюдений» – угловое преобразование Фишера $\phi^* = 5,694$ при $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» – угловое преобразование Фишера $\phi^* = 5,6$ при $p < 0,01$. В клинико-психологической картине ребенка с ЗПР изначально отмечается специфика в формировании и становлении мотивационной, эмоциональной, волевой и когнитивной сфер. Эмоциональная незрелость, инфантилизм и смещение познавательного развития на более раннюю возрастную ступень, неравномерность в формировании психических процессов могут оказаться более выраженными у детей с состоянием беспомощности. В данном случае возможно изменение клинико-психологической картины ребенка с ЗПР, формирование негативных тенденций его развития.

При заполнении «Карты наблюдений» состояние беспомощности оценивалось по отдельным критериям, которые в совокупности дают представление о формировании компонентов, дефициты которых определяют состояние беспомощности. Нами выявлены достоверные различия между группой детей с ЗПР (n = 90) и группой детей относительной нормы (n = 50) по степени выраженности данных компонентов (таблица 1): дефициты изучаемых компонентов в группе детей с нормальным развитием выражены менее явно, чем в группе детей с ЗПР, однако и в той, и в другой группе отмечаются особенности изучаемых дефицитов у детей с признаками беспомощности.

Таблица 1 – Средние значения по данным методики «Карта наблюдений»

Шкалы методики	Группа ЗПР (n = 90)		Группа относительной нормы (n = 50)		t- Стьюдента	p- уровень
	Среднее	SD	Среднее	SD		
Эмоциональный компонент	15,51	12,71	31,88	12,57	7,3	0,01
Мотивационный компонент	15,21	10,88	28,14	8,88	7,2	0,01
Волевой компонент	19,15	13,53	36,3	13,83	7,1	0,01
Когнитивный компонент	18,32	13,13	32,86	13,10	6,3	0,01

Как видно из таблицы, дефициты мотивационной и эмоциональной сферы преобладают в обеих группах исследуемых детей. В эмоциональной сфере детей с признаками беспомощности отмечались плаксивость, «уход в себя», деструктивное поведение, агрессивность при условии неправильного / невозможного выполнения предлагаемого задания. В мотивационной сфере детей с признаками беспомощности отмечались следующие реакции: при начальном предъявлении заданий дети проявляли активность, готовность выполнять задание, заинтересованность, но, столкнувшись с первыми трудностями, теряли мотивацию к выполнению заданий, смещались на псевдоцель, наблюдался резкий отказ от деятельности.

Дефициты волевой и когнитивной сферы были наименее выражены в группах детей с ЗПР и детей с нормальным развитием. В волевом компоненте у детей с признаками беспомощности наблюдалась нерешительность, отсутствие инициативы при выполнении сложных заданий. Однако если задания предлагались легкие или хорошо знакомые, дети с интересом включались в работу, наблюдалась активность, смелость, решительность в выполнении заданий.

Дефицит когнитивного компонента включал в себя следующие характеристики: у детей с признаками беспомощности отмечалась сниженная познавательная активность, в речи наблюдались слова-маркеры: «не хочу», «не могу», «не умею»; отмечалась ограниченная возможность обучаться противостоению негативной тенденции и неярко выраженная способность не переносить отрицательный опыт на другие сферы жизнедеятельности.

Полученные результаты исследования позволяют определить три группы детей: дети с отсутствием признаков беспомощности; дети с умеренными признаками беспомощности; дети с выраженными признаками беспомощности. Каждая из этих групп характеризуется спецификой в формировании волевого, когнитивного, мотивационного и эмоционального компонента. Наиболее ярко дефициты компонентов беспомощности проявляются в проблемных ситуациях, что позволяет рассматривать состояние беспомощности как ситуативное проявление.

Формирование состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР чревато изменением клинико-психологической картины. В первую очередь закрепление состояния беспомощности у ребенка способствует снижению познавательного интереса и познавательной активности, что негативно скажется на развитии ребенка с ЗПР. Познавательный интерес является движущей силой в развитии ребенка. Формирование в поведении модели «результат не зависит от прилагаемых усилий» способствует снижению мотивации к выполнению нового задания, к решению поставленных перед ребенком проблемных задач.

Так как развитие ребенка с ЗПР характеризуется эмоциональной незрелостью, нестабильностью, невозможностью контролировать и анализировать свои эмоции, то постоянно получаемый негативный опыт может привести к формированию агрессивного, деструктивного поведения. В свою очередь, деструктивное поведение в клинико-психологической картине ребенка с ЗПР может привести к трудностям с адаптацией в детском саду, а в дальнейшем в школе: повышенная агрессивность, вспыльчивость, драчливость способствуют формированию коммуникативных проблем в общении со сверстниками, взрослыми – а также к недостаточному владению коммуникативными средствами, особенно при условии речевого недоразвития ребенка с ЗПР.

Состояние беспомощности будет провоцировать трудности в формировании социальных способностей, умений и навыков: неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия, неорганизованность поведения приведут к трудностям в формировании бытовых навыков и навыков самообслуживания.

Таким образом, состояние беспомощности усугубляет клинические проявления задержек психического развития и способствует возникновению негативных тенденций социально-личностного развития ребенка.

Результаты данного этапа исследования позволили выявить паттерны поведения детей с задержкой психического развития с состоянием беспомощности, определить спектр эмпирических референтов состояния беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР, обозначить тенденции негативного социально-личностного развития исследуемой категории детей.

В параграфе 3.2 описываются особенности родительского (материнского) отношения, выявляются особенности атрибутивного стиля взрослого. На данном этапе диагностический эксперимент проводился с родителями (матерями) детей. Репрезентативная выборка составила 140 испытуемых. Эксперимент состоял из батареи методик:

- опросник родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столина;
- методика стиля объяснения успеха и неудач СТОУН-В (Т. О. Гордеева, Е. Н. Осин, В. Ю. Шевяхова);
- ретролонгитюдный метод исследования: опросник для родителей (Г. В. Залевский, А. А. Завертяева).

Для семей, имеющих детей с задержкой психического развития, характерны такие особенности воспитания, как неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, установление дистанции в отношениях с ребенком. Эти особенности обуславливают формирование состояния беспомощности у детей с ЗПР. Наиболее выраженным типом материнского отношения к ребенку с ЗПР является тип, обозначенный в методике А. Я. Варга и В. В. Столина «ОРО» как «Принятие – отвержение» (высокие показатели по данной шкале говорят об отвержении ребенка) – матери видят детей слабыми, беспомощными, несамостоятельными, считают, что они не смогут добиться успеха в жизни из-за низких способностей. Шкалы «Симбиоз» и «Авторитарная гиперсоциализация» приходятся следующими по значимости. Данные шкалы отражают межличностную дистанцию в общении с ребенком и характеризуют степень контроля поведения ребенка. Матери детей с ЗПР стараются контролировать все действия ребенка, сами решают проблемные задачи, вместо того чтобы вместе с ребенком попытаться преодолеть возникающие трудности.

Статистически достоверные различия были обнаружены при анализе материнского отношения и атрибутивного стиля их поведения. Выявленная взаимосвязь между состоянием беспомощности и атрибутивным стилем матери показала зависимость между пессимистическим стилем атрибуций у матери и выраженными признаками беспомощности у ребенка.

Пессимистический атрибутивный стиль ребенка и состояние беспомощности могут быть обусловлены пессимистическим атрибутивным стилем матери, который, в свою очередь, появляется в момент постановки диагноза ЗПР ребенку, когда сильное негативное событие становится неконтролируемым и не зависящим от прилагаемых со стороны матери сил. Коррекция пессимистического атрибутивного стиля матери является важным этапом всей коррекционной работы по преодолению состояния беспомощности у ребенка.

Полученные в ходе исследования результаты позволили определить паттерны материнского поведения, влияющие на формирование состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что у детей с ЗПР более выражено проявление состояния беспомощности, детерминированное условиями семейной социализации ребенка.

В параграфе 3.3 описаны результаты коррекционно-развивающей программы.

Оценка эффективности программы осуществлялась путем сравнения экспериментальной и контрольной групп, каждая из которых представлена в количестве 45 семей. Для оценки эффективности программы были использованы методы математической статистики – t-критерий Стьюдента, для оценки значимости различий для несвязных выборок (контрольная и экспериментальная группа), результаты которых были зафиксированы после реализации программы. Также были оценены изменения в компонентах беспомощности и изменения в материнском отношении экспериментальной группы при помощи t-критерия Стьюдента и углового преобразования Фишера для связанных выборок.

Результаты по методике «Этологический подход в изучении поведения ребенка» свидетельствуют о том, что после проведенной коррекционной работы качественные изменения претерпевают все компоненты беспомощности. Были обнаружены достоверно значимые различия на этапе первичного и повторного исследования: волевой компонент ($t_{эмп} = 8,5, p < 0,01$), эмоциональный компонент ($t_{эмп} = 28, p < 0,01$), когнитивный компонент ($t_{эмп} = 28, p < 0,01$), мотивационный компонент ($t_{эмп} = 28, p < 0,01$).

Наиболее выраженной оказалась положительная динамика в преодолении эмоционального дефицита: среднее значение до коррекции составляет 14,67 баллов, после коррекции – 30,07 баллов. Преодоление эмоционального дефицита заключалось в формировании эмоциональной регуляции поведения, преодолении эмоциональной неустойчивости.

В процессе психокоррекционной работы была достигнута положительная динамика в преодолении эмоционального, волевого, когнитивного и мотивационного дефицитов. Однако сильные положительные сдвиги были отмечены не у всех детей. Задержка психического развития характеризуется разной степенью выраженности интеллектуальных нарушений и зависит от патогенеза состояний. Дети, у которых наблюдалось более стойкое нарушение развития, ЗПР церебрально-органической формы, по окончании курса коррекционной работы показали более низкие результаты в изменении дефицитов беспомощности, чем их сверстники, имеющую более легкую форму ЗПР. Значительные сдвиги у данной категории детей можно объяснить тем, что, во-первых, коррекционная работа проводилась в комплексе и была направлена не только на ребенка, но и на изменение условий и факторов, влияющих на ребенка, что показывает эффективность использования биопсихосоциоэтической модели в процессе коррекции. Во-вторых, в рамках дошкольного возраста мы говорим о состоянии беспомощности, которое проявляется как реакция на ситуацию и может измениться под воздействием благоприятных условий и факторов:

- при изменении стиля реагирования в ситуациях неудачи;
- при изменении материнского поведения;
- при изменении ситуации группового пребывания, если воспитатели начнут учитывать индивидуальные особенности ребенка с ЗПР, понимать специ-

фику данного диагноза, строить свою работу с учетом клинико-психологической картины ЗПР.

В результате проведения коррекционной работы уменьшилось количество детей с состоянием беспомощности, о чем свидетельствуют данные таблицы 2.

Таблица 2 – Выраженность признаков беспомощности до коррекции и после коррекции в экспериментальной группе

№	Группа	Методика	До коррекции		После коррекции	
			Абс. (баллы)	%	Абс. (баллы)	%
1	Признаки беспомощности отсутствуют	Карта наблюдений	7	15,6	28	62,4
		Проблемная ситуация	7	15,6	28	62,4
2	Умеренно выраженные признаки беспомощности	Карта наблюдений	5	11,1	4	8,8
		Проблемная ситуация	5	11,1	4	8,8
3	Выраженные признаки беспомощности	Карта наблюдений	33	73,3	13	28,8
		Проблемная ситуация	33	73,3	13	28,8

Количество детей экспериментальной группы с выраженными признаками беспомощности после участия в коррекционной программе значительно уменьшилось как по данным «Карты наблюдений», так и по решению «Проблемных ситуаций». Различия в данном случае высоко значимые и достоверные ($p < 0,01$) о чем свидетельствует психометрический анализ с применением углового преобразования Фишера («Карта наблюдений» $\varphi^* = 4,873$, $p < 0,01$; «Проблемная ситуация» $\varphi^* = 4,873$, $p < 0,01$).

Индивидуальная и групповая психотерапевтическая работа с семьей показала свою эффективность. В процессе занятий отмечались качественные и количественные изменения. Так, наиболее выраженным типом родительского отношения после занятий, стал тип «Кооперация» - респонденты стали поощрять активность и инициативность ребенка. Родители стали стремиться воспринимать ребенка таким, какой он есть – со всеми его особенностями. Установление необходимой дистанции в отношениях с ребенком способствовало выходу из слияния, что позволило сформировать самостоятельность у детей (таблица 3).

Таблица 3 – Особенности материнского отношения к детям с ЗПР после коррекционной работы: экспериментальная (n = 45) и контрольная (n = 45) группы

№	Тип родительского отношения	ЭГзпр		КГзпр		t-Стьюдента	p-уровень
		Среднее значение (баллы)	SD	Среднее значение (баллы)	SD		
1	Принятие–отвержение	8,42	2,12	18,67	9,57	7	0,01
2	Кооперация	8,02	1,11	3,93	1,67	14,1	0,01
3	Симбиоз	3,08	1,06	4,8	1,72	5,7	0,01
4	Авторитарная гиперсоциализация	2,46	1,01	5,09	1,46	10,1	0,01
5	Маленький неудачник	1,31	1,60	4,6	1,65	9,7	0,01

Одним из важных блоков в процессе психологической работы с родителями было изменение атрибутивного стиля. Данные по методике СТОУН-В (таблица 4) показывают положительную динамику в формировании мотивации успеха у взрослого при положительном изменении основных характеристик.

Таблица 4 – Различия по шкалам СТОУН-В в экспериментальной группе на этапе первичной и повторной диагностики

Шкала	Первичная диагностика		Повторная диагностика		t- Стьюдента	p- уровень
	Среднее значение (баллы)	SD	Среднее значение (баллы)	SD		
Общий показатель оптимизма	128,8	43,02	205,82	30,93	12	0,01
Параметр стабильности	40,93	11,8	60,5	8,25	10,9	0,01
Параметр глобальности	44,13	15,09	70,86	10,23	12	0,01
Параметр контроля	43,71	17,05	74,46	12,62	12,2	0,01
Оптимизм в ситуации успеха	60,11	18,74	91,82	13,53	11	0,01
Оптимизм в ситуации неудачи	64,56	25,18	109,74	19,97	12,7	0,01
Оптимизм в ситуациях достижения	75,8	25,21	110,5	28,78	7,5	0,01
Оптимизм в межличностных ситуациях	54,24	16,6	82,06	15,99	9,9	0,01

Значительную динамику в данных переменных можно объяснить эффективной индивидуальной работой, которая была направлена на решение личностных проблем, формирование уверенности в себе и своих силах, а также на формирование мотивации успеха.

Находясь под воздействием неблагоприятных факторов и условий (дисгармоничное отношение матери к ребенку, трудности в усвоении программы обучения, повышенное наблюдение со стороны медицинского и педагогического персонала), у ребенка повышается риск возникновения состояния беспомощности. Для превенции возникновения данного состояния встает вопрос об уменьшении негативных факторов и условий. На развитие ребенка влияет целостность системы, следовательно, для профилактики и коррекции состояния беспомощности необходимо задействовать несколько компонентов: социальный, биологический, культурный. Процесс коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста способствует не только изменению данного состояния, но и положительно влияет на снижение и редукцию ЗПР, содействуя более успешному развитию ребенка в целом.

По результатам психокоррекционной работы были отмечены следующие изменения:

1. Улучшились семейные взаимоотношения: матери стали поощрять самостоятельность, инициативность, активность ребенка, проявлять заинтересованность в его деятельности; большинство матерей отметили установление эмоционального контакта с ребенком; матери стали давать положительную оценку деятельности ребенка, стали принимать ребенка, поддерживать его.

2. Дети стали более активными, открытыми, самостоятельными, заинтересованными в различных видах деятельности.

3. Попадая в новые, незнакомые условия дети стали пытаться генерировать и получать новый опыт, а не «уходить» в состояние беспомощности.

В заключение данного параграфа представлено подробное описание клинического случая.

В **заключении** сформулированы выводы, определены дальнейшие перспективы в разработке темы исследования и предложения по использованию полученных результатов.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Состояние беспомощности – это временное, преходящее, нестабильное состояние, которое свойственно дошкольному возрасту, возникающее в качестве реакции на события. Данное состояние характеризуется наличием мотивационного, когнитивного, волевого и эмоционального дефицитов. Спектр эмпирических референтов проявляется в наличии слов-маркеров («не хочу», «не буду»), смещении на псевдоцель в деятельности, быстрой смене заинтересованности на отказ от деятельности, переносе неудачного опыта на новый вид деятельности.

2. Выявленные паттерны поведения у детей с задержкой психического развития с состоянием беспомощности проявляются в следующем:

– при выполнении знакомых заданий (при условии успешного выполнения данных заданий) отмечается заинтересованность, проявление инициативности, принятие заданий, увлеченность, готовность выполнять данные задания, высокая мотивация к выполнению заданий;

– при выполнении знакомых заданий (при условии невозможности успешного выполнения) наблюдается резкое изменение в состоянии детей при столкновении с первой неудачей: от заинтересованности, готовности выполнять задания, высокой мотивации к резкому отказу от деятельности, сниженной мотивации, уходу от деятельности;

– при выполнении незнакомых заданий отмечаются следующие реакции: замкнутость, неуверенность, боязнь ошибиться, отказ от деятельности, подавленность, тревожность, нерешительность, деструктивное поведение, смещение на псевдоцель.

3. Тенденциями негативного социально-личностного развития ребенка с ЗПР с состоянием беспомощности являются:

– в первую очередь коммуникативные проблемы в общении со сверстниками, родителями, воспитателями и учителями; слабое владение коммуникативными средствами; недостаточное речевое развитие;

– неорганизованность поведения ребенка: недостаточная целенаправленность деятельности; неумение планировать, регулировать и оценивать свои действия; недостаточно сформированный познавательный интерес;

– трудности с адаптацией сначала в детском саду, а в дальнейшем в школе;

– трудности в формировании социальных способностей, социальных умений и навыков (навыки самообслуживания, бытовые навыки).

4. У детей 5–7 лет с задержкой психического развития более выражено проявление состояния беспомощности, детерминированное условиями семейной социализации ребенка. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста формируется постепенно под воздействием нарушений в системе воспитания, травмирующих событий, наблюдения подобной стратегии со стороны значимого взрослого, фактора социального реагирования. Паттернами материнского поведения, приводящими к формированию состояния беспомощности у старших дошкольников с ЗПР, являются:

– низкая и / или неадекватная оценка способностей ребенка, незаинтересованность в действиях ребенка, подавление самостоятельности и инициативности со стороны ребенка;

– установление дистанции в отношениях с ребенком;

– преобладание авторитарного стиля в воспитании, гиперпротекция по отношению к детям;

– отсутствие мотивации успеха, наличие пессимистического атрибутивного стиля, проявление беспомощности и пассивности в действиях.

5. Биопсихосоциоэтическая модель, положенная в основу коррекционной программы, позволила сформировать работу, нацеленную на преодоление всех дефицитов состояния беспомощности. Внедрение системы формирующих мероприятий и включение в этот процесс всех основных субъектов социальной ситуации развития ребенка позволило наиболее эффективно осуществить коррекцию данного состояния.

6. Программа психологической коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста у детей с задержкой психического развития отвечает предъявленным задачам, полученные результаты до и после коррекции в экспериментальной группе, а также в сравнении с контрольной группой позволяют говорить об эффективности данной программы. Предложенная программа коррекции сказывается не только на изменении состояния беспомощности, но и на более успешном развитии ребенка, что способствует редукции ЗПР в целом.

7. Результаты апробации программы коррекции состояния беспомощности на этапе старшего дошкольного возраста позволяют предположить, что она может служить эффективным средством профилактики формирования «выученной» и «личностной» беспомощности в дальнейшем процессе онтогенеза.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ АВТОРА

Статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук:

1. Залевский Г. В. «Выученная беспомощность» как состояние у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / Г. В. Залевский, **А. А. Завертеева** // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. – 2016. – № 1. – С. 89–96. – 0,57 / 0,3 а.л.

2. Залевский Г. В. Состояние беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития и возможности его коррекции / Г. В. Залевский, **А. А. Завертеева** // Сибирский психологический журнал. – 2016. – № 61. – С. 78–90. – DOI: 10.17223/17267080/61/6. – 0,93 / 0,6 а.л.

3. **Завертеева А. А.** Основные подходы к исследованию сущности, структуры, функций и механизмов беспомощности / А. А. Завертеева // Современная наука: Актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. – 2017. – № 5–6. – С. 44–48. – 0,35 а.л.

4. **Завертеева А. А.** Паттерны материнского поведения, детерминирующие состояние беспомощности у старших дошкольников с задержкой психического развития / А. А. Завертеева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – № 4 (17). – С. 50–56. – 0,44 а.л.

Статьи в электронных научных журналах:

5. **Завертеева А. А.** Клинико-диагностические аспекты задержек психического развития у детей 5–7 лет [Электронный ресурс] / А. А. Завертеева // Форум молодых ученых: электронный международный научно-практический журнал. – 2017. – № 7 (11). – С. 237–243. – URL: http://forum-nauka.ru/domains_data/files/11/ZAVERTYaEVA%20A.A.pdf (дата обращения: 27.02.2018). – 0,5 а.л.

6. **Завертеева А. А.** Влияние материнского отношения на формирование беспомощности у детей старшего дошкольного возраста [Электронный ресурс] / А. А. Завертеева // Теория и практика современной науки : международный научно-практический журнал. – 2017. – № 7 (25). – С. 186–192. – URL: [http://modern-j.ru/domains_data/files/25/ZAVERTYaEVA%20A.A.%20\(obrazovanie%20i%20pedagogika\).pdf](http://modern-j.ru/domains_data/files/25/ZAVERTYaEVA%20A.A.%20(obrazovanie%20i%20pedagogika).pdf) (дата обращения: 27.02.2018). – 0,5 а.л.

7. Залевский Г. В. Диагностика состояния беспомощности в старшем дошкольном возрасте [Электронный ресурс] / Г. В. Залевский, **А. А. Завертеева** // Медицинская психология в России : электронный научный журнал. – 2018. – Т. 10, № 1 (48). – URL: http://mprj.ru/archiv_global/2018_1_48/nomer02.php (дата обращения: 27.02.2018) – 0,9 / 0,6 а.л.

Статья в сборнике научных трудов:

8. **Завертеева А. А.** Выученная беспомощность в структуре личности детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / А. А. Завертеева // Дни науки : сборник статей. – Калининград, 2015. – С. 232–234. – 0,21 а.л.

Статьи в сборниках материалов конференций:

9. **Завертяева А. А.** Особенности атрибутивного стиля в контексте феномена выученной беспомощности / А. А. Завертяева // Университет как центр трансфера новых технологий : материалы XV Международной научно-практической конференции. Калининград, 23–25 апреля 2015 г. – Калининград, 2015. – С. 195–198. – 0,28 а.л.

10. **Завертяева А. А.** Особенности использования средств физической культуры при коррекции феномена беспомощности у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / А. А. Завертяева // Восток – Россия – Запад. Физическая культура, спорт и здоровый образ жизни в XXI веке : материалы XIX Международного симпозиума, проведенного факультетом физической культуры и спорта Сибирского государственного аэрокосмического университета имени академика М. Ф. Решетнева. Красноярск, 25–27 декабря 2016 г. – Красноярск, 2016. – С. 454–459. – 0,43 а.л.

Издание подготовлено в авторской редакции.
Отпечатано на участке цифровой печати
Издательского Дома Томского государственного университета
Заказ № 06-0418 от «06» апреля 2018 г. Тираж 100 экз.
г. Томск Московский тр.8 тел. 53-15-28