Министерство науки и образования Российской Федерации
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
Ставропольский государственный педагогический институт
Факультет специальной педагогики
Кафедра специальной педагогики и психологии

«Мир без границ»

Материалы студенческой вузовской научно–практической конференции,
посвященной всемирному дню инвалидов
11 декабря 2009 года

Ставрополь
2009

«Мир без границ»: Материалы студенческой вузовской научно–практической конференции, посвященной всемирному дню инвалидов. – Ставрополь: СГПИ, 2009. – 109 с.

Составитель:
Козловская Г.Ю. к.психол.н., доцент, зав. кафедрой специальной педагогики и психологии
Алексеева М.Н., ассистент кафедры специальной педагогики и психологии

Рецензенты: *Е.Л. Тинькова к.в.н., доцент*
Л.Ф. Сербина д.п.н., професор

СОДЕРЖАНИЕ

Асланукова Л. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК У ДЕТЕЙ С ОНР …….....5
Бутко М. ЛЮДИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА: К ВОПРОСУ ОСМЫСЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ …....9
Гордеева Л. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ ……...13
Гореленко С. НЕТРАДИЦИОННЫЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИОННО - ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ …....20
Иванниковой Ю. ОСОБЕННОСТИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА ……...23
Калмыкова Е. ИЗУЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА …….26
Коваленко Т. ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ……..32
Колесникова В. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗПР ……..35
Корнилова М. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ……..41
Косенко Д. ОСОБЕННОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ ……..45
Кравченко Н. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ ……...48
Кудрявцева И. ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОТЯМИ ……50
Литвинова В. СТЕРЕОТИПЫ ИЗОБРАЖЕНИЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В КУЛЬТУРЕ ……54
Ложникова Г. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ ……..56
Мигачева Ю. ВВЕРХ ПО «МАЛЕНЬКИМ СТУПЕНЬКАМ» В ИНТЕГРИРОВАННУЮ ШКОЛУ: ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА ……..62
Новикова З. ЖИТЬ - ЗНАЧИТ ЧУВСТВОВАТЬ, МЫСЛИТЬ, СТРАДАТЬ... ….67
Олабенко Р. ДИАГНОСТИКА СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА ……69
Омельянчук О. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ ……..71
Пигун З. ОСОБЕННОСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ ……75
Пиденко А. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ СРЕДСТВАМИ ДЕКОРАТИВНО-ПРИКЛАДНОГО ИСКУССТВА И ХУДОЖЕСТВЕННОГО ТВОРЧЕСТВА ……78

Предыбайло А. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ……..81
Рагозянская Ю. ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ ……84
Федорова О. ИППОТЕРАПИЯ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ …….87
Фрейдес Ю. СОЦИАЛЬНОЕ ГРАЖДАНСТВО ИНВАЛИДОВ КАК ПРОБЛЕМА ПОЛИТИКИ ……..90
Цыбанева А. ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ ……..94
Чубова И. РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В КИНО ……98
Щекотихина Н. ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КАК ТЕХНОЛОГИЯ КОРРЕКЦИЙ ОТКЛОНЕНИЙ РАЗВИТИЯ ……101
Щекотихина Н. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ ……..104

Асланукова Л.
студентка группы СП2П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ТОНКОЙ МОТОРИКИ РУК У ДЕТЕЙ С ОНР

Термин «общее недоразвитие речи» (ОНР), будучи педагогическим, относится к разным речевым расстройствам с различной структурой дефекта и этиопатогенезом. Однако, по данным Е.М. Мастюковой (1990), с клинической точки зрения наибольше значение имеет ОНР, связанное с ранним органическим поражением ЦНС. Речевые нарушения, являясь одним из симптомов церебрально-органической патологии, почти не бывают изолированными и сопровождаются функциональными и органическими изменениями нервной системы [4].

В соответствии с принципом рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития (Р.Е. Левина,1968) необходимо проанализировать особенности, которые накладывает неполноценная речевая деятельность на формирование сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер.

Для детей с общим недоразвитием речи характерен различный уровень основных свойств внимания. У ряда детей отмечается недостаточная устойчивость внимания. Речевая недостаточность сказывается и на развитии памяти. При относительно сохранной смысловой, логической памяти у детей рассматриваемой категории по сравнению с нормально говорящими детьми заметно ниже возможности запоминания вербального материала, продуктивность запоминания. Нередки ошибки привнесения, повторное называние предметов, картины. Дети часто забывают сложные инструкции, элементы и последовательность предложенных заданий. У наиболее слабых детей низкая активность запоминания может сочетаться с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности. Связь между речевыми нарушениями детей и другими сторонами их психического развития обуславливает специфические особенности их мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети, однако, отстают в развитии словесно-логического мышления. Для многих из них характерна ригидность мышления. Детям с недоразвитием речи, наряду с общей соматической ослабленностью и замедленным развитием локомоторных функций присуще некоторое отставание в развитии двигательной сферы. Этот факт подтверждается анализом анамнестических сведений. У значительной части детей двигательная недостаточность выражается в виде плохой координации сложных движения, неуверенности в выполнении точно дозированных движений, снижения скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции и наиболее отчетливо в серии двигательных актов. Дети отстают от

нормально развивающихся сверстников в точном воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части. Особого внимания требует рассмотрение особенностей мелкой моторики пальцев рук. Наблюдения за тем, как ребенок застегивает и расстегивает пуговицы, завязывает и развязывает ленты, шнурки, позволяет увидеть недостаточную координацию пальцев, кисти рук, при специальных пробах более отчетливо обнаруживается резво выраженная замедленность, застревание на одной позе, пропуск отдельных элементов в другие особенности. Названные отклонения в двигательной сфере наиболее ярко проявляются у детей с дизартрией [1].

Правильная оценка недостаточности в сфере неречевых процессов в моторной деятельности необходимо для выявления закономерностей аномального развития детей с общим недоразвитием речи в тоже время для определения компенсаторного фона. Патологические проявления речевой недостаточности у детей дошкольного возраста с III уровнем недоразвития речи обусловлены совокупностью нарушения речевых средств, деятельности общения и вторично обусловленным отставанием опосредованных речью психических процессов.

Общее недоразвитие речи обычно сочетается с неврологической симптоматикой. Неврологическая симптоматика свидетельствует не только о задержке созревания центральной нервной системы, но и о негрубом повреждении мозговых структур, т.е. наиболее часто имеет место дизонтогенетически-энцефалопатический симптомокомплекс нарушений. Среди характерных нервно-психических нарушений наибольшее значение имеют гипертензионный и церебрастенический синдромы. У многих детей с системным недоразвитием речи при неврологическом обследовании выявляются различные, обычно не резко выраженные двигательные нарушения. Они характеризуются изменениями мышечного тонуса, легкими порезами, нарушениями равновесия, координации движения, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса, снижением кожной и мышечной чувствительности.

При общем недоразвитии речи отмечается различное состояние моторной функции, которое тесно коррелирует с характером и причиной речевого расстройства. Нарушение двигательной сферы касается не только общей, но и мимической моторики и орального праксиса. У детей с недоразвитием речи может обнаруживаться недостаток в мимической моторике, она не всегда связанна с речью и может быть отнесена «к малым органическим симптомам», так как в основе некоторых речевых расстройств лежит «повреждение афферентной системы кинестетических речевых клеток головного мозга», это нарушение вызывает нарушение статики и динамики речевых органов [2].

Нарушение моторной функции проявляется как:

- симптомы выпадения (невозможность производить простые предложения);

- гиперкинезы, тремор, фибрилярные и фасцекулярные сокращения в языке;

- атактические расстройства (невозможность сразу выполнять то или иное движение, выполнение упражнения удается только при зрительном контроле).

Рассмотрим особенности нарушений моторики детей с различными речевыми нарушениями, входящими в группу общего недоразвития речи. Так, Г.А. Волкова указывает, что в генезе функциональной дислалии лежит неправильное речевой окружение, физиологическая ослабленность у ребенка, выраженные невротические реакции, часто функциональная дислалия связана с некоторыми нарушениями корковой нейродинамики и ослаблением тонких дифференцировок в речедвигательном анализаторе.

У лиц с функциональной дислалией не отмечаются серьезные нарушения общей моторики, в движениях у них достаточно силы, объема, амплитуды и они целенаправленны. Лишь у части детей наблюдаются незначительные нарушения тонкой моторики. Исследования орального праксиса отмечают некоторую дискоординацию, нечеткость в работе подвижных частей артикулярного механизма. Недостаточная слаженность в работе артикулярных органов обуславливает нарушения звукопроизношения.

У ринолаликов наблюдаются нарушения общей, тонкой, производящей, лицевой и речевой моторики. Дети с ринолалией характеризуются астенизации организма, вялостью, снижением мышечного тонуса, нарушением координации, плавности движения, а также чувства ритма и темпа движений. Наблюдается выраженное расстройство мимики, амимичность, тикообразные и хореические движения лицевых мышц. Грубо страдают все отделы периферического речевого механизма, дыхание (физиологическое и речевое), фонация, артикуляция. Голосовыдыхаемая струя воздуха расходуется крайне не экономично, особенно при открытых расщелинах. Недостатки нервно-мышечного, дыхательно-жевательно-глотательного аппарата компенсируется усиленной работой здоровых частей ротовой полости, в первую очередь – языка. Вследствие усиленной работы языка главным образом – корня и боков – является его неправильное развитие и функционирование [3].

У дизартриков независимо от большого количества клинических форм – в их основе лежат патологически тонические мышечные реакции, нарушения в координации производящих движений и нормального мышечного взаимодействия, постепенное развитие контрактур и деформации следствие создания патологически двигательных стереотипов как в общей, так и в речедвигательной моторике. У людей с расстройствами голоса – нарушения двигательной сферы вторичные, в силу переживания своего дефекта у больных появляется скованность, стеснительность, робость в поведении. Движения становятся скованными и неловкими.

Патология премоторных зон коры, которая вызывает эфферентную моторную алалию, оформляет не только картину речевого недоразвития, но и картину психической деятельности ребенка. Трудности контакта с окружением, легкую тормозимость в новой, в непривычной обстановке, часты реакции негативизма, склонность к образованию стереотипии, отрицательное отношение к новому, трудное переключение с одной деятельности на другую, медлительность всех психических процессов, скованность, неловкость моторики. У детей наблюдаются нарушения координации, переключаемости общих движений, тонкой производящей моторики пальцев, орального праксиса, вследствие кинестетической апраксии.

Особенности клинико–патологической структуры аномалий двигательной сферы обусловлены недостаточным различием отделов ЦНС. При поражении подкоркового уровня организации движений наблюдается нарушение тонуса, ритмичности, выработке первичных автоматизмов и выразительных движений. При поражении кортикальных отделов страдает сила, точность движений, формирование предметных действий. Большое значение в формировании общего психомоторного развития имеет нарушение тонуса, которое обеспечивает настройку движения, его стойкость и стабильность. При нарушении тонической функции в раннем возрасте нарушается формирование ряда рефлексов, обеспечивающих удержание головы, сидение, стояние, сохранность позы, позже нарушение тонуса влияет на работоспособность. Французский ученый Валлон показал, что патологический гипотонус приводит к снижению всех психических функций. Та же картина при патологическом гипертонусе, где наблюдается общая недостаточная пластичность. Нарушается и письмо, из–за напряженности рук буквы распадаются на отдельные элементы, часто возникает явление микрографий. Фиксация внимания на трудностях письма приводит к многочисленным ошибкам – это может служить диагностическим показателем. Иногда дефект тонуса связан с патологической аффективности сферы [2].

Нарушение формирования автоматических действий обусловлено недостаточностью подкорковых образований и проявляется в асинхронности движений рук и ног, при ходьбе, в мимике и движений отвечающих за выразительность речи. При поражении кортикального уровня наблюдается различная симптоматика, зависящая от локализации поражения. При поражении ядерных зон сенсомоторных отделов страдают отдельные комплексы движений. При патологии премоторных и постцентральных отделов наблюдаются нарушения целостности двигательных актов, объединяемых под названием апраксия.

Таким образом, общее недоразвитие речи, являясь сложным системным дефектом, вызывает нарушение всех компонентов, как речевой деятельности, так и психической деятельности детей в целом. Становится ясно, что формирование графических навыков у детей с общим недоразвитием речи является чрезвычайно сложной задачей и требует особого подхода, специальной

организации коррекционно - образовательного процесса. Поскольку развитие моторики и экспрессивной речи происходит у ребенка в тесном отношении физиологического и анатомического единства, то под влиянием психокоррекционной работы моторика и речь могут изменяться почти параллельно друг другу (основной принцип логопедической работы – принцип двигательно-кинестетической регуляции).

Список литературы

1. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. - М.: 1985.
2. Галкина В.Б., Хомутова Н.Ю. Использование физических упражнений по развитию мелкой моторики пальцев рук при коррекции нарушений речи у учащихся начальных классов.// Дефектология, 1999, № 3.
3. Дудьев В.П. Средства развития тонкой моторики рук у детей с нарушениями речи.// Дефектология, 1999, № 4.
4. Евдокимова Л.А. Исследование двигательных функций руки у старших дошкольников с ОНР //Проблемы подготовки специалистов по коррекционной педагогике и специальной психологии. – ч. 2. – Курск, 1998.
5. Фонарев М.И. Развитие движений ребенка – дошкольника.- М., Просвещение, 1975

Бутко М.
студентка группы ПП 2 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Чуприна А.А.

ЛЮДИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА: К ВОПРОСУ ОСМЫСЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

В настоящее время достаточно остро стоит проблема социологического изучения людей с инвалидностью как особой социальной группы. Во многом это обусловлено не только научными и практическими потребностями, но, в большей степени, теми трансформационными процессами в современном обществе, которые усиливают расслоение населения, социально-статусную дифференциацию, изменение социальной структуры общества.

Наблюдающаяся сегодня в российском обществе нисходящая мобильность людей с инвалидностью, по мнению учёных, может привести к социальной нестабильности [1, с.125]. Если говорить о проблеме личностной и социальной самореализации этой группы населения, то следует заметить, что в настоящее время лишь небольшая часть людей, имеющих проблемы со здоровьем, может получить высшее образование, найти работу, создать семью.

Данная проблема недостаточно изучена на сегодня, даже, можно сказать, находится на стадии своего обозначения, но большинство современных исследователей (Л.Г. Камсюк, Т.С. Алфёрова, О.А. Потехина,

Н.Ф. Дементьева, Э.И. Танюхина и другие) выделяют одну существенную особенность, заставляющую каждого человека и общество всерьёз задуматься о решении проблемы людей с инвалидностью, их интеграции. Так, по данным социологических исследований, сегодня в нашем обществе процент людей, имеющих инвалидность превышает процент трудоспособного населения. Этот факт ставит данную проблему в ряд наиболее актуальных на современном этапе развития общества, заставляет задуматься о том, что происходит с человеком и обществом в современных условиях. Почему это имеет место? Что можно предпринять для решения проблем людей с инвалидностью? Ведь немалый процент людей с инвалидностью – это люди, родившиеся здоровыми, но ставшие больными в процессе своей жизни. Почему сегодня столь высок процент детей-инвалидов? Причём, с каждым годом количество детей-инвалидов увеличивается.

Конечно, обозначенный круг вопросов очень широк, чтобы ответить на них в рамках одного доклада, даже конференции. Сегодня, всё общество и человечество стоит у черты антропологического взрыва, несмотря на все достижения научно-технического прогресса, призванные улучшить и, во многом, облегчить жизнь людей. Поэтому человеку необходимо серьёзно задуматься, может быть, во многом переосмыслить те противоречивые процессы, происходящие в обществе и в жизни каждого индивида.

Что касается проблемы детей-инвалидов, то применительно к её решению в области коррекционной педагогики, которая развивалась ещё до того, когда в 1980 году было введено понятие «ребёнок-инвалид», были достигнуты серьёзные успехи и наработки отечественными специалистами. Среди них в первую очередь следует назвать имена таких учёных, как Л.С. Выготский, С.Я. Рубинштейн, А.Р. Лурия, А.Г. Литвак, Н.Н. Малофеев и другие.

Но сегодня этого становится недостаточно, поскольку в условиях современного, столь динамично и непредсказуемо развивающегося общества, необходимо направить усилия на обеспечение социализации детей-инвалидов в обычных условиях общества, минимизировать возможные трудности этого процесса.

Следует заметить, что успешность социализации людей с инвалидностью определяется действиями как объективных, так и субъективных факторов. Так, в числе субъективных факторов можно выделить преобладание соотношения биологической и социальной дезадаптированности, отношение самого индивида к своей инвалидности, его личностное мировосприятие, мироощущение, миропонимание и осмысление, которые, во многом определяют личностный ресурсный потенциал. Немалую роль играют, также, взаимоотношения в семье. В качестве объективных факторов среди наиболее значимых исследователи выделяют наличие негативных стереотипов в социуме.

Как отмечают отечественные исследователи, в современном обществе имеет место «запаздывание востребованных изменений в функционировании

социальных институтов в соответствии с возрастающей социальной активностью людей с инвалидностью и возникающими социальными практиками в сфере инвалидности» [2, с.120].

В последнее время стало уделяться больше внимания вопросам социально-бытового обеспечения, предоставления социальных услуг людям с инвалидностью, вопросам обеспечения их социокультурной реабилитации и спортивно-досуговой деятельности. Эти вопросы очень серьёзно обсуждаются в научных исследованиях, но, что касается их решения в практической жизнедеятельности общества, то они требуют более активного внимания.

Современные учёные занимаются разработкой вопросов обеспечения безбарьерной среды жизнедеятельности инвалидов, что находит отражение в исследованиях И.И. Рыбаковой, Ю.В. Колосова, Е.Г. Леонтьевой, В.С. Ткаченко и др. [3].

На первый план в преодолении субъективных факторов проблемы инвалидности сегодня выступает разработка способов укрепления психологической устойчивости людей с инвалидностью, налаживания социально-психологических отношений в обществе. Если это дети дошкольного и школьного возраста, то большое внимание отводится вопросам психолого-педагогического сопровождения развития и воспитания таких детей.

Немаловажное значение в условиях современного общества имеют вопросы реабилитации детей-инвалидов, в которых, помимо обозначенных выше проблем, находят решение, также, проблемы изучения ближайшего окружения, условий семейного влияния, возможностей и особенностей воспитания детей-инвалидов.

Следует признать, что в обозначенном контексте проблема людей с инвалидностью, как социальная проблема, заключается в том, что таким людям, которые, характеризуются особенными психофизиологическими свойствами, в силу объективных условий, имеющихся в обществе, во многом, затруднительно, а иногда и вовсе невозможно использовать свой потенциал для обеспечения собственного существования и для содействия жизнедеятельности общества.

Поэтому сегодня обсуждаются вопросы интеграции людей с инвалидностью в российском обществе и основной целью интеграционных процессов является обеспечение комплекса услуг, позволяющих людям с инвалидностью поддерживать свое жизнеобеспечение при одновременном сохранении социального положения, которое человек занимал до наступления инвалидности, или которое он смог занять в период, предшествующий инвалидности.

Учёными сегодня разрабатываются такие модели, которые объединяли бы в себе интеграционный и реабилитационный аспекты решения проблем людей с инвалидностью. Социальное поведение может включать определённую общественную активность, в том числе и участие в общественном производстве, политических процессах, досуговой и

творческой деятельности. Это способствовало бы обеспечению регуляции взаимоотношений людей с инвалидностью и общества.

Как свидетельствуют социологические опросы, проведенные среди людей с инвалидностью в Ставропольском крае, то результаты показывают преобладание ожидания экономической независимости, связанные с надеждами на достаточно высокие доходы, которые позволяли бы получить свободу в приобретении различных товаров и услуг. По представлениям респондентов такая независимость должна стать следствием высоких пенсий и пособий [4].

Что касается пространственной независимости людей с инвалидностью, то она предусматривает доступность инфраструктуры населенных пунктов, свободный выбор места жительства и передвижения. Следует признать, что хотя такая форма поддержки людей с инвалидностью очень популярна, непосредственно физические барьеры ограничивают жизнедеятельность сравнительно небольшого круга людей.

Таким образом, проблема людей с инвалидностью сегодня требует комплексного подхода к обеспечению социальной независимости, востребованности социальных услуг и всего того, что способствует формированию образа жизни человека. К таким услугам относятся, прежде всего, следующие:

- свобода выбора при приобретении продуктов питания и одежды;
- свободный выбор видов и места лечения;
- свободный выбор форм и способов образования;
- свободный выбор видов профессиональной деятельности и места работы;
- свободный выбор места и видов отдыха;
- свободный выбор брачных партнёров и планирование семьи;
- свободный выбор форм, объемов и времени получения социальных услуг.

Конечно, следует признать, что для обеспечения такой поддержки людей с инвалидностью необходимы усилия всех общественных инфраструктур.

Список литературы

1. Алейник, А.Л., Шаповалов, В.К., Гапич, А.Э. Факторы социальной мобильности людей с инвалидностью в современном российском обществе. // Л.А. Алейник, В.К. Шаповалов, А.Э. Гапич // Интеграция людей с инвалидностью в российское общество: теория и практика. – М.: Муравей, 2006.

2. Алейник, А.Л. Взаимоотношения между людьми с инвалидностью и без инвалидности как фактор социальной мобильности // А.Л. Алейник. XI научно-техническая конференция «Вузовская наука – Северо-Кавказскому региону». Т. 2. Общественные науки.- Ставрополь, 2007.

3. См.: Ткаченко, В.С. Проблемы интеграции людей с нетипичными социофизиологическими свойствами в общество // Интеграция людей с инвалидностью в российское общество: теория и практика // Под ред. В.К. Шаповалова. – М.: Муравей, 2006.; Ткаченко, В.С., Симен-Северская, О.В. Инвалидность как социальный институт // Интеграция людей с инвалидностью в общество: теория и практика // Под ред. В.К. Шаповалова. – М.: Муравей, 2006.

4. Цитпо: Ткаченко, В.С. Общественная самооценка нуждаемости в социальной поддержке // Бюллетень Канадско-Российской программы по инвалидности «Мы вместе». – Ставрополь: СевКав ГТУ, 2006; См.: Ткаченко, В.С. Перспективы приобретения инвалидами России независимости в жизни // Инвалидность в контексте становления гражданского общества в России. Материалы Международной конференции 26-27 октября 2006 года. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2006.

Гордеева Л.
студентка группы ПП 4 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Прилепских О.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ

В настоящее время процесс социализации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. раскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социализации.

Однако проблемы социализации инвалидов, особенно детей-инвалидов в отечественной литературе все еще не являются предметом специального исследования. Хотя проблема социализации детей, подростков и взрослых с нарушениями психического и физического развития весьма актуальна и в теоретическом, и в практическом отношении.

По оценкам ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность. Согласно официальной статистике, в России проживает около 10млн. инвалидов, по оценке Агентства социальной информации не менее 15млн. Официальная статистика учитывает численность инвалидов, имеющих непросроченное свидетельство об инвалидности, в то время как к ним можно также отнести людей, подпадающих под определение инвалидности, но не знающих об этом или не оформивших соответствующий статус. В 1996г. в России официально зарегистрированных насчитывалось более 6,2 миллионов человек (4,2% населения).

Инвалидность у детей определяет существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании,

общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.д.).

Понятие «социализация» неоднозначно понимается в зарубежной и отечественной социологии. На Западе этот термин получил широкое распространение после опубликования американским социологом Ф. Гиддингсом книги «Теория социализации» (1897), где этот феномен рассматривался как процесс и результат развития социальных качеств человека в условиях его приспособления к требованиям окружающей среды. Вместе с тем различные модели социализации утверждались и как институциональные нормы, образцы формирования тех или иных личностных качеств, векторов воспитательного процесса [1]. В аналогичных толкованиях феномен социализации исследовался в трудах М. Вебера, Э. Дюркгейма, Р. Мертона, Э. Фромма, Т. Шибутани и ряда других авторов - социальных психологов и социологов. Наиболее полно сущность понятия социализации раскрыта в работах американского социолога Т. Парсонса в контексте его «теорий социального действия» В основе социализации, по его мнению, изначально лежит генетически данная пластичность человеческого организма и его способность к обучению [2]. Ранние стадии этого процесса повсеместно протекают в пределах родственных коллективов и, особенно - в нуклеарной семье. По своей сути социализация проявляется как момент всесторонней интернетизации индивида человеческой общностью. Примерно с таких же позиций феномен социализации рассматривается и в зарубежной социальной психологии (Г. Лебон, В. Вундт, Ж. Пиаже, А. Левин, Ж. Дюпо и др.).

В отечественной психологии и социологии термин «социализация» толкуется в традиции социокультурного интеграционизма, заложенным П.А. Сорокиным. Ярко выраженная особенность такого подхода проявляется в стремлении сделать принципиальный шаг вперед от натуралистических концепций позитивистского эволюционизма европейской психологической школы к взглядам на общество в качестве доминирующего фактора социализации личности. Вместе с тем такой подход отнюдь не умалял значимости природных, психофизиологических свойств индивида, поскольку автор рассматривал личность в единстве её телесных и социальных качеств. Особо ценной чертой отечественного социологического подхода является стремление исследовать этот феномен в единстве и органической взаимообусловленности биологической, психической и социальной природы человека, а также целостной, системной его связи с факторами социальной среды. Со стороны личности социализация видится как процесс статусно-ролевого освоения индивидом предложенных ему социальных функций [4]. Процесс социализации - это процесс взаимодействия личности и общества. Человек является и объектом (поскольку испытывает на себе воздействие со

стороны общества, различных социальных институтов и т.д.), и субъектом (так как он ставит перед собой определенные цели и выбирает средства для их достижения) процесса социализации. Но человек может стать и жертвой этого процесса. Виды жертв неблагоприятных условий социализации многочисленны. Это связано с тем, что процесс социализации осуществляется под воздействием различных факторов, влияние которых на человека неоднозначно, порой противоречиво, таким образом, можно говорить о наличии различных видов жертв социализации. Реальные жертвы неблагоприятных условий социализации - инвалиды.

Оценка людей по их внешнему виду и по умственным способностям характерна для нашего образа жизни. Предрассудки являются составной частью нашей социальной структуры, и попытки избавиться от них могут вызвать глубокое внутреннее сопротивление. Знание физического или психического состояния индивида нельзя отрывать от понимания его индивидуальности. А это значит, что принятие клинического подхода может создать непреодолимую пропасть между знаниями и интересами родителей, детей и специалистами, с которыми они имеют дело. Под диагногенезом Гибсон понимает такой процесс «навешивания» ярлыков, при котором приписывание человеку каких-либо отклонений в развитии или расстройств, усиливает эти отклонения или даже создает эти отклонения или расстройства. Проявляемое обществом великодушие по большей части гарантирует адаптацию новых граждан, которыми их неприятие трактуется, как результат намеренной дискриминации. Примеры систематической борьбы с сегрегацией в отношении людей с низкими способностями, крайне редки, хотя случаи успешной интеграции школьников с самыми различными недостатками развития свидетельствуют о возможности включения таких детей в систему обычных школ, безотносительно к глубине недостатка их развития, при соответствующих планировании и методиках обучения. Знание о том, кто может быть принят в обычные школы, еще не определяет решения о том, кто их должен посещать.

Почему же инвалиды относятся к жертвам неблагоприятных условий социализации? Какие проблемы возникают в процессе их социализации, вернее, детей-инвалидов? Прежде всего, это социальные проблемы: недостаточные формы социальной поддержки, недоступность здравоохранения, образования, культуры, бытового обслуживания, отсутствие надлежащей архитектурной среды и т.д. Среди них можно выделить проблемы различного уровня: макро-, мезо-, микроуровень.

Социальные проблемы первого порядка - это проблемы, затрагивающие общество в целом. Этот комплекс проблем решается усилиями всего общества и государства, направленных на создание равных возможностей для всех детей. Одной из наиболее существенных проблем этого порядка является отношение общества и государства к лицам с отклонениями в развитии. Это отношение проявляется в различных аспектах: в создании системы специального образования, обучения, в создании архитектурной среды, в создании системы доступного здравоохранения и т д.

Социальные проблемы второго порядка, связаны с региональными условиями с наличием или отсутствием спецшкол, специальных реабилитационных центров, специалистов-дефектологов в местах проживания семей, где есть ребенок-инвалид. Поскольку специальные образовательные учреждения распределены по стране крайне неравномерно, то дети-инвалиды часто вынуждены получать образование и воспитание в специальных школах интернатах. Попадая в такую школу, дети инвалиды оказываются изолированными от семьи, от нормально развивающихся сверстников от общества в целом. Аномальные дети как бы замыкаются в особом социуме, вовремя не приобретают подлежащий социальный опыт. Закрытость специальных образовательных учреждений не может не сказаться на развитии личности ребенка на его готовности к самостоятельной жизни. Традиционализм, характерный для учебных заведений, как правило, проявляется в ориентации школ на привычные для инвалидов профессии слесарь, столяр, швея и т.д., хотя они порой далеки от их реальных возможностей. Кроме того, не обновляются методы и формы профориентационной работы. Хотя новые, изменившиеся условия жизни позволяют ставить проблему получения инвалидами современных престижных профессий; кроме того, осуществлять профессиональную подготовку по тем видам труда, в которых есть потребность в данном регионе, при наличии нескольких спецшкол и большого количества выпускников организовать центры занятости для инвалидов. Специалисты регулярно проводят учет новорожденных с той или иной, пусть даже слабо выраженной психоневротической патологий, позволяющей отнести ребенка к «группе риска». Профилактика носит самый активный характер, и осуществляется в тесном контакте психоневрологов, медиков, педагогов, социологов с родителями. Итогом переживаний родителей становятся установки на «оранжерейное» воспитание больного ребенка, предполагающее его гиперопеку и формирующее маленьких эгоистов и домашних тиранов, или, наоборот, на депривацию материнского отношения и родительских забот. В некоторых семьях происходит скрытое или явное эмоциональное отвержение его.

Социализация происходит в микросоциуме (семья) и в макросоциуме (общество) [3]. Ребенок, поставленный лицом к лицу только с родителями и врачами, у которых одна доминанта - его болезнь, постепенно изолируется от общества, и уж тут ни о каком его воспитании и тем более развитии речи быть не может.

Атмосфера совершенствования поведения ребенка с ограниченными возможностями предполагает развитие системы инновационных социологических служб, ориентированных на детей с ограниченными возможностями, открывающих им доступ к образованию, труду, спорту, искусству, широкому общению.

В рамках Федеральной комплексной программы «Дети России», распространяющейся на все детское население Российской Федерации предусмотрена такая программа как «Дети-инвалиды» [5]. Цель данной

программы – «выравнивание» возможностей ребенка, имеющего инвалидность, приближая их к возможностям других детей, возможность полного и активного участия в жизни общества.

Социальная политика в России, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Исходя и этой модели, инвалидность рассматривается, как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, ослабляет его социальную значимость, обособляя его от нормального здорового детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекая на признание своего неравенства, неконкурентоспособности по сравнению с другими детьми. Медицинская модель определяет и методику работы с инвалидом, которая имеет патерналистский характер и предлагает лечение, трудотерапию, создание служб, помогающих человеку выжить, заметим – не жить полнокровной жизнью, а именно выжить. Следствием ориентации общества и Государства на эту модель является изоляция ребенка с ограниченными возможностями от общества в специализированном учебном заведении, развитие у него пассивно-иждивенческих ориентаций.

Термин «инвалид» в силу сложившейся традиции несет в себе дискриминационную идею, выражает отношение общества, выражает отношение к инвалиду, как к социально бесполезной категории. Понятие «человек с ограниченными возможностями» в традиционном подходе ярко выражает дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей.

Такая парадигма в корне меняет подход к триаде «ребенок – общество - государство». Суть этого изменения состоит в следующем: главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, а ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию. Эта проблема является результатом не только субъективного фактора, каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которое санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

Программа предполагает следующие положения:

- Ребенок, имеющий инвалидность – часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни.
- Ребенок, имеющий инвалидность может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей.
- Ребенок – не пассивный объект социальной помощи, а

развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.

- Государство призвано не просто предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих нивелировать ограничения, препятствующие процессам его социализации и индивидуального развития [6].

Исходя из этой парадигмы, цель работы – содействие в улучшении качества жизни ребенка, имеющего инвалидность, защита и представление его интересов, в различных кругах, создание условий для выравнивания возможностей детей и подростков, что отличает их интеграцию в общество и создает предпосылки для независимой жизни.

Задачами программы являются:

- Развитие творческих возможностей
- Пробуждение социальной активности, деятельности подростка, который традиционно воспринимался обществом, как больной, нуждающийся в милосердном отношении людей.
- Воспитание чувства собственного достоинства.
- Стремление к самоопределению
- Формирование способности к выбору жизненной позиции, а не довольствование ролью пассивных потребителей льгот и привилегий, стремление к активному участию в преобразованиях, направленных на улучшение жизни общества.

Для решения назревших проблем детей-инвалидов разработана концепция «независимой жизни» [5]. Основанием появления данной концепции является:

- Неприятие медицинской проблемы инвалидности, которая воспринимается инвалидами лишь в двух социальных ролях – «пациента» и «потребителя определенных льгот».
- Анализ жизнедеятельности детей и семей, имеющих детей – инвалидов.

Основная идея данной концепции заключается в том, что человек, имеющий инвалидность, имеет право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как все другие люди. Помочь ему реализовать это право призвана система социальных служб, которой пока в государстве нет, но которая создается и апробируется. Независимая жизнь - предполагает снятие зависимости от проявлений недуга, ослабление ограничений, им порождаемых, становление и развитие самостоятельности ребенка, формирование у него умений и навыков, необходимых в повседневной жизни, что должно дать возможность интеграции, а затем активного участия в социальной практике, полноценной жизнедеятельности в обществе. Необходимо снять страх ребенка перед недоступной средой, раскрепощая его и высвобождая его духовные и

физические силы, направляя их на развитие и проявление способностей и талантов.

Социальные проблемы третьего порядка - это проблемы, затрагивающие ближайшее окружение ребенка-инвалида и, прежде всего его семью. Трудности семей, в которых воспитываются дети-инвалиды, существенно отличаются от тех забот, которые волнуют обычную семью Больной ребенок требует несравнимо больше, чем здоровый, материальных, духовных и физических затрат. Люди из семей этой категории становятся малообщительными, избирательными в общении Они сужают круг своих знакомых и ограничивают общение с родственниками. Это связано с состоянием ребенка, а также с личностными установками родителей. К детям-инвалидам в семьях, как правило, предъявляется заниженные требования, санкции, запросы. Проявляется гиперопека, гиперпротекция. Ребенку обычно не предоставляется возможности проявить собственную активность. Это способствует закреплению инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности и т. д., что влечет за собой трудности общения, установления межполовых контактов и т.д.

Таким образом, проблемы, которые возникают в процессе социализации детей инвалидов в семье, многообразны: социальные, экономические, психологические и другие. Они отражают в себе проблемы более широкого характера. Но, семье самой трудно справиться с целым комплексом проблем, связанных с воспитанием ребенка-инвалида. Поэтому необходима помощь специалистов: реабилитологов, психологов, медиков, социальных работников, которые могут оказать помощь и поддержку, как родителям, так и детям в кризисных ситуациях. Идея «независимой жизни» должна стать ядром концепции программы социализации, которой будут руководствоваться реабилитационные центры. Суть этой идеи можно выразить двумя тезисами: человек, имеющий инвалидность, имеет право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как все другие люди; помочь ему реализовать это право призвана система инновационных социальных служб, открывающая доступ детям - инвалидам во все сферы жизнедеятельности.

Список литературы

1. Гиддингс, Ф. Теория социализации [Текст] / Ф. Гиддингс – М.: 1997. – 250 с.

2. Парсонс, Т. Общий обзор // Американская социология: Перспективы, проблемы, методы [Текст] / Т. Парсонс - М.: 1972. – 360 с.

3. Андреева Г. М. Социальная психология [Текст] / Г. М. Андреева - М.: 1998.- 225 с.

4. Сорокин П.А. Система социологии [Текст] / П.А. Сорокин - М.: 1993.

5. Международная защита прав и свобод человека: сборник документов [Текст]. - М.: 2005.

6. Декларация о правах инвалидов [Текст]. - 1975.

Гореленко С.
студентка группы СП 6 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Колпакова Н.А.

НЕТРАДИЦИОННЫЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИОННО - ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

К нетрадиционным здоровьесберегающим технологиям мы относим такие технологии, как фитотерапия, ароматерапия, арт-терапия и др. Рассмотрим данные виды технологий наиболее подробно.

Ароматерапия. Эфирные масла определенных растений используются в ароматерапии, так как способствуют гармонии тела, разума и души. Предположительно терапевтический эффект заключается в их воздействии на гормоны и другие важные биохимические частицы в организме.

История использования эфирных масел восходит, по крайней мере, к 4500г. до н. э. В те времена египтяне изготовляли из них духи и лекарственные препараты. Парфюмерия в Древнем Египте была тесно связана с религией: каждому из сонма богов предназначался определенный аромат. Жрецы применяли эфирные масла и при бальзамировании. Остатки этих веществ можно обнаружить в мумиях, возраст которых достигает 3000 лет.

Фитотерапия. Фитотерапия - метод оздоровления с использованием лекарственных трав и препаратов из них, соков фруктов и овощей. Соки - это продукты питания, как бы специально созданные природой для людей, страдающих конкретными болезнями. Они представляют собой природные лекарственные средства и способствуют укреплению здоровья, придают нам бодрость и энергичность, повышают нашу жизнеспособность. В силу естественного происхождения растительных продуктов их сильные лечебные свойства не вызывают побочных эффектов. Современные медицинские исследования подтверждают их уникальную способность лечить и предупреждать большое число болезней. Растительные плоды содержат огромное количество целебных для растущего организма школьника веществ. Природа предлагает нам эти вещества в готовом виде.

Многовековой опыт показывает, что лекарственные травы, соки фруктов и овощей оказывают существенный положительный эффект на профилактику и лечение многих заболеваний и могут успешно использоваться в общеобразовательных учреждениях. Внедрение фитотерапии в школе следует начинать с разъяснительной работы среди педагогов, учащихся и их родителей. Желательно, чтобы непосредственной организацией занимались специалисты, имеющие практический опыт. Система оздоровления по данной методике в школе включает:

прием напитков поливитаминного состава в течение 2-4 недель осенью и весной;

прием по назначению медперсонала школы общеукрепляющих чаев из лекарственных трав, обязательно осенью;

фруктовых и овощных соков в течение года.

Использование данной методики позволяет избежать утомления детского организма в весенний период, уменьшить заболеваемость и повысить эффективность учебы.

Арт-терапия. О способности искусства оказывать и целительное, и воспитывающее воздействие на человека в целом, формировать и развивать его как личность, мы находим сведения в трудах древних философов Платона, Аристотеля и др. Мыслители создали целые системы формирования качеств личности средствами искусства, воздействия ими на человека с целью коррекции психоэмоционального состояния. Идеи древних философов развиваются современными учеными: М.А. Вейт, Л.И. Глазуновой, Д.Б. Кабалевским, А.С. Петелиным и др.

В педагогической практике эти возможности искусства определяют понятием «арт-терапия» (Л.Д. Лебедева и др.). Педагоги используют арт-терапию в образовании в качестве фактора социализации ученика, оптимизирующего педагогические условия формирования здоровой самоактуализирующейся личности. Таким образом, сущность арт-терапии в образовании состоит в поддерживающем, исцеляющем, возвышающем и развивающем воздействии искусства на ребенка, организованном учителем.

Эта деятельность педагога направлена на оказание ребенку помощи в формировании отношения к самому себе, своему здоровью, своих отношений с другими людьми и окружающим миром, воспитание здоровой личности, обладающей качествами: стремление к самоактуализации, открытость, свободу самовыражения, стремление жить осмысленно, способность к подлинному диалогу, целостность как гармоническое воздействие всех структур личности, является составной частью педагогической деятельности [1, 4].

Организация арт-терапевтического процесса представляет собой совокупность психокоррекционных методик, имеющих различия и особенности, определяющихся как жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, так и направленностью, технологией применения.

Многие современные исследователи указывают на способность различных видов искусства выступать в качестве адаптогенных, профилактических, коррекционных средств:

- музыка - музыкотерапия,
- изобразительное искусство - изотерапия;
- театр, образ - имаготерапия
- литература, слово - библиотерапия;
- танец - танцетерапия;
- пластическое интонирование, движение, ритмическая пластика [5].

На положительный результат арт-терапевтической деятельности педагогу указывает снятие у школьника тревожности, преодоление им

болезненных симптомов, оптимистичный взгляд на существующие проблемы, желание их преодолевать [2].

Исходя из возможностей искусства, оказывать мощное целостное воздействие на физический, психоэмоциональный, интеллектуальный, социальный, личностный, духовно-нравственный уровни жизнедеятельности человека мы полагаем, что будущим педагогам необходимо владеть техникой арт-терапии.

Практика показывает, что использование арттерапии в различных её формах для детей с ограничениями в развитии позволяет стабилизировать их эмоциональные состояния, развивает коммуникативные навыки, способствует формированию социально приемлемых допустимых форм отреагирования отрицательных эмоций.

Коррекционно-развивающие занятия арттерапией развивают способность самовыражения и самопознания ребёнка с ограниченными возможностями и этим гармонизируют его личность в целом. Расширение возможностей самовыражения и самопознания на занятиях связано с продуктивным характером искусства - созданием эстетических продуктов, объективирующих в себе чувства, переживания и способности ребенка.

Коррекционно-развивающая занятия арттерапией основываются на деятельностном подходе А.Н. Леонтьева и теории психического развития ребёнка, Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина [3].

В основу коррекционно-развивающей занятий арттерапией положен принцип единства диагностики и коррекции. Этот принцип реализуется в двух аспектах. Во-первых, в том, что на вступительных занятиях проводится комплексное диагностическое обследование, позволяющее выявить характер и интенсивность трудностей развития ребёнка, сделать заключение об их возможных причинах. Во-вторых, в ходе коррекционно-развиваюших занятий арттерапией проводится постоянный контроль динамики изменений личности, поведения и деятельности ребенка, динамики его эмоциональных состояний. Такой контроль позволяет внести необходимые коррективы при работе с ребенком.

Обязательным принципом коррекционно-развивающих занятий арттерапией является деятельностный принцип коррекции. Указанный принцип означает, что генеральным способом коррекционно-развивающего воздействия является организация активной деятельности ребенка, в ходе реализации которой создаются условия для ориентировки ребенка в «трудных» конфликтных ситуациях, организуется необходимая основа для позитивных сдвигов в развитии личности ребенка. Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей ребенка в коррекционно-развивающих занятиях арттерапией согласует требование соответствия хода психического и личностного развития ребенка нормативному развитию, с одной стороны, и признание бесспорного факта уникальности и неповторимости конкретного пути развития каждой личности, с другой.

Использование нетрадиционных здоровьесберегающих технологий в коррекционно- педагогическом процессе обеспечивает положительные

результаты как в области учебно- воспитательной деятельности, так и в целом, психического развития ребенка с ограниченными возможностями.

Список литературы

1. Куинджи Н.Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников / Н.Н. Куинджи: методическое пособие. - М.: Аспект Пресс, 2001.

2. Лядова Н.В. Здоровьесбережение в современном образовательном процессе: проблемы, перспективы http://forumpoipkro.forum24.ru/

3. Сахаров Б.М. Фитотерапия. Лечение соками._М.:Профит Стайл, 2008.

4. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. М.:АРКТИ, 2005.

5. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие технологии в работе учителя и школы. - М.: АРКТИ, 2003.

Иванникова Ю.
студентка группы СП 4 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Полчанинова О.Н.

ОСОБЕННОСТИ СОВМЕСТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА.

На современном этапе модернизации и гуманизации российской системы образования, проблема поиска путей наиболее эффективного и гармоничного развития ребенка является приоритетной и находится в центре внимания философии, психологии и педагогики. В этой связи все большее значение придается периоду дошкольного детства и подчеркивается его особая значимость в процессе социализации и становления психики ребенка. Именно в это время, по данным Л.С. Выготского, Л.А. Венгера, А.В. Запорожца, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина и др. происходит овладение специфическими человеческими формами деятельности, которые в каждом возрастном периоде являются значимыми для психического развития ребенка и позволяют ему перенимать весь накопленный общественный опыт.

Деятельность - это динамическая система взаимодействия субъекта с миром. В процессе этого взаимодействия происходит возникновение психического образа и его воплощение в объекте, а также реализация субъектом своих отношений с окружающей реальностью [1, 2].

Разработка и развитие теории деятельности связана с именами таких известных отечественных психологов, как Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, П. Я. Гальперин, А.Р. Маллер, Т.П.Сергеева и др.

В последние годы динамика распространенности умственной отсталости во многих странах мира характеризуется тенденцией к

увеличению, особенно её легких форм, что актуализирует вопросы обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта.

Проблема деятельности актуальна в современной практике специальной педагогике. Благополучие ребенка с нарушением интеллекта и его полноценное развитие во многом зависит от его умения развертывать самостоятельную совместную деятельность со сверстниками [4].

В совместной целенаправленной деятельности со сверстником важный момент - умение ребенка применять определенные способы организации и управления. Совместная деятельность объединяет детей общей целью, заданием, радостями, огорчениями, переживаниями за общее дело. В ней имеет место распределение обязанностей, согласованность действий. Участвуя в совместной деятельности, ребенок учится уступать желаниям сверстников или убеждать их в своей правоте, прилагать усилия для достижения общего результата [2, 7].

Для умственно отсталых детей характерно наличие патологических черт в эмоциональной и деятельностной сфере: повышенной возбудимости или, наоборот, инертности; трудностей формирования интересов и социальной мотивации деятельности, организации совместной деятельности со сверстниками и взрослыми.

Необходимо отметить, что в дошкольном возрасте умственно отсталый ребенок без специальной коррекционной работы минует два важных этапа в психическом развитии: развитие предметных действий и развитие общения с другими людьми. Этот ребенок мало контактен как с взрослыми, так и со своими сверстниками, он не вступает в ролевую игру и в какую-либо совместную деятельность с другими людьми. Все это отражается на накоплении социального опыта детей и на развитии высших психических функций - мышления, произвольной памяти, речи, воображения, самосознания, воли [6].

Мотивы порождают действия путем формирования цели. Цели всегда осознаются человеком, но сами мотивы могут быть разделены на два больших класса:

- осознаваемые – жизненные цели;
- неосознаваемые мотивы деятельности, которые проявляются в сознании в особой форме – эмоциях и личностных смыслах.

В ходе деятельности, дети с нарушением интеллекта обычно руководствуются близкими мотивами, направленными на осуществление отдельных операций и действий, а не задачей в целом, что не способствует достижению далеких целей.

Следует отметить, что деятельность совершается, как правило, не ради одного мотива. Любая особенная деятельность может быть вызвана целым комплексом мотивов. Полимотивированность человеческих действий - типичное явление. Полимотивированность человеческой деятельности, один из мотивов всегда является ведущим, а другие - второстепенными. Эти второстепенные мотивы представляют собой мотивы-стимулы, которые не

столько «запускают», сколько дополнительно стимулируют данную деятельность [4].

Р.С. Немов. указывает, что деятельность - это динамическая система взаимодействий субъекта с миром, в процессе которых происходит возникновение и воплощение в объекте психического образа и реализация опосредованных им отношений субъекта в предметной деятельности [5].

Вопросы совместной деятельности старших дошкольников рассматриваются в работах С. Ахунджаровой, Ф.А. Сохина, Е.И. Тихеевой.

Понятие «совместная деятельность» стало активно разрабатываться, начиная с 70-х годов XX века, прежде всего в исследованиях Т. Сергиевой, а также в работах Т.А. Репиной, что было вызвано объективно возникшими потребностями в изменении организации взаимодействия между детьми.

Совместная деятельность детей - это процесс группового достижения целей. Общие знания и представления образуют групповое сознание детского коллектива, которое отражает существенные черты совместной деятельности. В структуре недоразвития детей с нарушением интеллекта особое место занимает специфическое нарушение речи, тесно связанное как с интеллектуальным, так и с общим личностным недоразвитием детей данной категории. Отмечается сниженная активность во всех видах деятельности, повышенная тревожность по отношению к другим детям, весьма редко наблюдаются случаи личностных контактов детей друг с другом [8].

Д.Н. Исаев выделяет следующие отличительные признаки совместной деятельности:

- пространственное и временное соприсутствие участников, создающее возможность непосредственного личного контакта между ними - обмена действиями, информацией, а также взаимной перцепции;
- наличие единой цели, предвосхищаемого результата деятельности, отвечающего общим интересам и способствующего реализации потребностей каждого из участников;
- наличие органов организации и руководства, воплощенных либо в лице одного из участников, наделенного особыми полномочиями, либо распределенных;
- разделение процесса деятельности между участниками, обусловленное характером цели, средств и условий ее достижения, составом и уровнем квалификации исполнителей;
- возникновение в процессе деятельности межличностных отношений на основе предметно-заданных функционально-ролевых взаимодействий, приобретающих со временем относительно самостоятельный характер [3].

Таким образом, совместная деятельность детей с нарушением интеллекта определяется глубиной имеющихся у них недоразвитий. И имеет свои специфические особенности:

- наблюдается выраженное запаздывание в становлении всех ведущих видов деятельности;
- из-за неречевого развития ребёнок не может устанавливать контакт, сотрудничество наблюдается крайне редко;

- наблюдаются нарушения целенаправленности деятельности, проявляющиеся в неправильной ориентировке в задании, в ошибочном и фрагментарном его выполнении, в неадекватном отношении к другим детям, в не критичности к получаемым результатам: дети приступают к деятельности без его анализа, без активной мыслительной работы над планом и выбором средств достижения намеченной цели. В ходе деятельности способы действия детей с нарушением интеллекта не изменяются даже в тех случаях, когда они оказываются явно ошибочными;

- дети часто бывают импульсивными, слабо регулируют свое поведение;

- значительное снижение адаптационных возможностей, несформированность их эмоционально-волевой сферы влияет на их совместную деятельность.

В ситуации совместной деятельности детей старшего дошкольного возраста возникает оптимальная зона реализации всех возможностей развития ребенка, содержащихся в сотрудничестве детей между собой. Поэтому изучение совместной деятельности детей дошкольного возраста является актуальной [3, 6].

Калмыкова Е.
студентка группы СП2П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Алексеева М.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Внимание к различным проблемам умственной отсталости сохраняется в связи с тем, что количество людей с этим видом аномалий не уменьшается. Об этом свидетельствуют статистические данные по всем странам мира. Это обстоятельство делает первостепенным вопрос о создании условий для максимальной коррекции нарушений развития детей.

Один из первых исследователей двигательных способностей умственной отсталости Н.А. Козленко отмечал, что во всестороннем развитии личности аномального ребёнка существенную роль играет коррекция двигательных недостатков [2].

А.С. Самыличев и Ю.А. Воскресенская, изучавшие соотношения развития умственной работоспособности и двигательных качеств у учащихся вспомогательной школы, установили, что в подавляющем большинстве случаев выявляются прямые соотношения: дети с более высокой умственной работоспособностью отличаются лучшим развитием двигательных качеств и наоборот.

Н.П. Вайзман, рассматривавший психомоторику детей-олигофренов, выявил взаимосвязь их интеллектуального и двигательного развития: более

сохранному интеллекту соответствовал меньший объём двигательных нарушений [1].

Двигательная деятельность, как и другие виды деятельности, многообразна по своему внешнему (моторному) и внутреннему (психическому) содержанию, и любой её вид осуществляется при помощи комплекса сложных способностей. Для успешного развития способностей к той или иной деятельности необходимо знать их структуру и состав психофизиологических задатков.

На формирование моторных способностей оказывают влияние не только психофизиологические задатки, условия жизни, воспитания и деятельности, но и психологические свойства личности ребёнка (интересы и склонности), которые непосредственно к способностям не относятся. Зачастую интерес способствует формированию способностей, которые в свою очередь, влияют на развитие интереса, углубляет и обогащает его.

В специальной литературе есть описания многообразных поражений двигательной сферы олигофренов и степени идиотии. У них встречается полная неподвижность, эмбриональные позы, различные стереотипии в виде раскачивания тела и потряхиваний руками, гиперкинезы (насильственные движения), нарушения равновесия, гипотония, судорожные припадки. Речь отсутствует, изредка издаются нечленораздельные звуки. Нередко наступают состояния немотивированного возбуждения с агрессией и буйством.

Олигофрены в степени идиотии, как правило, неопрятны, не овладевают навыками приема пищи, физиологических отправлений. У них снижена чувствительность на боль, холод, тепло. Они плохо узнают или совсем не узнают родителей и обслуживающий их персонал.

В связи с грубыми нарушениями психики и речи у олигофренов в степени идиотии заключение об их психомоторике приходится делать на основании наблюдений за их поведением и двигательными проявлениями в обычной для них обстановке.

Наблюдения за актом еды у олигофренов в степени идиотии свидетельствуют о проявлении в этих действиях крайней нецелесообразности. Олигофрены в степени идиотии могут удержать в одной руке ложку, наполненную едой или пустую, другой рукой выбирают в тарелке твердое содержимое, разбрасывая его по столу. Неся ложку ко рту, сами смотрят в сторону, из-за чего содержимое ложки выливается на платье. Во время еды вертятся за столом, собирают и едят крошки, лезут в тарелки соседей, жуют клеенку, издают нечленораздельные звуки.

Моторика олигофренов в степени идиотии представляет собой недоразвитие смысловой структуры движений. Вследствие грубого недоразвития и поражения коры головного мозга в картине двигательных проявлений олигофренов получают относительное преобладание филоонтогенетически более ранние по созреванию и функционированию церебральные уровни. В одних случаях это бессмысленное двигательное возбуждение или беспокойство, стереотипные раскачивания и подпрыгивания, в других случаях - необычная неподвижность, вплоть до

оцепенения. Иногда можно видеть, как олигофрен в степени идиотии совершает удивительно легко и непроизвольно вибрирующее движение кистью руки, что далеко не всегда получается у здорового человека. В данном случае этот акт организуется деятельностью руброспинального уровня А. У олигофренов в степени идиотии теряется обычное для здоровых людей управление руброспинальным уровнем со стороны вышележащих церебральных уровней, что ведет к его гиперактивности.

Таким образом, картина двигательных проявлений при олигофрении в степени идиотии крайне бедна и однообразна, что является выражением преимущественно подкорковоспинальных автоматизмов, нецелесообразных и импульсивных движений. Образование двигательных навыков и измерение количественных характеристик двигательных качеств (сила, быстрота, выносливость) у олигофренов в степени идиотии невозможны. Коррекционно-компенсаторная работа с ними бесполезна.

У большинства детей-имбецилов сутулая осанка. При ходьбе и беге они излишне напрягают мускулатуру тела, чрезмерно размахивали руками, недостаточно координируют движения рук и ног. Они не могут соотносить свои движения с изменением ритма музыкального сопровождения. Движения в быстром темпе выполнялись легче [2].

Для имбецилов трудны упражнения, связанные с сохранением равновесия, с пространственной ориентировкой. Недостаточная координация движений обнаруживается и в прыжках. Олигофрены-имбецилы могут оттолкнуться двумя ногами одновременно. Такой простой двигательный акт, как прыжок в длину с места, вызывает у них чрезмерное напряжение и сосредоточенность. Они потирают лоб руками, тяжело дышат, переступают с ноги на ногу. Неловкость, плохая мышечная маневренность типичны для моторики имбецилов: они затрудняются пролезать через обруч, не задев кольцо телом.

Дети-имбецилы плохо понимают правила простейших игр и не могли организовать игру самостоятельно. Испытывают затруднения в переключении движений, быстрой смене поз и действий. Избегают выполнения упражнений на небольшой высоте, например на гимнастической скамейке. На уроках труда не могут провести по образцу прямую линию, раскрасить фигуру в пределах контура, обвести карандашом трафарет, не умеют обращаться с ножницами, иглой, кисточкой и другими предметами.

Скоростно-силовые двигательные качества, которые определяются прыжками в длину и в высоту, значительно ниже у имбецилов в сравнении со здоровыми сверстниками. В старшем школьном возрасте они соответствуют уровню двигательных качеств здоровых дошкольников. Не испытывая затруднений в элементарных подпрыгиваниях, имбецилы испытываюти затруднения в прыжках с включением акробатических элементов (нагрузка на уровень синергии), в прыжках с одновременным выполнением другого двигательного акта, в прыжках с пространственной ориентацией (нагрузка на корковый уровень). Перевод двигательного акта на деятельность более высокоорганизованной системы (от простых подпрыгиваний к прыжкам с

одновременной координацией движений рук) вел к резкому замедлению скорости движений. Большой латентный период действий свидетельствует о затруднениях в смысловой организации движений, их словесном опосредовании. Характерны высказывания испытуемых: «Сейчас вспомню... сейчас подумаю...» Если прыжки сложные, естественно, страдает организация выполнения серии прыжков [2].

Прыжки в медленном темпе выполняются труднее, так как в этом случае предъявляются требования к процессам внутреннего торможения, слаборазвитым у имбецилов.

Исследование одного двигательного акта (прыжка) с его модификациями усложнения, включение в деятельность более высокоорганизованных функциональных систем показали, что у имбецилов выступает стойкая, постоянная недостаточность моторики в одновременности движений и разноименной координации. Повторные попытки выполнения не ведут к улучшению результатов. Такая двигательная недостаточность отражает специфические нарушения процессов высшей нервной деятельности олигофренов, преимущественно параметра подвижности нервных процессов.

Было отмечено (А.Н. Леонтьев и А.В. Запорожец), что раненным в руку труднее взять предмет со стола, чем подхватить падающий предмет. Движение подхватывания по своей афферентационной структуре более сложно, чем сжатие пальцев в кулак. Однако и здесь, как в нашем примере, более сложный по афферентации акт выполняется легче.

Установлено, что при переходе от гимнастических движений к движениям предметным дискоординация движений падает более чем в 10 раз. Движения одной афферентации могут иметь разную степень произвольности. Менее произвольное, инстинктивное движение увеличивает свою координированность. Предметные движения по генезу принадлежат к менее произвольным, чем движения гимнастические. Предметные действия, усвоение общественно выработанных способов употребления предметов формируются в раннем детстве (1-3 года). При формировании предметных действий, главным образом орудийных, здоровые дети выделяют в предметах наиболее общие и постоянные признаки, ведущие к образованию понятий. В дальнейшем возникает перенос усвоенных действий на другие предметы. Предметные действия совершенствуются, отделяются от самих предметов, приобретают обобщенный характер, опосредствуются мотивами, задачами, условиями деятельности. Повышается самостоятельность действий. Эти стадии формирования действий являются важнейшей предпосылкой для возникновения произвольных движений (Д.Б. Эльконин, М.И. Лисина, А.Р. Лурия и др.).

Таким образом, предметные движения генетически менее произвольны, чем беспредметные.

Имбецилы испытывают затруднения в более сложных видах праксиса. Подражательные движения большинству доступны. При их выполнении встречаются следующие нарушения: при правильном воспроизведении

формулы движения в целом сами движения нечеткие, не выдерживают заданной амплитуды, угла наклона, совершались с несоразмерным мышечным усилием. Начатые движения быстро затухают. При выполнении движений больше страдает дистальная часть верхних конечностей, пальцевая моторика, особенно праксис позы пальцев.

У имбецилов обнаруживаются недостаточность ориентировочно-исследовательской деятельности. Их внимание неустойчиво: отвлекаются посторонними раздражителями, нет направленности на выполнение задания. Они часто приступают к выполнению, не дослушав до конца инструкцию. Требуется постоянное ограничение поля зрения испытуемого: «Смотри сюда, на мои пальцы...», «Не смотри по сторонам» и т.д.

Для большинства имбецилов необходимо обязательное применение метода пассивных движений и даже проговаривание движений. Но и слово, как оказалось, для многих не несет адекватной смысловой нагрузки, не помогает выполнению движения.

Они приступают к выполнению задания, не поняв его цели, затрудняются формулировать программу задания, причины неудач при его выполнении, подыскивать подходящие слова для характеристики элементов заданной программы. Имбецилы не понимают порой смысла заданной словесной программы. Но даже верное формулирование задания не ведет к правильному выполнению действия. Во время выполнения задания дети часто отвлекаются. В подавляющем большинстве случаев траектория движений выполняется ими неверно.

Резко выражена недостаточность самоконтроля, даже помощь во время выполнения задания не всегда ведет к исправлению ошибки, часто повторяются старые ошибки. Все это требует постоянной и непрерывной помощи и контроля извне [1].

Особо следует остановиться на характеристике письма, так как этот двигательный акт в сформированном виде обладает многоуровневой структурой координационного построения. Особенности письма имбецилов крайне разнообразны и зависят от уровня развития отделов коры головного мозга, обеспечивающих акт письма.

Основные особенности недостаточности моторики этих больных определяются тем, что в организации движений превалируют нижележащие церебральные уровни, деятельность которых также нарушена вследствие недоразвития или поражения отдельных областей мозга, составляющих эти уровни. У имбецилов соотношение ведущих и фоновых уровней организации движений иное, чем в норме, и перевод движений на адекватные вышележащие уровни нарушает и затрудняет выполнение уже выработанного движения или действия. Характерные особенности психомоторной недостаточности имбецилов заключаются в рассогласовании деятельности церебральных уровней. Отмечается недостаточный энергетический потенциал при выполнении движений, который в некоторых случаях компенсируется психологической стимуляцией или медикаментозным воздействием.

При обычном клиническом обследовании олигофренов в степени дебильности двигательные расстройства, как правило, не обнаруживаются. В отличие от олигофренов в степени идиотии и имбецильности все олигофрены-дебилы могут выполнить двигательные задания.

Моторика олигофренов в степени дебильности, как уже было отмечено выше, визуально не имеет двигательной недостаточности: грубых нарушений осанки, ходьбы, бега, прыжков. Дебилы полностью обслуживают себя, владеют бытовыми навыками. В письме и ручном труде нарушений координации движений не наблюдается. Относительная замедленность движений объясняется недостаточностью осмысления задания.

Среди дебилов встречаются так называемые моторно одаренные школьники. Эти ребята выполняют правильно все двигательные задания, количественные характеристики их двигательной функции не отличались от показателей здоровых детей.

Статическая выносливость в младшем школьном возрасте у олигофренов лучше, чем у здоровых детей. С возрастом у олигофренов намечается тенденция к снижению выносливости, в то время как у здоровых наблюдается обратная зависимость. К 15-16 годам показатели выносливости у тех и других выравниваются.

Скорость движения тела у олигофренов и у здоровых детей в 9-10 лет примерно одинакова. В последующие годы, с 11 до 14 лет, у олигофренов показатели скорости движения тела ухудшаются, а у здоровых улучшаются.

Сила сгибателей рук у здоровых и олигофренов характеризуется выраженной положительной возрастной динамикой. У олигофренов показатели средних величин ниже, чем у здоровых, но незначительно.

Статическая координация у олигофренов в 9-10 лет лучше, чем в последующие годы. У здоровых самые высокие показатели бывают в 11-12 лет, в 13-14 лет наблюдается их снижение с подъемом в 15-16 лет.

Ручная скорость почти одинакова у тех и других во всех возрастах, только к 15-16 годам наблюдается сдвиг в сторону увеличения скорости у олигофренов. Показатели скорости движений рук у здоровых выше в возрасте 9-14 лет, а в 15-16 лет наблюдается небольшое их снижение.

Таким образом, можно сделать следующие выводы о развитии двигательной сферы детей с нарушением интеллекта. Большинство лиц с глубокой умственной отсталостью неподвижны или резко ограничены в движениях.

У лиц с тяжелой умственной отсталостью нарушение двигательной сферы выражается в нарушениях и слабости статических и моторных функций, координации, точности темпа произвольных движений. Движения детей замедленны, неуклюжи, они практически не умеют бегать и прыгать. Наблюдается недостаточность координации у детей всех возрастов. Младшие дети не принимают предложенную позу или с трудом выдерживают ее не более 1-2 секунд. Координация движений плохая. Они испытывают большие затруднения при переходе от одного движения к другому. Дифференцированные движения рук и пальцев у многих детей невозможны.

Под влиянием ЛФК ритмика движения и координация улучшаются незначительно.

У детей с умеренной умственной отсталостью статические и локомоторные функции развиваются со значительной задержкой и недостаточно дифференцируются. У них нарушена координация, точность и темп движений. Движения замедлены, неуклюжи. Нередко появляются синкинезии. Грубые дефекты моторного недоразвития могут воспрепятствовать формированию навыков самообслуживания, требующих тонких движений пальцев.

Обычно у детей с легкой формой умственно отсталых имеется недоразвитие двигательной сферы, проявляющееся в замедлении темпа развития локомоторных функций, в непродуктивности и недостаточной целесообразности последовательных движений, в двигательном беспокойстве и суетливости. Движения бедны, угловаты, недостаточно плавны. Особенно плохо сформированы тонкие и точные движения, жестикуляция и мимика.

Список литературы

1. Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. – М., 1997.
2. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. – М., 2001.

Коваленко Т.
студентка группы СП 4 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Алексеева М.Н.

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Одной из важных первоначальных задач физического воспитания ребенка является сохранение его здоровья. Воспитание ребенка с отклонениями в развитии тесно связано с укреплением его здоровья и, прежде всего, нормализацией режима дня.

Особого внимания требует ребенок с двигательными расстройствами - с детским церебральным параличом. Посоветовавшись с врачом, проводятся специальные занятия, направленные на коррекцию общей и мелкой моторики.

У детей соматически ослабленных может наблюдаться повышенная истощаемость организма, высокая утомляемость, вследствие чего снижается работоспособность, замедляются психические процессы, отмечаются пассивность и сонливость.

У детей с отклонениями в развитии ЦНС ослаблена работоспособность нервных клеток. Эти дети быстро устают, кратковременные периоды активности чередуются с заторможенностью ребенка, снижена реактивность организма [3].

Многие дети отклонениями в развитии отличаются нарушениями в физическом здоровье, восприимчивостью к простудным и инфекционным заболеваниям. Это связано с недостаточностью иммунной системы, гиподинамией. Для укрепления здоровья детей с отклонениями в развитии в дошкольных учреждениях проводят закаливающие мероприятия, включающие воздушные и водные процедуры. Ребенка постепенно приучают к длительному пребыванию на свежем воздухе в любое время года, умыванию прохладной водой.

У всех детей с отклонениями в развитии имеет место недоразвитие моторной сферы, что отражается на их здоровье, снижает иммунитет организма. Поэтому на развитие произвольных движений и коррекции общей и мелкой моторики акцентируется внимание в процессе их физического воспитания [5].

Система физического воспитания детей с отклонениями в развитии предполагает организацию педагогически-охранительного режима жизнедеятельности, витаминизированное и сбалансированное питание, закаливание организма и построение пространственной среды для развития и коррекции движений. С этой целью используются различные виды массажа и лечебной гимнастики, занятия по физкультуре и пластритмике, подвижные игры, упражнения на координацию и равновесие [2].

Важной задачей физического воспитания таких детей является стимуляция психомоторного развития и коррекция нарушений моторики, укрепление физического и психического здоровья [7].

Физическое воспитание и физическое развитие детей с отклонениями в развитии должно быть направленно на решение задач двух типов:

1. Задачи общие для всех дошкольных учреждений.
2. Коррекционные задачи, направленные на предупреждение и преодоление отклонений в физическом развитии с учетом структуры дефекта.

Общепедагогические задачи: укрепление здоровья ребенка; формирование правильной осанки; развитие произвольных движений, физической работоспособности; закаливание организма.

Коррекционные задачи: создание развивающей среды, комплекса условий, стимулирующих психомоторное развитие; профилактика соматического здоровья; осуществление системы коррекционных мероприятий, направленных на развитие и совершенствование двигательной системы и произвольности [2].

Развитие двигательных функций ребенка - сложный процесс, который определяется биосоциальными факторами: созреванием ЦНС и воздействием социальной среды. Наиболее интенсивное двигательное развитие происходит в период младенчества, когда формируются основные двигательные системы, необходимые для активной и пассивной адаптации ребенка к окружающей среде. Движения ребенка формируются по принципу гетерохронности: совершенствуется выполнение одних двигательных навыков, а одновременно

начинают осваиваться другие. В ходе сенсомоторного развития возникает возможность дифференциации движений [1].

Стимуляция психомоторного развития является одной из главных задач физического воспитания. Эта работа проводится с учетом закономерностей нормального моторного развития [6].

На первом этапе моторного развития (от рождения до 4 месяцев) основной задачей является формирование контроля за положением головы, сенсомоторное развитие, возможности разнообразных движений пальцев рук.

На втором этапе (от 4 до 6 месяцев) необходимо стимулировать манипулятивные действия, а к концу 5-го месяца жизни укреплять выпрямляющие движения для умения сидеть.

На третьем этапе (от 6 до 8 месяцев) необходимо стимулировать моторную активность ребенка, стимулировать ползанье, интенсивно развивать специфические манипуляции.

На четвертом этапе (от 8 до 12 месяцев) стимулируются координированные движения, развиваются навыки самостоятельной ходьбы, дифференцируются движения пальцев рук.

На пятом этапе моторного развития (от 1 года до 2 лет) качественно совершенствуются навыки самостоятельной ходьбы, уделяя внимание равновесию, развитию манипулятивной и исследовательской деятельности, требующей координированных и дифференцированных движений рук.

На шестом этапе (от 2 до 3 лет) у ребенка стимулируют моторную активность, совершенствуют координацию и равновесие [3].

Список литературы

1. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков
2. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей
3. Специальная педагогика. Под ред. Назаровой Н.М.М.:2005
4. Обучение детей с нарушением интелектуального развития: Олигофренопедагогика. Под редакцией Пузанова Б.П.М.: 2001
5. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М.,1986
6. Специальная психология. Лубовский В.И. М.: 2006.
7. Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е.А. Стребелевой

Колесникова В.
студентка группы СП2П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗПР

Проблема интеллектуальной недостаточности в настоящее время приобретает все большую актуальность.

Изучая факторы, влияющие на образование условных связей ЗПР, В.В. Лубовский относил к ним, во-первых, дефекты общей нейродинамики (недостаточность внутреннего торможения чрезмерную иррадиацию возбуждения, нестойкость следов и, главное, патологическую инертность психических процессов), и, во-вторых, дефекты нейродинамики в речевой системе [2].

Физиологические процессы, характерные для переживания чувств, базируются на безусловных и условных рефлексах. Сложные безусловные рефлексы замыкаются на уровне подкорковых образований (подкорки), а условные рефлексы, образованные на базе безусловных, закрепляются в коре больших полушарий мозга. Результатом совместной деятельности коры и подкорковых образований являются эмоциональные реакции и состояния, сопровождающимся вегетативными сдвигами в организме. Характер изменений эмоций обеспечивается регуляцией нервной системы во взаимодействии со структурами головного мозга.

Психическое развитие ребенка теснейшим образом связано с образованием простых и сложных временных связей. На этой основе уже вскоре после рождения формируются новые, изменчивые и весьма сложные формы поведения, которые во многом обусловлены состоянием познавательной сферы.

Недоразвитие познавательной деятельности - основной признак, симптом умственного недоразвития. Нарушения касаются, прежде всего, процессов непосредственного отражения действительности - ощущений и восприятии. У детей с пораженной нервной системой эти психические процессы формируются замедленно и с большим количеством особенностей и недостатков [1].

Замедленная, ограниченная восприимчивость оказывает огромное влияние на весь последующий ход психического развития.

Замедленность восприятия сочетается со значительным сужением объема воспринимаемого материала. Узость восприятия мешает умственно отсталому ребенку быстро улавливать смысл происходящего, а, следовательно, давать ему необходимую оценку.

Ощущения и восприятия этих детей характеризуются недифференцированностью. В этой связи они часто принимают один воспринимаемый предмет за другой [5].

Наиболее выраженная особенность восприятии детей с ЗПР - инактивность этого процесса. В результате они не обнаруживают стремления разобраться во всех свойствах предъявляемого им для восприятия предмета.

Остановимся на некоторых особенностях мышления умственно отсталых детей.

Слабость обобщений или конкретность мышления - специфическая черта детей с ЗПР. В связи с этой особенностью дети с трудом и сравнительно поздно начинают разбираться в понятиях морали. Их представления о том, что хорошо и что плохо, в младшем школьном возрасте носят весьма поверхностный характер. Они узнают правила морали из книг,

от учителей, воспитателей, родителей, но далеко не всегда оказываются в состоянии действовать в соответствии с этими нормами, либо воспользоваться ими в непривычной конкретной ситуации, основываясь на рассуждениях. Рассматриваемая особенность мышления этих детей в меньшей степени сказывается в процессе формирования сравнительно элементарных нравственных понятий и соответствующих им поступков. Так, например, дети относительно легко усваивают элементарные нормы общежития. Раньше всего они овладевают умением вежливо обратиться к учителю, сверстникам, приветствовать учителя и т. п. С большим трудом им дается овладение умением давать правильную моральную оценку своего или чужого поступка, устанавливать связь между внешней стороной поведения и его побудительными мотивами и т п.

Всем детям с ЗПР присуща непоследовательность мышления. Она может выражаться в прекращении выполнения порученного ребенку дела. И происходит это не всегда от нежелания или безответственности, а от беспрерывно колеблющегося тонуса его психической активности, о чем уже говорилось в связи с анализом особенностей высшей нервной деятельности.

Некритичность мышления - следующая черта умственно отсталых. Эта особенность мышления приводит к тому, что дети довольно часто совершенно необоснованно не сомневаются в правильности своих только что возникших предположений. Умственно отсталые дети даже не предполагают, что их суждения и действия могут быть ошибочными. Эта особенность мышления порождает некритическое восприятие любых указаний и советов окружающих. Поэтому и случается, что такие дети относительно легко могут поддаваться дурным влияниям и часто совершают неправильные поступки.

Многие исследователи, К. Левин, Л.С. Выготский, отмечали, что задержка психического развития влечет за собой изменения в характере эмоциональных состояний в сторону преобладания астенических, подавляющих активность индивида настроений грусти, тоски, либо повышенной раздражительности, эффективности [3].

Незрелость личности ребенка с ЗПР, обусловленная в первую очередь особенностями развития его потребностей и интеллекта, проявляется в ряде особенностей его эмоционально-волевой сферы.

Волевые расстройства также обусловлены нарушениями эффекторной регуляции высшей нервной деятельности. Это проявляется в расстройстве побуждений, в том числе - ступорозных состояниях, патологии влечений, в том числе - парафилиях, импульсивных влечениях и импульсивных действиях и др. М.О. Гуревич, выделял следующие формы волевых расстройств: расстройства влечений, расстройства воли, расстройства действий. В виде частных форм он рассматривал понижение волевой активности (абулию, уже упоминавшуюся выше), повышение волевой активности (гипербулию), извращение волевых функций и действий, в т.ч. кататонию, и частично - расстройства внимания. Часто встречающимся примером волевых расстройств является расстройство волевых действий [2].

Расстройство волевых действий проявляется клинически

неспособностью фиксировать свое внимание и выполнять действия, результат которых не является очевидным, моментально достижимым. Расстройство связано и с прогностической функцией. При этом дети зачастую саму долгую деятельность воспринимают уже как отрицательный результат, они неспособны мотивировать себя на длительный труд, нуждаются в дополнительных стимулах – «вехах».

С необходимостью осуществлять волевые действия дети с ЗПР встречаются ежедневно, так как жизнь предъявляет к ним множество разнообразных требований. Дошкольник должен соблюдать режим дня (вовремя вставать, умываться, и т. п.). Все это выполняется ребенком с ЗПР с гораздо большим трудом, чем его нормальными сверстниками.

Развитие у дошкольников с ЗПР волевых качеств происходит в результате длительного, умелого, терпеливого труда воспитателей специальных учреждений.

Названные трудности обусловлены слабостью воли детей с ЗПР. В основе этого явления лежат два основных фактора: слабое осознание целей и отсутствие необходимых побуждений к их достижению. Отсюда следует, что смысл индивидуального подхода в процессе формировании у учащихся с ЗПР эмоционально волевой сферы состоит не только в правильной, четкой постановке целей и доведении их до сознания ребенка, но и в формировании побуждения [4].

Говоря о слабости воли, следует сказать, что она проявляется далеко не всегда и не во всем. Как правило, дети с ЗПР обнаруживают достаточно большую настойчивость и умение добиться цели, если речь идет об удовлетворении относительно элементарных потребностей. Сложность формирования воли у детей с ЗПР во многом обусловлена особенностями воспитания их нравственных чувств. На пути к достижению этой цели перед учителями и воспитателями вспомогательных школ встает много трудностей, вызванных незрелостью личности детей с ЗПР, которая в первую очередь связана с характером развития их потребностей и интеллекта. Указанная незрелость личности проявляется в особенностях их эмоциональной сферы [1].

В своих работах отмечали Г.Е. Сухарева, Л.С. Выгодский, К.Левин, Л.В. Занков, Д.И. Исаев малую дифференцированность, косность, однообразие, бедность оттенков переживаний, слабость борьбы мотивов, актуальность лишь непосредственных эмоциональных раздражителей. В тоже время наблюдается и эмоциональная вязкость. Неспособность подавлять аффект либо влечения нередко проявляются в склонности к импульсивным реакциям (вспышкам гнева, агрессивным разрядам).

Переживания детей с ЗПР довольно примитивны, полюсны. Они испытывают только или удовольствие, или неудовольствие. Дифференцированных, тонких оттенков переживаний у них почти нет. Дети с ЗПР либо чем-то очень довольны и радуются, либо, напротив, огорчаются и плачут. Чувства детей с ЗПР, их эмоциональные реакции часто бывают неадекватны воздействующим на них факторам. Некоторые дети бурно и

длительно реагируют на малозначимые воздействия, другие почти не проявляют эмоциональных реакций в связи с объективно важными для них событиями [5].

У одних детей можно наблюдать чрезмерную легкость и поверхностность переживаний серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому, у других детей (такие встречаются гораздо чаще) наблюдается чрезмерная сила и инертность переживаний, возникающих по малосущественным поводам. Так, например, незначительная обида может вызвать очень сильную и длительную эмоциональную реакцию. Проявлением незрелости личности детей с ЗПР младшего школьника является также большое влияние эгоцентрических эмоций на оценочные суждения. Наиболее высоко школьник оценивает тех, кто ему приятен, кто ближе к нему. Так он оценивает не только людей, но и события окружающей жизни - хорошо то, что приятно.

Анализируя теорию К. Левина о роли аффективной (подразумевается эмоциональность) косности школьника с ЗПР, Л.С. Выгодский видит ценное ядро этой теории в идее единства аффективных и интеллектуальных процессов. В месте с тем он критикует К. Левина за статичность, метафизичность понимания этого единства. Л.С. Выгодский пишет: «на самых начальных ступенях развития интеллекта действительно обнаруживается его более или менее непосредственная зависимость от аффекта». «Мышление и аффект представляют собой части единого целого - человеческого сознания» [4].

Переход ребенка от низших форм эмоциональной жизни к высшим, развитие высших чувств непосредственно связано с изменением отношений между аффектом и интеллектом.

Слабость интеллектуальной регуляции чувств обнаруживается в том, что дети ничем не корригируют своих чувств сообразно ситуации, не могут найти удовлетворения какой-либо своей потребности в ином действии, замещающем первоначально задуманное.

Слабость интеллектуальной регуляции эмоций приводит также к тому, что у младших школьников с ЗПР с опозданием и с трудом формируются так называемые высшие духовные чувства: совесть, чувство долга, ответственность, самоотверженность. Формирование высших чувств предполагает слияние чувств и мысли. Слабость мысли тормозит формирование этих высших чувств. Такие чувства могут быть воспитаны у детей с ЗПР [3].

Наряду с общим недоразвитием эмоциональной жизни у младших школьников с ЗПР можно отметить некоторые болезненные проявления чувств. Наблюдаются явления раздражительной слабости, заключающиеся в том, что состояние утомления или при общем расслаблении организма дети реагируют на все мелочи вспышками раздражения [2].

У многих детей, особенно перенесших травму, наблюдаются дисфории. Дисфориями называются эпизодические расстройства настроения. Они поступают вне связи с реальными обстоятельствами, в отсутствие каких-либо

неблагоприятных внешних воздействий. В этом случае дети становятся грустными, плаксивыми, негативно реагирующими на замечания, легко вступают в конфликты, допускают всевозможные проступки.

Дисфории у младших школьников проявляются следующим образом. Ученик, который на протяжении длительного времени был спокоен, послушен, добродушно, сердечно относился к товарищам и учителю, вдруг приходит в класс в угнетенном состоянии, мрачно и со злобой реагирует на замечания учителя на невинные шалости сверстников. Спустя день или два такое расстройство настроения бесследно проходит само по себе. Иногда расстройства настроения проявляются в виде особого, также ничем не мотивированного повышения настроения. Такое ничем не мотивированное повышение настроения носит название эйфории.

В отличие от обычной жизнерадостности, которая не мешает очень чутко реагировать на события окружающей жизни, в состоянии эйфории дети становятся нечувствительными к объективной реальности. Они продолжают смеяться, веселится, радоваться, чувствовать себя счастливыми даже после получение «двойки», после удаления из класса и т.п.

Эйфория может быть признаком начинающегося обострения заболевания. Предвестником приближающегося заболевания является также и другое нарушение эмоциональной сферы - апатия. Иногда школьники с ЗПР высказывают мысли и обнаруживают настроение совершенно несвойственное детскому возрасту: безразличие к жизни, к людям, нежелание двигаться, действовать, утеря всяких детских интересов и привязанностей. Такая апатия должна рассматриваться учителем как признак болезни и заставить его немедленно показаться врачу - психоневрологу.

Преобладающие и господствующие у того или иного ребенка переживания, постепенно фиксируясь, образуют те или иные оттенки свойств его характера (угрюмость, раздражительность, гневливость, равнодушие, жизнерадостность, легкомыслие и т. д.).

Недифференцированность, узость диапазона переживаний определяет отсутствие или слабую выраженность борьбы мотивов, которая является важным фактором формирования эмоционально-волевой сферы человека. В поисках правильного решения, связанного с борьбой мотивов, человек преодолевает эгоистические побуждения. Чем выше уровень развития сознания человека, тем выше уровень волевых усилий, тем успешнее идет процесс формирования высоких благородных чувств [5].

Наконец, следует сказать о том, что у учащихся с ЗПР сравнительно долгое время господствуют элементарные чувства. Объясняется это слабостью интеллектуальной регуляции чувства, которая, в свою очередь, приводит к тому, что у этих детей с опозданием и большим трудом формируются высшие духовные чувства. Речь идет о таких чувствах, как чувство долга, совесть, чувство ответственности и т. П. Значение воспитания этих чувств огромно, так как они занимают ведущее место в нравственном облике морально воспитанного человека.

Из вышеизложенного в данном параграфе мы можем сделать

следующий вывод. Интеллектуальная недостаточность, являясь основным, наиболее резко выраженным дефектом ребенка с ЗПР, тесно взаимосвязана с другими отклонениями всего развития. Ведущим дефектом ребенка с ЗПР является нарушение физиологической основы, которая является базовой для формирования всех психических процессов, в том числе и эмоционально-волевой сферы. Изменения, которые возникают в результате эндогенных и экзогенных факторов в ЦНС влекут за собой и отклонения от нормы в эмоционально-волевой сфере. В результате чего дошкольники имеют своеобразные особенности эмоций, нарушения волевой регуляции.

В эмоциональной сфере наблюдается недоразвитие сложных эмоций. Дети неспособны к психическому напряжению, им свойственен благодушно эйфорический фон настроения, они плохо учитывают ситуацию, некритичны к себе и окружающим. Недоразвитие эмоций влечет за собой полное изменение личности, незрелость личности, изменение характера. Расстройство волевых действий проявляется клинически неспособностью фиксировать свое внимание и выполнять действия, результат которых не является очевидным, моментально достижимым. Названные трудности обусловлены слабостью воли детей с ЗПР. В основе этого явления лежат два основных фактора: слабое осознание целей и отсутствие необходимых побуждений к их достижению. Отмечается недоразвитие волевых качеств личности. Вследствие чего необходима рациональная и успешная коррекция дефекта, которая должна основываться на углубленном понимании нейрофизиологических механизмов аномалий психического развития. Выявление нейрофизиологических механизмов нарушения познавательной деятельности может служить естественно научной основой для разработки путей компенсации отклонений эмоционально-волевой деятельности.

Список литературы

1. Бреслав Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве.- М., 1990.
2. Выготский Л. С. Эмоции и их развитие в детском возрасте.- М., 1996.
3. Лебединский В.В., Никольская О.С. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М., 1990.
4. Захаров А.И. Эмоциональный мир дошкольника. М., 1988
5. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – СПб, 2001.

Корнилова М.
студентка группы ПП 4 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Прилепских О.Н.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Особенности психики у лиц с физическими дефектами давно привлекали внимание, как психиатров, так и других специалистов. Еще в 1625 году Ф. Платтер отмечал наличие у детей с физическими недостатками психопатологических особенностей в виде упрямства, непослушания. Позже были описаны бред преследования тугоухих, обусловленный чувством недоверчивости, одиночества, склонностью к ошибочным толкованиям у людей с дефектами слуха; тип «слепого» с труднопреодолимой замкнутостью, сосредоточенностью на внутренней жизни.

Известно, что болезни, травмы, дефекты создают особую ситуацию развития личности, так как у человека, ставшего инвалидом, изменяются условия существования, а отсюда – качество и стиль жизни (Р.М. Войтенко, И.Ю. Левченко, Н.Б. Шабалина и др.).

Ситуации развития человека, связанные с инвалидностью, приводят к специфическим изменениям его личности, что сказывается на всех сферах жизнедеятельности человека (Э.Б. Боровик, В.М. Коробов, А.И. Осадчих и др.)

Суть личностной проблемы ребенка-инвалида заключается в его изолированности от общества, в котором ему предстоит жить и расти. С раннего детства дети с отклонениями в развитии сталкиваются с оценкой их внешности другими людьми. Часто здоровые дети с детской непосредственностью и жестокостью оценивают внешние дефекты детей-инвалидов в их присутствии. В результате у детей-инвалидов формируются замкнутость, избегание широкого круга общения, замыкание «в четырех стенах», маскированная (скрытая) депрессия. Скрытая депрессия (сниженный фон настроения, негативная оценка себя, собственных перспектив и других людей, часто замедленный темп мышления, скованность и пассивность) в сочетании с заниженной самооценкой и отсутствием благоприятного прогноза на будущее достаточно часто приводит к появлению мыслей суицидального характера. Часто формируется комплекс неполноценности.

По мере взросления дети с ограниченными возможностями начинают осознавать, что уровень их жизненных возможностей по сравнению с «обычными» детьми снижен. При этом у них формируется сниженная самооценка, что в свою очередь приводит к чрезмерному снижению уровня притязаний. Следствием этих процессов становится социальная пассивность и сужение активного жизненного пространства.

Рано или поздно особые дети начинают осознавать глобальность своей зависимости от здоровых членов общества. Пенсия, льготы и многое другое - все это они получают за счет здоровых людей. Осознание глобальности зависимости и привыкание к зависимости способствует формированию иждивенчества. Типичными тенденциями становятся отказ от самостоятельности и перенос ответственности за свою судьбу на ближайшее окружение. Фактически, к дефекту развития «особых» детей присоединяется дефект воспитания. Существует целый ряд социальных факторов, оказывающих психотравмирующее действие на ребенка-инвалида:

1) переживание недоброжелательного отношения сверстников, чрезмерного внимания окружающих;

2) явления госпитализма, т.к. больные часто находятся в больницах и санаториях длительный период;

3) разлука с матерью или неполная семья (отцы в 25% случаев оставляют семьи);

4) психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимостью длительной реабилитации;

5) затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений;

6) сенсорная депривация при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха;

7) неправильное воспитание по типу гиперопеки (приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости).

Так же, как и все люди, инвалиды испытывают страх перед будущим, тревогу и неуверенность в завтрашнем дне, чувство напряжённости и дискомфорта.

Исследования модели будущего детей-инвалидов показали, что она изменена по сравнению с моделью будущего здоровых детей. В 14-15 лет 36% особых детей мечтают об улучшении здоровья и все 100% - о получении конкретной профессии. Но, в 15-16 лет представление о будущем сужено - жизнь планируется на 5 лет и только в отношении работы. Эмоциональная окраска будущего отрицательная. Дети не уверены в своих шансах. Мечтают быть артистом, врачом, балериной, юристом, но понимают, что в лучшем случае будут переводчиком, машинисткой, швеей. Модель будущего бедна, ограничена в содержании и временной характеристике, в эмоциональном плане она отрицательна. В структуре модели будущего появляются противоречивые моменты. С одной стороны, желаемое будущее компенсирует ограничение реальных возможностей, имеет положительную окраску и отражает защитный механизм от возможных неудач. С другой стороны, низкий уровень удовлетворенности собой порождает внутриличностный конфликт с последующим формированием различных неврозов, серьезно осложняющих межличностные взаимоотношения.

С 3-х лет детский коллектив становится важнейшим фактором социализации ребенка. Если ребенок, вследствие своего дефекта, не может войти по-настоящему в детский коллектив, у него рождается неуверенность в себе, тревоги, чувство неполноценности. В связи с переживанием чувства неполноценности у ребенка возникают психогенные реакции, которые в случае гиперкомпенсации формируются в двух направлениях: пассивно-оборонительном и агрессивно-защитном.

Некоторые исследователи для решения этой проблемы используют концепцию К. Юнга об экстраинтравертированных личностях. Детям со спастической диплегией более свойственны интравертированные черты

характера: пугливость, склонность к различным страхам, любовь к повышенному вниманию, которое гарантирует безопасность. Для детей с гиперкинезами характерны экстравертированные черты: общительность, легкая возбудимость, вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость.

Клинически психогенное патологическое формирование личности по дефицитарному типу проявляется несколькими вариантами. Наиболее часто встречающийся (как при ДЦП, так и у детей с заболеваниями зрения, слуха) астено-невротический вариант, проявляется робостью, застенчивостью, чрезмерной чувствительностью и впечатлительностью, неуверенностью в себе, обидчивостью, иногда - заиканием, энурезом, страхом падения, передвижения, высоты. При псевдоаутистическом варианте, наблюдается необщительность, усиливающаяся с возрастом ребенка (что свидетельствует о реактивном ее генезе), замкнутость со склонностью к гиперкомпенсаторному фантазированию. Больные часто пишут стихи, ведут дневник; некоторые девочки собирают фотографии балерин. У детей и подростков этой группы раньше наблюдаются осознание дефекта, направленность на его коррекцию.

Истероидный вариант характеризуется эгоцентризмом, демонстративностью поведения, избалованностью (формируется при воспитании по типу «кумир семьи»), лживости. Сексуальные интересы проявляются рано, девушки могут преувеличивать свои привязанности. Компенсация может быть достигнута подбором заданий, позволяющих быть в центре внимания: игра в школьном театре и т.п. При неустойчивом варианте отмечается недоразвитие волевой деятельности, внушаемость, беспечность, стремление к постоянной смене впечатлений, поверхностность суждений. При возбудимом варианте - ведущими признаками являются повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, склонность к аффективным вспышкам, усиление примитивных влечений и инстинктов.

Кроме того, в среднем школьном возрасте, примерно с 8 до 11-12 лет, формируется сознание принадлежности к определенному полу. Если в этот период ребенок лишен контактов с другими детьми, такая принадлежность может быть им до конца не осознана. У многих инвалидов не хватает социальных навыков, умения выразить себя в общении. Инвалиды далеко не всегда могут уловить нюансы человеческих отношений, воспринимают других людей несколько обобщенно, оценивая их на основании лишь некоторых моральных качеств: доброты, отзывчивости и т.п.

Нельзя забывать и о такой проблеме детской инвалидности, как суицид, поскольку подросткам, остро переживающим свою физическую неполноценность, свойственны аутоагрессивные поступки. В целом, суицидальное поведение детей и подростков характеризуется следующими особенностями: во-первых, недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий (они не предусматривают действительной возможности летального исхода, отсутствуют четкие границы между истинным суицидом и шантажно-демонстративным поступком, который, тем не менее, опасен для жизни); во-вторых, имеется незначительность,

несерьезность мотивов самоубийства, что затрудняет профилактику; в-третьих, часто отсутствует зависимость суицидальной попытки от депрессии, которая носит скрытый характер.

Таким образом, можно выделить четыре основных типа развития личности детей- инвалидов. Первый тип развития личности ребенка-инвалида - активно-позитивный тип характеризуется стремлением к поиску самостоятельного выхода из негативных жизненных ситуаций. У молодых инвалидов, относящихся к этому типу, благоприятный внутренний настрой, достаточно высокая самооценка, оптимизм, заражающий других, энергичность и самостоятельность суждений и поступков. Второй - пассивно-позитивный тип характеризуется наличием у молодых инвалидов низкой самооценки. При пассивно-позитивном типе адаптации существующее на данный момент положение, в котором находится инвалид (например, постоянная опёка близких), его устраивает, поэтому наблюдается отсутствие стремления к переменам. Третий - пассивно-негативный тип. У молодых людей присутствует неудовлетворённость своим положением и вместе с тем отсутствует желание самостоятельно улучшить его. Всё это сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, ожиданием глобальных катастрофических последствий даже от незначительных бытовых неурядиц. Четвертый тип развития личности детей-инвалидов - активно-негативный тип. Присутствующие здесь психологический дискомфорт и неудовлетворённость собственной жизнью не отрицают желания изменить ситуацию к лучшему, но реальных практических последствий это не имеет в силу влияния различных объективных и субъективных факторов.

Список литературы

1. Статья Немковой С. Психологические аспекты реабилитации детей-инвалидов. http://www. psychology.net.ru/articles/…/1099313514.html
2. http://www.bemurlts.Iv/articles/social-psy-problem.html
3. http://www.yspu.yar.ru
4. http://www.rezeptsport.ru/metod/metod9.php

Косенко Д.
студентка группы ПН 3 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Прилепских О.С.

ОСОБЕННОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

«Образование – право каждого человека, имеющее огромное значение и потенциал. На образовании строятся принципы свободы, демократии и устойчивого развития… нет ничего более важного, никакой другой миссии, кроме образования для всех…» Кофи Аннан 1998г.

Проблемы специального образования в нашей стране сегодня являются одними из самых актуальных. Это связано, в первую очередь, с тем, что число детей, нуждающихся в коррекционном обучении, неуклонно растет. Причиной этому является резкое ухудшение здоровья детей по различным причинам, что приводит к инвалидизации, отклонениям в психическом и физическом развитии, качественному изменению структуры дефекта, т.е. комплексного характера нарушений у каждого отдельного ребенка. Дети с ограниченными возможностями здоровья пользуются услугами специального образования в различных его организационных формах (обучение на дому, в коррекционном образовательном учреждении, в образовательном учреждении общего назначения) [2].

К концу XX столетия во многих развитых странах мира ведущей тенденцией в развитии образования детей с особыми потребностями является интегрированное (инклюзивное) образование. В каждой из стран реализуются собственные модели интеграции, что свидетельствует о невозможности создания универсальных интегративных моделей образования. В настоящее время проблема обучения детей с ограниченными возможностями остается крайне острой. За рубежом данной проблемой занимаются такие деятели, как П. Миттлер, Д. Бланкет, Д. Кугельмас и др. [3].

Первые инклюзивные образовательные учреждения в нашей стране появились на рубеже 1980 – 1990 гг. В Москве в 1991 году по инициативе московского Центра лечебной педагогики и родительской общественной организации появилась школа инклюзивного образования «Ковчег». С осени 1992 года в России началась реализация проекта «Интеграция лиц с ограниченными возможностями здоровья». В нашей стране в области инклюзивного образовании детей - инвалидов занимаются: М.Ю. Михайлина, В.Р. Шмидт, И.Б. Кузнецова-Моренко, Е.В. Данилова, В.А. Прудникова.

Инклюзивное (включенное) образование - термин, используемый для описания процесса обучения детей с особыми потребностями в общеобразовательных школах. В его основе лежит идея, которая исключает любую дискриминацию учеников, но в то же время создает особые условия для детей, имеющих особые потребности в образовании. Эта теория признает, что все дети могут полноценно учиться, а их отличительные особенности достойны уважения. К сожалению, в России понятия «инклюзия» и «инклюзивное образование» пока еще не знакомы общественности, однако в настоящее время о них начинают говорить во многих российских городах. Следует отметить, что в развитых странах эти термины не только известны, но, и закреплены законодательно, а само инклюзивное образование поддерживается многими международными организациями (например, ЮНЕСКО и ЮНИСЕФ). Как показывает опыт других государств, дети, которые учатся в обычных школах, получают более качественное образование. Они более общительны, открыты, лучше приспособлены к жизни в обществе, нежели те, которые учатся дома или в специальных школах.

Инклюзивное образование предполагает, что дети с особыми потребностями посещают находящийся рядом с домом детский сад и общеобразовательную школу. Инклюзию можно определить как «принятие каждого ребенка и гибкость в подходах к обучению». Методология обучения в образовательных учреждениях должна учитывать то, что дети обладают разными способностями (таким образом, улучшается качество обучения всех детей, а не только учеников с особыми потребностями). Ребята с ограниченными возможностями участвуют во всех школьных мероприятиях (спортивные соревнования, представления, конкурсы, экскурсии). Индивидуальное детское обучение поддерживается совместной работой учителей, родителей и всеми теми, кто может оказать такую поддержку вместе со здоровыми сверстниками. Один из наиболее стойких мифов об инклюзивном образовании основывается на том, что присутствие детей-инвалидов негативно влияет на учебные достижения обычных школьников. Как отмечают американские специалисты, это утверждение не подкрепляется никакими фактами. В действительности родители, учителя и дети приводят множество свидетельств того, что условия инклюзивных школ положительно сказываются на учебных показателях. К примеру, на пользу всем детям явно идут некоторые особенности таких школ: хорошая оснащенность оборудованием и наглядными пособиями; меньшие размеры классов; наличие врачей (например, специалиста по лечебной физкультуре) и специалистов по проблемам обучения, которые помогают педагогам общего образования адаптировать их методы преподавания к особенностям отдельных учеников [1].

В США, а также некоторых европейских странах уже имеется положительный опыт такого образования. Последняя редакция федерального закона США «Об образовании людей с ограниченными возможностями здоровья» поддерживает практику инклюзии. Новый закон об образовании ратует за включение детей с ограниченными возможностями в образовательную среду, за прохождение ими общеобразовательной программы. Он поощряет преподавателей и специалистов. По мнению американских ученых, цель инклюзивного образования будет достигнута только тогда, когда государственные школы по всей стране смогут вести обучение с учетом потребностей каждого ученика [3].

В настоящее время в нашей стране рынок образовательных услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно ограничен, в малых городах и селах дети-инвалиды нередко остаются вне системы образования по сугубо экономическим причинам. Традиционной формой обучения детей-инвалидов остаются специальные (коррекционные) образовательные учреждения. Для обучения детей с ограниченными возможностями на современном уровне требуется решение ряда проблем, в том числе совершенствование системы образования. Сегодня существуют явные пробелы в законодательной базе, а также в системе социальной поддержки. Значительная часть трудностей в обучении и воспитании детей-инвалидов связана с острым дефицитом квалифицированных кадров -

коррекционных педагогов (педагогов-дефектологов), психологов, воспитателей и социальных педагогов, недостаточным уровнем их подготовки. Очень многие выпускники дефектологических факультетов (коррекционной педагогики и специальной психологии) не идут работать в специальные (коррекционные) образовательные учреждения из-за низкой зарплаты и непрестижности профессии учителя-дефектолога, хотя еще в недавнем прошлом эти специалисты считались элитой педагогического сообщества. Особенности обучения детей-инвалидов как в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, так и в системе общего образования требуют внесения существенных изменений в учебные планы не только факультетов коррекционной педагогики и специальной психологии, но и ряда других (прежде всего, факультетов дошкольного воспитания и учителей начальных классов). Развитию инклюзивного образования препятствует отсутствие необходимого материально-технического обеспечения школ. Особое место среди проблем детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата занимают трудности доступа к учреждениям образования и здравоохранения, жилым зданиям и транспорту, спортивным и культурным учреждениям, что делает их жизнь фактически изолированной от общества. Как отметил уполномоченный по правам человека в РФ В.П. Лукин в докладе, посвященном проблемам детей-инвалидов, в России до сих пор не создана единая система раннего выявления отклонений в развитии детей и ранней коррекционно-педагогической помощи. И только немногие дети с ограниченными возможностями, включая детей-инвалидов, получают коррекционно-педагогическую помощь в раннем возрасте, хотя в ряде регионов (например, в Псковской, Свердловской, Самарской областях, Москве, Санкт-Петербурге) положительный опыт такой работы существует. Более половины детей, прошедших через систему качественной дошкольной коррекционно-педагогической помощи, могут обучаться в общеобразовательных учреждениях, а не в специальных (коррекционных) школах или классах, затраты на обучение в которых значительно выше [2].

Сегодня большинство учителей и директоров школ мало знают о проблемах инвалидности и не готовы к включению детей с ограниченными возможностями в процесс обучения в обычных классах. Тем не менее, в некоторых регионах России уже есть положительный опыт по внедрению инклюзивного образования. Практика работы некоторых образовательных, муниципальных и общественных организаций показывает, что дети-инвалиды способны заниматься в драматических и танцевальных кружках и спортивных секциях, участвовать в конкурсах и олимпиадах, реализовывать себя в живописи и музыке. В этих случаях школьники с ограниченными возможностями здоровья испытывают меньшее чувство неполноценности, психологического дискомфорта, впоследствии легче интегрируются в общество. Таким образом, назрела необходимость ориентировать государственную систему дополнительного образования на работу с детьми-инвалидами [1].

Список литературы

1. Шпинина, Ю.А. Инклюзивное образование в России [Текст] / Ю.А. Шпинина - М.: 2008.
2. Михайлова, М.С. Идеи инклюзивного образования [Текст] / М.С. Михайлова - М.: 2007.
3. Плужникова, В.Н. Инклюзивное образование за рубежом [Текст] / В.Н. Плужникова - Омск: 2008.

Кравченко Н.
студентка группы Э4М историко-филологического факультета
научный руководитель: Попова А.С.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Сложившиеся в ходе трансформации российской экономики хозяйственные отношения вызвали изменения устоявшихся моделей социально- экономического поведения населения страны. Выбрать стратегии успешной экономической деятельности смогла лишь небольшая часть граждан, остальные оказались неспособными адаптироваться к новым условиям. К числу наиболее уязвимых категорий населения относятся семьи, воспитывающие детей- инвалидов.

В последние годы были предприняты значительные усилия по совершенствованию законодательных норм, регулирующих положение детей инвалидов, что позволило добиться определенных позитивных результатов.

На 1 января 2009 года численность инвалидов, состоящих на учете в органах труда и социальной защиты населения Ставропольского края приблизилась к 250 тысячам человек, в их числе более пятнадцати тысяч детей-инвалидов [1].

На территории Ставропольского края заметно улучшились показатели здоровья, связанные с рождаемостью, смертностью, средней продолжительности жизни. Улучшаются показатели первичной инвалидности, уменьшается число детей-инвалидов и показатель детской инвалидности. Хотя, по-прежнему, остается низким показатель полной реабилитации - 1,7%.Удельный вес детей-инвалидов среди населения Ставропольского края составляет более 12% [1].

Значительная доля семей, имеющих детей-инвалидов с тяжелыми ограничениями жизнедеятельности, остаются до сегодняшнего дня менее защищенными. Поэтому актуальным считается подход к решению проблем социальной защиты этой категории граждан, для этого необходимо по нашему мнению правильно выстроить систему механизма социально-экономической адаптации семей с детьми инвалидами с учетом их социально-демографических и материальных ресурсов, возраста и реабилитационный потенциал детей – инвалидов.

Масштабность проблем преодоления инвалидности является социальным феноменом, избежать которого не может ни одно государство в мире.

В современных российских экономических условиях необходимо использовать все механизмы выживания, приспосабливаться и переживать кризис адаптации, выбирать стратегию социально-экономического поведения [2].

Проблемы инвалидов в регионе затрагивают важнейшие сферы жизнедеятельности, а именно:

1. Сохраняется недостаточная доступность для инвалидов в сфере образования и на рынке труда.
2. Весьма медленное и фрагментарное устранение существующих физических барьеров с социальной, информационной, транспортной инфраструктурах.
3. Низкий уровень оснащения быта маломобильных категорий детей-инвалидов с пониженным уровнем самообслуживания специальными техническими приспособлениями, а также санаторно-курортными путевками.
4. Ограниченность объема перечня и невысокое качество услуг, оказываемых инвалидам службами социальной помощи.
5. Несформированность механизмов комплексной компенсации последствий инвалидности на основе индивидуальных программ реабилитации и современных реабилитационных технологий [3].

Для интеграции инвалидов в общество эти вопросы все и на сегодняшний день остаются важными и актуальными, но для радикального способа решения таких вопросов возможно через повышении я благосостояния инвалидов и их семей.

Самой главной проблемой социального характера остается системный подход в сфере образования. На территории Ставропольского края в вузах обучается 201 инвалид, что составляет только 35% от потребности [1].

В 2008 году разработанная Концепция интегрированного образования инвалидов в Ставропольском крае направлена на создание модели интегрированного образования инвалидов. Реализация Концепции позволяет учиться детям инвалидам с какими-либо отклонениями в обычных школах со здоровыми детьми. Данная методика получила широкое распространение в развитых странах Европы и Америки.

Авторитетным в концепции является благотворное влияние на самих инвалидов, и на окружающих их людей, помогая тем самым преодолевать массу психологических барьеров в общении в обществе [2].

Мы считаем, что при развитии информационных ресурсов необходимо развивать дистанционную форму обучения и создавать бюджетные места в таких специализированных учебных заведениях для детей-инвалидов. Но, все вопросы образования для детей-инвалидов могут быть успешно решены только при условии тесного и эффективного взаимодействия всех заинтересованных органов и структур, выполняющих образовательные и

воспитательные функции. Таким образом, общество оценивается как развитое, демократическое в зависимости от его отношения к инвалидам.

Список литературы

1. Данные Федеральной службы статистической информации Российской Федерации [Текст] Раздел. V – стр. 84-89.
2. Л.Л. Максименко Электронное учебное пособие по общественному здоровью и здравоохранению. [Электронный ресурс] - Ставрополь, 2008.
3. В.А. Меняев Общественное здоровье и здравоохранение. – Под ред. В.А. Миняева и Н.И. Вишнякова. – М. «МЕДпресс-информ», [Текст] 2008.

Кудрявцева И.
студентка группы ПН3 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Бондаренко О.А.

ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАНИЯ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОТЯМИ

В российском обществе неоднократно предпринимались попытки решить проблему социализации детей с ограниченными возможностями, например, через создание специальных реабилитационных центров. Однако их основной особенностью было то, что здоровые педагоги общались с детьми-инвалидами. Возникновение принципиально новых взглядов на проблему детей-инвалидов был связан, во-первых, с переходом общества к постиндустриальной стадии развития, а во-вторых, с поворотом в общественном сознании от «культуры полезности» к «культуре достоинства» [1].

На пороге нового тысячелетия человек с ограниченными возможностями должен рассматриваться не только как объект социально-педагогической помощи и заботы, но и как активный субъект окружающего социума, создающего условия для максимально возможной его самореализации и интеграции в общество. Говоря о людях с ограниченными возможностями, мы затрагиваем ключевые и универсальные темы, касающиеся человека вообще. Люди с ограниченными возможностями «являются своеобразной призмой, сквозь которую мы можем увидеть иную перспективу жизни, любви и смерти» - так говорил об этом один человек, проживший с умственно отсталыми людьми более 10 лет в общинах «Веры и Света» [2]. Вот почему поиск оптимальных путей для воспитания толерантного отношения общества к детям с ограниченными возможностями встает в число первостепенных задач педагогической науки и выступает объектом междисциплинарного исследования.

Оценка людей по их внешнему виду и по умственным способностям характерна для нашего образа жизни. Мы предвзято относимся не только к уродству, но и к таланту и даже к красоте. Все люди, так или иначе отличающиеся от нас, вызывают у нас особое и не всегда доброе отношение. Предрассудки являются составной частью нашей социальной структуры, и попытки избавиться от них могут вызвать глубокое внутреннее сопротивление. Может быть, поэтому, тема инвалидности всегда была проблемой для «нормального» общества. Люди с аномальным развитием пробуждают страх и агрессию. Если посмотреть на историю человечества с этой точки зрения, мы увидим, что на протяжении многих столетий философы и ученые Древнего мира и Западной Европы средних веков, в эпохи Ренессанса и Просвещения рассматривали изоляцию и одиночество как удел людей с проблемами в развитии. Встречались редкие исключения – в некоторых исламских странах, христианской России и др., - но они только подчеркивали правило [3].

В последнее время очень часто в средствах массовой информации можно услышать о толерантности. Толерантность предполагает готовность принять других такими, какие они есть, и взаимодействовать с ними на основе согласия. И для того, чтобы оставаться людьми, мы должны сами понимать и принимать другого.

На протяжении своей истории общество меняло отношение к людям с ограниченными возможностями. Оно прошло путь от ненависти и агрессии до терпимости, партнерства и интеграции лиц с отклонениями в развитии. Данные современной антропологии убедительно показывают, что становление и развитие человеческого общества было бы невозможно без востребованности им тех социальных качеств, которыми обладали инвалиды. По мнению Н.Н. Малофеева, в отношения общества и государства к лицам с ограниченными возможностями можно выделить пять периодов. Первый период - от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии. В России в этот период возникают первые монастырские приюты (1706-1715 гг.), что было связано с реформами Петра I.

Второй период - от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них. В России происходит открытие первых специальных школ (в Петербурге для глухих - 1806г, и для слепых - 1807г.), что было связано со знакомством императора Александра I с западным опытом и приглашением французского тифлопедагога Валентина Гаюна для работы в России.

Третий период - от осознания возможности обучения к осознанию целесообразности обучения трех категорий инвалидов: с нарушениями слуха, зрения, умственно отсталых. Условной границей можно считать последнюю четверть XIX в. - время принятия в Западной Европе законов об обязательном всеобщем начальном образовании и на их основе законов об обучении глухих, слепых и умственно отсталых детей. В России становление

специальных школ приходится на советский период - 1927-1935 гг. - и связано с Законом о всеобуче.

Четвертый период - от осознания необходимости обучения части аномальных индивидов к пониманию необходимости обучения всех аномальных людей. В России в 50-60-е гг. осуществляется дифференциация системы специального образования, ее структурное совершенствование, переход от 3-х к 8-ми типам спецшкол и 15-ти типам спецшкольного обучения.

Пятый период - от изоляции к интеграции. В 90-е гг, Россия находится на этапе перехода от четвертого к пятому периоду, в то время как Западная Европа уже более двух десятилетий переживает этот период и располагается на его продвинутой стадии. Содержанием этого периода является реорганизация взаимодействия структур массового и социального образования и ориентация последнего на подготовку детей с отклонениями в развитии как полноправных граждан того общества, к которому они принадлежат. Как можно заметить, даже в момент своего развития «здоровая» часть индустриального общества, не имея видимого экономического резона в заботе об инвалидах, но, основываясь на глубоких общинных стереотипах поведения, продолжала вести работу по их социальной адаптации [4].

Решение проблем инвалидов сопряжено не только и не столько с финансовыми трудностями, сколько с необходимостью изменять общественное мнение, имидж инвалидности и инвалидного движения. Чудовищная апатия общества и самих инвалидов по отношению к необходимости менять себя – вот самая главная проблема, из которой вытекают все остальные [5].

Основные цели существующих программ должно быть направлены на воспитание толерантного отношения к детям-инвалидам и привлечение внимания молодёжи к проблемам детей-инвалидов. Программы должны быть рассчитаны на школьников, так как дети наименее подвержены влиянию стереотипов по отношению к инвалидности. Они, как правило, несут в себе меньше негативной информации. Но с другой стороны, обилие негативной или неадекватной внешней информации способно серьёзнейшим образом повлиять на ребёнка или подростка в худшую сторону [2]. Многие дети и подростки, как ни странно, более склонны к состраданию и стремлению помочь другим нуждающимся, нежели, например, их родители. Это видно из опыта работы с волонтёрами, большинство из которых – школьники.

Однако в школе, как и в обществе в целом, существует ряд очень серьёзных проблем:

- отсутствие достаточной информированности ребят об инвалидах (в том числе их возраста) и трудностях, с которыми они сталкиваются;
- отсутствие у них навыков общения с детьми-инвалидами;
- отсутствие в школьной программе занятий, помогающих детям понять своих сверстников, имеющих инвалидность и научиться общению с ними;

- дефицит методических разработок в этой области [4].

Здесь важно продемонстрировать модель социально активной школы и семьи на пути движения к этой цели. Основной задачей современного общества должна быть в обращение внимания учащихся на проблемы, связанные с получением образования детьми-инвалидами. В российском обществе неоднократно предпринимались попытки решить проблему социализации детей с ограниченными возможностями, например, через создание специальных реабилитационных центров, где здоровые педагоги общались с детьми-инвалидами. Но в настоящее время практикуется во многих школах проведение занятий, где обучаются здоровые дети и дети-инвалиды, что оказывает благотворное влияние не только на ребят, которые получают новую информацию и навыки, но и на тех, кто эти занятия проводит. Дети, обучаясь с детьми-инвалидами, получают следующие качества:

• информирование об инвалидах и их проблемах;

• передачу знаний и навыков необходимых, для общения с инвалидами;

• привлечение учащихся школ к участию в мероприятиях и акциях социальной направленности [2].

Для решения поставленных задач используются следующие методы:

• мониторинговые занятия (опросы, дискуссии, анкетирование, мини-лекции, просмотр видеоматериалов и небольшие ролевые игры);

• информационные встречи (работа в малых группах, мозговой штурм, вертушка, дискуссия с переходами, фокусированная дискуссия по видеоматериалам, кроме того, данные занятия усиливаются дополнительными ролевыми играми и разминками);

• занятия с элементами тренинга (рассчитаны на максимальное проявление активности ребят, использование их знаний, опыта, выявление и изменение их жизненной позиции) [2].

Любой человек, в том числе и инвалид, живет в обществе. Каждый из нас создает и составляет это общество. Для оптимального развития и адекватной самореализации человеку с ограниченными возможностями нужна многоаспектная взаимосвязь с обществом, которая устанавливается в процессе социализации, общения, коллективной деятельности. Мы все нуждаемся в любви, в достойном отношении к себе, в уважении, понимании, но в большей мере это необходимо людям с ограниченными возможностями. Поэтому поиск оптимальных путей для воспитания толерантного отношения общества к детям с ограниченными возможностями встает в число первостепенных задач педагогической науки.

Список литературы

1. Грузинова Т.В. Дети с ограниченными возможностями: мифы, реальность, пути интеграции//Директор школы. 1999, № 4.

2. Программа «Уроки доброты». - Тольятти, 2007.

3. Роджерс К. Что значит становиться человеком?. Теории личности в западно-европейской и американской психологии/ сост. Д.Я.Кайгородский. - Самара, 1996.
4. Свиридов В.В. Социальные функции культурного потенциала лиц с ограниченными возможностями [Электронный ресурс]: дис. канд. социол. наук: 2006.-М.: РГБ, 2006.
5. Возжаева Ф.С. Реализация комплексных реабилитационных программ для детей-инвалидов//Социальное обеспечение, 2005, №18.

Литвинова В.
студентка группы СП1П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Гаранжа Н.В.

СТЕРЕОТИПЫ ИЗОБРАЖЕНИЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В КУЛЬТУРЕ

К настоящему времени при рассмотрении инвалидности в западной науке сложилась важная традиция изучения данного феномена с точки зрения культуры. Эта традиция берет свое начало, например, с размышлений о самоидентификации инвалидов Луи Баттай (1966), и последующем рассмотрении этого вопроса Энн Ширер (1981) и Джо Кэмплингом (1981), работы, которых в 80-е годы XX века определенным образом подхлестнули деятельность организаций людей с ограниченными возможностями, протестовавшихпротив создания в культуре ряда стереотипных образов инвалидов.

Акцентирование внимания на культурном и идеологическом притеснении инвалидов является проявлением того, что образы людей с ограниченными возможностями все больше входят в нашу жизнь. Формы представления инвалидов в СМИ и различных видах искусства (литература, кинематограф, фотография и др.), расценивается как подтверждение того, что означает быть инвалидом в современном обществе. Однако, определенные стереотипы в изображении людей с инвалидностью в культуре сложились не сегодня. Они формировались на протяжении всего исторического развития общества. Начиная с легенд и классических мифов до современной культурной традиции, большинство физически неполноценных персонажей окружены атмосферой «инаковости», отличия от других, которая создается через демонстрацию их ущербности. Примерами могут послужить и Капитан Крюк из сказки «Питер Пен» Дж. М. Барри, и Квазимодо из «Собора Парижской Богоматери» В. Гюго, и Клиффор Чаттерлей из «Любовника леди Чаттерлей» Д. Лоуренса, и Тимни Ти из «Рождественской истории» Ч. Диккенса. Символический образ человека с ограниченными возможностями часто вызывает жалость, страх, дискомфорт, чувство вины или наоборот, заставляет читателя или зрителя почувствовать свою нормальность и

нормальность других персонажей. Физически неполноценные литературные герои, как правило, остаются на периферии любого жанра [3].

Главные же герои крайне редко имеют физические недостатки. Сюжет или произведение обычно выигрывают при использовании неполноценного персонажа, воспринимаемого читателем как человека, но решительно другого. Сам факт описания телесных различий помещает этих персонажей в рамки, которые выводят на передний план их отличие от явно «нормальных» других участников сюжета. Авторы наделяют физически неполноценных персонажей чертами характера, качествами и поведением, естественными для иных с теоретической точки зрения, и опускают другие черты и качества, которые могли бы смягчить или дополнить образ. Героев с инвалидностью описывают, основываясь на социальных стереотипах, представляя их как бессильных и зависимых людей, и рассматривая их в качестве источника проблем [1].

Зачастую персонаж-инвалид служит лишь инструментом для переделки «здорового, но неблагородного» главного героя или метафорой преодоления бессилия, выступая образцом мужества, ярким примером конфликта между мужественностью и жалостью. С таких позиций представлены герои с ограниченными возможностями в кинематографе («Человек дождя» Б. Левинсона, «Рожденный четвертого июля» О. Стоуна, «Форрест Гамп» Р. Земекиса и др.). Именно данный ролевой конфликт попадает в центр внимания массовой культуры, которая обращается к образу инвалидности, олицетворяющему слабость, зависимость, уязвимость, потерю мужественности.

Такие стереотипные образы людей с ограниченными возможностями не могут не влиять на восприятие их обществом, на их самовосприятие и, как следствие, на их жизнь. Вот что, например, пишет Дженни Моррис в своей работе «Гордость против Предубеждения» (1991): «Общая культура лишает меня законной силы, как игнорируя меня, так и формируя специфический образ инвалида. Инвалиды отсутствуют в господствующей культуре. И когда мы действительно появляемся, то появляемся в специфических формах – от телемарафонов милосердия до пьес о людях, убитых трагедией – накладывая на себя и свою жизнь определения мира «обычных» людей».

Таким образом, культурное стереотипирование есть форма притеснения людей с ограниченными возможностями: инвалиды изображаются как бессильные и непривлекательные, и их физические недостатки как метафора несчастья. При этом культура, безусловно, может порождать и альтернативные образы людей с инвалидностью, что стало бы важным фактором их успешной социализации.

Список литературы

1. Веб-сайт Региональной общественной организации инвалидов «Перспектива» // http://perspektiva-inva.ru

2. Симен-Северская О.В. Материалы XXXVII научно-технической конференции по итогам работы профессорско-преподавательского состава

СевКавГТУ за 2007 год. Том первый. Естественные и точные науки. Технические и прикладные науки. Ставрополь: СевКавГТУ, 2008. 236 с.

3. «Жить инвалидом, но не быть им» Редактор – составитель Л.Л. Коноплина Екатеринбург 2000г.

Ложникова Г.
студентка группы СП 5 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Гостунская Я.И.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ - ИНВАЛИДОВ

В мировом сообществе все более заметным становится поворот от «культуры полезности» к «культуре достоинства». В контексте этой концепции человек с ограниченными возможностями независимо от своей дееспособности и полезности для общества рассматривается как объект, медицинской, социальной и психолого-педагогической помощи, ориентированной на создание условий для полной самореализации его личности.

Данный подход, несомненно, идеален и для отечественной реабилитации детей с ограниченными возможностями. В некоторых регионах уже есть положительный опыт работы, как в системе образования, так и социальной защиты.

Социальная работа с инвалидами включает в себя медико-социальную реабилитацию. Реабилитация – от позднелатинского rehabilitatio - «восстановление». Комплекс медицинских, психологических, педагогических, технических, профессиональных мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

Медицинская, психологическая, педагогическая, техническая, профессиональная функции, вместе взятые, обеспечивают социальную реабилитацию больного. Основные задачи реабилитации заключаются в том, чтобы сделать инвалида способным к жизни в обществе, создать соответствующие предпосылки для вовлечения его в общественно-трудовую жизнь общества.

Главным результатом медико-социальной реабилитации как направления социальной работы является достижение такого состояния ребенка-инвалида, когда он способен к выполнению социальных функций, свойственных здоровым детям. При этом под социальными функциями (их еще называют социальными умениями) понимаются трудовая деятельность, обучение, способность к чтению, письму, коммуникативная способность и другие.

В то время как большинство людей могут научиться социальным умениям при минимальном формальном обучении, дети-инвалиды

нуждаются в тщательном и систематическом обучении этим навыкам. Главная цель – научить ребенка инвалида двигательным и социальным навыкам, основам грамоты и счета (например, одевание, умывание, умение пользоваться столовыми приборами, обращаться с деньгами, делать покупки и приготавливать пищу, пользоваться телефоном, транспортом и так далее). Дети-инвалиды школьного возраста имеют возможность в рамках медико-социальной реабилитации изучать академические дисциплины, готовиться к рабочей жизни.

Восстановительное лечение детей-инвалидов не ограничивается оперативным вмешательством, медикаментозным и физиотерапевтическим воздействием, оно слагается из длительных и многообразных этапов медицинской, социальной психологической коррекции. В понятие реабилитации детей, имеющих психофизиологические отклонения, входят следующие важнейшие моменты: развитие жизненно необходимых навыков, обучение, по возможности, чтению и письму, адаптация к детскому коллективу, которые должны осуществляться повседневно и ежеминутно.

В настоящее время признана эффективной система круглогодичного оздоровления и реабилитации детей-инвалидов на базе специализированных детских учреждений. Данная организационная форма позволяет использовать не только традиционные способы терапии, но и методы лечебной педагогики, психологической коррекции в сочетании с адаптацией детей в коллективе. Однако следует отметить недостаточное количество учреждений подобного типа, а также тяжесть нарушений, имеющих место у большого числа детей, наличие которых может служить противопоказанием для посещения специализированных детских садов.

В психологическом плане инвалидность ставит перед человеком множество проблем. Инвалидность - это специфическая ситуация развития и состояния личности, как правило сопровождающаяся ограничениями жизнедеятельности в самых разнообразных ее сферах.

Инвалиды с детства – наиболее слабо защищенная категория инвалидов, имеющая свою специфику, обусловленную, в зависимости от времени наступления нарушений и ограничений жизнедеятельности, отсутствием того социального опыта, который имеют инвалиды, получившие инвалидность после восемнадцати лет.

Формирование личности у детей-инвалидов, происходит в условиях ограниченного жизненного пространства и коммуникативности, иногда в полной зависимости от посторонней помощи в самообслуживании. Не смотря на то, что инвалиды с детства, как правило, обладают высокой внутренней восприимчивостью мироощущений и развитым самоанализом, дающими предпосылки для развития творческих способностей, им намного труднее реализовывать свои возможности, чем другим инвалидам.

Отсутствие условий, при которых возникают и развиваются способности, целеустремленность, активность и жизнестойкость, влияет на формирование навыков самостоятельности, адекватных взаимоотношений с

окружающими, без которых невозможно гармоничное взаимодействие внешней среды обитания с внутренним миром индивидуума.

Это вызывает неуверенность в себе, комплекс неполноценности, ориентирует на потребительское сознание и иждивенчество, то есть ведет к синдрому социального инфантилизма. В результате – потенциал личности теряется, а затраты на социальную помощь «дивидендов» для общества практически не приносят.

Исходя из этого, необходимы различные подходы к определению инвалидности с детства и общего заболевания, только медицинских критериев явно недостаточно. Необходима комплексная социальная оценка.

Поэтому целью реабилитации инвалидов с детства является адаптация, в отличие от инвалидов, имевших нормальное детство и ставших инвалидами после 16−18 лет, цель реабилитации которых – интеграция в общество.

Психолого-медико-педагогическая реабилитация предполагает преодоление и коррекцию имеющихся у ребенка нарушений: двигательных, речевых, интеллектуальных, поведенческих расстройств, нарушений общения, недостаточности высших психических функций, например, пространственных нарушений; подключение компенсаторных возможностей.

Процесс реабилитации включает в себя широкий круг мер. «Реабилитация – это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение ограничений жизнедеятельности. Целью реабилитации является восстановление социального статуса человека, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация».

В связи с многообразием типов дефекта, заболеваний, врожденной патологии и последствий травм, ограничений жизнедеятельности используется индивидуальная программа реабилитации. Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида направлена не только на анатомический дефект, функциональные нарушения и ограничение жизнедеятельности. Она еще рассчитана и на определенный возраст, который заставляет специалистов корректировать ее по мере естественного роста и развития ребенка, вследствие чего меняются исходные данные.

В процессе реабилитации ребенка-инвалида выделяют медицинский, социальный и профессиональный этапы.

Медицинская реабилитация (восстановительное лечение) включает меры по восстановлению и компенсации нарушенных или утраченных функций, предотвращению осложнений и рецидивов заболевания. Для этого используются лекарственные средства, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение, протезирование.

Социальная реабилитация детей-инвалидов с ограниченными возможностями направлена на социальное и бытовое устройство инвалидов. В комплекс мероприятий входят обеспечение различными техническими устройствами, позволяющими передвигаться, а также интеграция в социум.

Реабилитация помимо своей основной гуманитарной функции, заключающейся в возвращении человека к достойной жизни, имеет еще и важный социально-экономический аспект. При инвалидности с полной утратой трудоспособности общество несет большие экономические потери, которые складываются из пенсий, затрат на медицинское обслуживание, обучение и т. п.

В последнее время, государственная политика в отношении инвалидов направлена на изменение общепринятого иждивенческого образа жизни, на понимание инвалидом, что он – не ущербный, обделенный жизнью человек, а полноценный, самостоятельный гражданин, способный внести свой вклад в общественную жизнь.

В целях реализации социальной адаптации медико-социальной экспертизой ежегодно разрабатывается индивидуальная комплексная программа реабилитации ребенка-инвалида с ограниченными возможностями.

Индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида – это, прежде всего документ медицинского порядка, разработать его могут специалисты медико-социальной экспертизы, так как восстановление жизнедеятельности инвалида, прежде всего, зависит от стадии заболевания, нарушенных функций, клинического прогноза.

Разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий включает в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации различных реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей ребенка-инвалида.

Индивидуальная программа реабилитации является обязательной для исполнения соответствующими органами. Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации, не может быть меньше установленного федеральной базовой программой реабилитации.

И все же следует отметить, что индивидуальная программа реабилитации имеет рекомендательный характер. Родитель или опекун ребенка-инвалида вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом.

Если предусмотренные индивидуальной программой реабилитации техническое или иное средство либо услуга не могут быть предоставлены ребенку-инвалиду или если его родитель или опекун приобрел соответствующее средство, либо оплатил услугу за собственный счет, то выплачивается компенсация в размере стоимости технического или иного средства, услуги, которые должны были быть предоставлены ребенку-инвалиду.

Однако, отказ лица, представляющего интересы ребенка-инвалида от индивидуальной программы реабилитации в целом или от реализации отдельных ее частей освобождает соответствующие органы государственной

власти, органы местного самоуправления и др. от ответственности за ее исполнение и не дает права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Индивидуальная программа реабилитации – одновременно документ юридический. По его содержанию объемов, видов, сроков исполнения медико-социальной помощи родитель или опекун ребенка-инвалида имеет право требовать эту помощь от всех структур, входящих в систему реабилитации вплоть до разбирательства в суде.

Одним из основных направлений поддержки взрослеющих детей-инвалидов является профессиональная реабилитация как важнейшая составная часть государственной политики в области социальной защиты. Немаловажную роль в процессе реабилитации имеет возможность самореализации. Одной из проблем, с которой сталкивается юноша (девушка), имеющий (ая) группу инвалидности – это невозможность трудоустроиться.

Профессиональная реабилитация инвалидов включает следующие мероприятия, услуги и технические средства: профориентация (профинформирование; профконсультирование; профотбор; профподбор); психологическая поддержка профессионального самоопределения; обучение (переобучение) по программам основного общего образования, среднего (полного) общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования; повышение квалификации; содействие трудоустройству (содействие в трудоустройстве на временные работы, на постоянное место работы, самозанятости и предпринимательству); квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов; профессионально-производственная адаптация.

Профессиональная реабилитация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства. Так как средства, вложенные в реабилитацию инвалидов, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов. В случае ограничения доступа инвалидов к занятиям профессиональной деятельностью, расходы на реабилитацию инвалидов лягут на плечи общества в еще большем размере.

За многие годы бывшие врачебно-экспертные комиссии так и не научились давать трудовые рекомендации инвалидам, которые в подавляющем большинстве трудоустраивались самостоятельно. Это один из отрицательных факторов прошлого времени. Мало знать общие показания и противопоказания к труду по конкретной профессии. Надо придерживаться требований к каждой профессии, что должен знать и уметь инвалид при выполнении рекомендуемой работы или его нужно обучить новой профессии.

В этом вопросе нужно активно использовать помощь реабилитолога. Именно поэтому в настоящее время приговор «нетрудоспособен» практически не звучит больше в отношении инвалидов (за исключением отдельных случаев). Он заменен на рекомендации следующего содержания:

«может работать в специально созданных условиях», «может работать вахтером с неполным рабочим днем», «рекомендована деятельность, не связанная с физическими нагрузками» и пр.

С другой стороны, невозможно дать индивидуальную программу реабилитации, если медико-социальная экспертиза не располагает банком данных учебных заведений для инвалидов по конкретным профессиям и банком данных вакантных рабочих мест для инвалидов, а также перечнем других социальных услуг, которые могут быть ему оказаны по месту проживания. Поэтому они тесно сотрудничают со службами занятости населения.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусматривает «создание в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности необходимых условий труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида».

Потребности инвалидов в профессиональном обучении определяются численностью контингента выпускников-инвалидов коррекционных школ и школ общего типа, трудоспособных инвалидов, освидетельствованных вновь и переосвидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы, получивших направление на профобучение или переобучение.

Весьма существенной является взаимосвязь между уровнем образования и намерениями переобучения. Четко прослеживается зависимость положительного отношения к профконсультированию от уровня образования: с ростом уровня образования безработные выше оценивают важность профконсультаций. Также выявляется четкая связь уровня образования и отношения к важности трудоустройства: усиление желания трудоустроиться с повышением уровня образования.

Таким образом, дети с ограниченными возможностями – наименее социально и психологически защищенная категория среди инвалидов, имеющая свои особенности за счет отсутствия того социального опыта, который имеют инвалиды, получившие инвалидность во взрослом возрасте. Несмотря на множество проблем медико-социального и психолого-педагогического характера у детей с ограниченными возможностями, разрешить их невозможно без изменений в общественном сознании негативных установок по отношению к инвалидам, а также устранения их дискриминации в обществе.

С переходом общества к постиндустриальной стадии развития, а также в связи с поворотом в общественном сознании от «культуры полезности» к «культуре достоинства», появился принципиально новый взгляд на проблему инвалидности. В настоящее время человек с ограниченными возможностями рассматривается как объект социальной помощи и заботы, ориентированных на создание ему условий для максимально возможной его самореализации, реализации всех имеющихся возможностей его интеграции в общество. Другими словами, инвалид теперь рассматривается не только как объект

социальной работы, но и как активный субъект общественной жизни и творец своей судьбы.

Список литературы

1. Камсюк ЛГ. Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов //Педиатрия. 1990. № 2. – С. 11−14.

2. Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учебн. пособие / Под ред. проф. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

3. Социальная работа: Словарь-справочник / Под ред. В. И. Филоненко. - М.: «Контур», 1998. – 480 с.

4. Энциклопедия социальной работы. В 3 т. / Пер. с анг. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1994. – 318 с.

Мигачева Ю.
студентка группы СП 3Л факультета специальной педагогики
научный руководитель: Шеховцова Т.С.

ВВЕРХ ПО «МАЛЕНЬКИМ СТУПЕНЬКАМ» В ИНТЕГРИРОВАННУЮ ШКОЛУ: ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Одна из примет нашего времени - удивительный прогресс в разработке и практическом применении новых методов обучения детей с отклонениями в умственном развитии. Благодаря эффективности этих методов, большинство детей с нарушениями интеллекта живут теперь несравненно полноценнее, чем 20 лет назад. Родители и педагоги стали лучше сознавать их потребность в любви, внимании, поощрении; они убедились в том, что эти ребятишки могут так же, как и другие, с пользой для себя учиться в школе, активно отдыхать и участвовать в жизни общества. Одно из следствий такого прогресса - заметное уменьшение числа детей, воспитывающихся в специальных учреждениях вне дома.

Достижения, о которых мы говорим, характеризуют одно из успешно развивающихся направлений деятельности ученых и педагогов последней четверти двадцатого столетия. Победа, однако, досталась трудно. Она пришла лишь благодаря неустанным и целенаправленным усилиям родителей, специалистов и общественных объединений, выступающих в защиту прав детей с трудностями в развитии. Существенную роль сыграли специализированные организации, такие как созданный в 1974 году в Университете Маккуэри (Австралия, Сидней) Центр Даун Синдром. На базе этого Центра действует целая система служб, которые проводят консультации и занятия с детьми с синдромом Дауна и их родителями. Центр Даун Синдром оказал самое непосредственное влияние на формирование модели поддержки и обучения родителей. Именно это, по всей видимости,

принесло ему наибольшую известность. Однако не менее важным фактором его успеха явилась разработка и издание обучающих программ и пособий для родителей и специалистов. Большая часть этих материалов распространяется и используется не только в Австралии, но и за ее пределами. Последняя работа сотрудников Центра - программа «Маленькие Ступеньки», авторами которой являются преподаватели университета Маккуэри: Мойра Питерси, Робин Трилор, Сью Кернс, Дайана Ютер, Эрик Бра.

Программа ранней педагогической помощи, получившая название программы Маккуэри, была в Австралии первой, поэтому в задачу персонала входило не только исследование ее эффективности, но и адаптация к австралийским условиям. Не менее важно было организовать распространение информации о методах и результатах работы с детьми, чтобы заинтересовать ими жителей всей страны. Материалы Центра стали публиковаться различных изданиях; был создан класс, на примере которого гости могли знакомиться с учебным процессом [2].

Сейчас в Австралии группы ранней педагогической помощи действуют повсюду. Многие из них пользуются методами, разработанными в Центре Маккуэри. Организация, абсолютно идентичная Центру Университета Маккуэри, была создана в Гонконге. К этой инициативе проявили интерес и другие азиатские страны.

Цель Программы - помочь детям с трудностями в развитии вести жизнь, максимально приближенную к нормальной. Чем большим вещам научится ребенок, тем полноценнее он сможет участвовать в жизни своей семьи и общества.

Рассмотрим основные особенности программы Маккуэри [1; 26].

1. Программа Маккуэри - педагогическая, а не медицинская. Это значит, что она является средством формирования у ребенка тех навыков и умений, которые он готов воспринять, а не средством лечения причин его отставания. В тех случаях, когда лечение действительно необходимо, его проведение поручается лечащему врачу. Педагоги и воспитатели Центра Маккуэри видят свою задачу в том, чтобы помочь детям овладеть необходимыми умениями, причем часто это делается не непосредственно в Центре, а дома, где с малышами занимаются родители, используя методы обучения, предложенные педагогами Центра.

2. Программа помогает детям овладеть теми навыками и умениями, которые обычно формируются в процессе нормального развития. Это значит, что программа формирует те навыки, которые помогут детям развиваться дальше. В «Маленьких Ступеньках» вы не найдете ни одного вида деятельности, который бы не входил в сферу деятельности обычного ребенка. Просто обычного ребенка не нужно учить этому столь целенаправленно.

3. Процесс обучения как бы разбивается на маленькие ступеньки, отсюда и название программы. Дети с отклонениями в развитии учатся точно так же, как и все остальные дети, только медленнее. Задача, которая, возможно, покажется такому ребенку непреодолимо трудной, может быть решена, если ее представить в виде серии маленьких задач.

4. Программа основана на продуманной системе оценок. Дети с трудностями в обучении учатся значительно лучше, если перед ними ставятся правильно выбранные задачи в правильно выбранное время. Поэтому прежде, чем приступить к обучению, мы выделяем особое время для точного определения того, что ребенок способен делать в данный момент, и чему он готов учиться дальше.

5. Дети работают над решением конкретных задач. Те умения, над которыми ребенок работает в определенный период времени, мы называем его задачами. Формулирование задач помогает педагогам и родителям постоянно помнить, к чему они стремятся, занимаясь с малышом.

6. Каждый ребенок занимается по индивидуальной программе. Задачи, которые решает малыш в течение определенного отрезка времени, составляют его «программу». Что в нее входит - зависит от того, чему он готов учиться, и от того, сколько времени и какие возможности имеются для занятий с ним. Программа «Маленькие Ступеньки» разрабатывалась так, чтобы она, с одной стороны, помогала ребенку успешно учиться, а, с другой стороны, была практична и удобна для семьи.

7. Методы обучения легко усваиваются и не требуют специальной техники. В их основе - годы внимательного поиска эффективных и практичных приемов, которые можно использовать как в классе, так и дома. Эти методы часто легко вписываются в обычный распорядок дня. Занятия могут стать частью повседневной жизни и не потребуют выделения для них особого времени.

Программа «Маленькие Ступеньки» составлена на основе методик и учебных планов, разработанных в Центре Даун Синдром Университета Маккуэри. Их цель - максимально раскрыть потенциальные возможности ребенка. Достичь этого можно путем скрупулезных занятий впервые годы жизни малыша или сразу после обнаружения отставания в умственном развитии.

«Маленькие Ступеньки» - это программа ранней педагогической помощи детям с трудностями в развитии. Программа рассчитана на самых маленьких - тех, чей уровень развития соответствует 0-4 годам. Авторы данной программы считают то, что чем раньше начать заниматься с ребенком, тем лучше можно им помочь полностью реализовать их потенциал.

Программа «Маленькие Ступеньки» представляется исчерпывающей как в смысле охвата учебных планов, так и в смысле широты диапазона подходов к тому, как учить. Она, конечно, имеет как определенные основные принципы, так и специальные практические предложения, а точнее - сотни предложений, в основе которых - годы непосредственного педагогического опыта, а также мнение родителей об эффективности тех или иных приемов.

Вот некоторые принципиальные положения, которые легли в основу Программы Маккуэри и нашли свое отражение в программе «Маленькие Ступеньки» [1, 23]:

1. Учиться могут все дети. Ребенок с отклонениями в интеллектуальном развитии учится медленнее, однако он (или она) может учиться.

2. Детям с отклонениями в развитии необходимо овладеть всеми навыками, которые смогут помочь им в играх, в общении с окружающими, в достижении максимально возможной независимости, и, наконец, стать частью общества.

3. Родители, как педагоги, играют самую важную роль.

4. Эффективность обучения в значительной степени зависит от возраста ребенка. Занятия нужно начинать прямо с момента установления диагноза или обнаружения трудностей в развитии. Отсюда термин – «ранняя педагогическая помощь».

5. Эффективность обучения обеспечивается хорошо продуманной системой оценок и методик.

6. Все дети - разные, и все семьи - разные. По-настоящему эффективная программа должна удовлетворять как потребностям ребенка, так и потребностям семьи.

Программа «Маленькие Ступеньки» практична; она составлена так, чтобы ее можно было использовать наиболее удобным родителей образом. Она предполагает, что самое важное из того, что родителей могут дать ребенку, дается всегда - их любовью, их приятием малыша, их заботой о нем - физической и эмоциональной.

Рост популярности ранней педагогической помощи обусловлен результатами ее внедрения. Сравнительные исследования показали, что дети, получившие эту помощь, к моменту поступления в школу умели гораздо больше, чем те, кого она не коснулась. Многие дети с трудностями в обучении стали посещать обычные местные школы. Большинство из них в течение нескольких лет остаются в основном потоке. Дети со средними и даже серьезными трудностями в развитии учатся читать и писать, эффективно общаться с окружающими. Они овладевают этими умениями не потому, что им дают какое-то «лекарство», а потому, что их учили тому, чему нужно, тогда, когда нужно, и так, как нужно. Программа «Маленькие Ступеньки» призвана помочь родителям сделать для ребенка с синдромом Дауна именно это.

Главная отличительная особенность программы «Маленькие Ступеньки» - её адресованность, в первую очередь, и более всего, родителям - тем родителям, которые, вследствие обстоятельств или по собственной воле, намерены учить своих детей самостоятельно, в домашних условиях.

Следующей отличительной чертой программы «Маленькие Ступеньки» от материалов Центра Маккуэри является то, что более подробно рассказывается о том, как оценивать умения ребенка, как формировать индивидуальную программу, как учить. Программа и методики обучения разработаны так, что они могут быть использованы людьми, не имеющими педагогического опыта, в частности родителями. Также более подробно представлены те умения, формированием которых необходимо заниматься.

Программу «Маленькие Ступеньки» можно условно разделить на две части. В книгах 1, 2 и 3 рассматриваются основные принципы и приемы обучения, которые используются в Центре Маккуэри. В книгах 4, 5, 6, 7 и 8 представлены учебные планы, причем каждая из книг 4, 5, б и 7 охватывает

одну определенную область развития, а последняя книга содержит перечень всех умений, определяющих развитие ребенка. Она состоит из серии проверочных таблиц, позволяющих тестировать малыша. Книги представлены следующим образом.

Книга 1: Введение в программу «Маленькие Ступеньки».

Книга 2: Индивидуальная программа ребенка (как оценить уровень развития ребенка, как решить, чему учить ребенка; как учить ребенка; как, когда и почему следует вносить изменения в индивидуальную программу ребенка; игра, закрепление и развитие навыков; проблемы поведения и как с ними справляться).

Книга 3: Навыки общения (общение; развитие навыков общения в довербальный период; развитие речи).

Книга 4: Навыки общей моторики.

Книга 5: Навыки тонкой моторики.

Книга 6: Восприятие речи.

Книга 7: Самообслуживание и социальные навыки.

Книга 8: Перечень умений, определяющих развитие ребёнка.

Идея создания такой программы продиктована, во-первых, убеждением в том, что родители играют самую важную роль в обучении ребенка, а, во-вторых, многолетним опытом, подтвердившим эффективность занятий с родителями. Это не означает, что успехи малыша прямо связаны с квалификацией его родителей; его успехи во многом определяются потенциальными возможностями усвоения материала и качеством советов, которые даются его родителям. Специалисты Центра Даун Синдром Университета Маккуэри снова и снова убеждаются, что если родители считают, что их малыш справится с какой-то, даже трудной, задачей, то он с ней справляется.

Ранее мы отметили, что программа «Маленькие Ступеньки» была создана в Австралии, и в ней, естественно, отразились австралийские условия. Но и в России оказалось успешным применение данной программы ранней педагогической помощи (пока, к сожалению, не повсеместное), адаптированной к российским условиям.

Программа «Маленькие Ступеньки» в России была изучена и одобрена такими специалистами как В.И Лубовский, Е.М. Мастюкова, Л.О. Бадалян, В.А. Таболин, Т.Б. Филичева и др. В 1998г. данная программа была утверждена Федеральным экспертным советом по общему образованию Министерства образования России и рекомендована к использованию в работе с детьми, имеющими синдром Дауна.

В разных регионах России дети с синдромом Дауна, с которыми занимались по программе «Маленькие Ступеньки», показали хорошие результаты. Уровень их развития произвёл большое впечатление на специалистов из психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК). Многие из этих детей пошли в обычные детские сады или коррекционные детские сады для детей с сохранным интеллектом.

Министерство положительно оценивает программу, достоинством которой является последовательность и поэтапность в обучении детей с тяжелым интеллектуальным расстройством. Важным разделом программ является освещение роли родителей в обучении маленьких детей. Программа предусматривает пошаговость в воспитании детей с болезнью Дауна, включает разные разделы: лечебную физкультуру, развитие игровой, мыслительной и речевой деятельности; интересно представлены приемы, позволяющие совершенствовать мотивацию при выполнении разнообразных заданий с практической направленностью.

При исполнении программы «Маленькие Ступеньки» необходимо учитывать следующие положения.

1. «Маленькие Ступеньки» - гибкий инструмент: опытными педагогами эта программа может использоваться как справочное пособие, а новичками - как полное руководство для самостоятельной работы.

2. Сведения, которые могут почерпнуть педагоги из программы «Маленькие Ступеньки», могут и должны быть дополнены материалами из других источников. Очень важно, что программой могут пользоваться сами родители детей с синдромом Дауна.

Роль педагогов, работающего по программе «Маленькие Ступеньки» заключается в том, чтобы помочь родителям детей с синдромом Дауна определить те ступеньки, по которым их малыш сможет прийти к намеченной цели, и предложить методы обучения, позволяющие эти ступеньки одолеть, получая тем самым возможность обучения в массовой школе и интеграции в общество.

Программа «Маленькие Ступеньки» объединяет представителей органов управления, специалистов в области законодательства, образования, социальной защиты и здравоохранения и, что наиболее важно, родителей детей-инвалидов для совместной работы над созданием интегрированной, объединяющей системы образования, которая предоставит равные возможности всем российским детям учиться и расти в том обществе, где они родились и живут.

Новикова З.
студентка группы ИФЗР историко-филологического факультета
научный руководитель: Кайбе Е.В.

ЖИТЬ - ЗНАЧИТ ЧУВСТВОВАТЬ, МЫСЛИТЬ, СТРАДАТЬ… (В.Г. Белинский)

Обычно любой разговор о людях с особыми потребностями, непременно является тяжелым и окрашен в пессимистически благотворительные тона. Но не всегда это так печально. Зачастую художественная литература показывает нам, как эти люди умеют и хотят жить, как бы им не было трудно, как они радуются этой жизни, несмотря ни

на что. Нужна ли нам такая литература? Её актуальность и педагогическая востребованность говорят о том, что она – не «благотворительное» направление, а полноценный участник литературного процесса, к которому читатель и критики предъявляют те же требования, что и ко всей остальной словесности.

Во многих странах, например, тема особого ребенка, его взаимоотношений с окружающим миром вошла в художественную литературу довольно давно. В России же активно эта проблематика начала осваиваться после Второй мировой войны, но была заявлена еще в начале XX века, за что советские педагоги, особенно в 20-30 годы, обвиняли «буржуазную» литературу в «ложной чувствительности» и «культе слабых».

В XX веке эта проблематика очень активно проявляется в английской литературе. В русской до 1917 года к ней подходили весьма осторожно: помимо хрестоматийной притчи «Серая шейка», «Слепого музыканта» Короленко и «Повести о настоящем человеке» Полевого мы можем найти не так уж и много примеров того, как русская литература говорит о людях с ограниченными возможностями. После 1917 года больные люди, дети с особыми потребностями вообще исчезают из книг. Людям в советской литературе полагалось либо быть здоровыми, либо сразу умирать за правое дело, слабых героев там не было.

Сейчас можно часто слышать, что тема больного ребёнка – модная и на ней можно «войти» в большую литературу. Однако на самом деле всё не так просто. Тема детей, отвергаемых обществом – умственно неполноценных, инвалидов, социально запущенных, слишком неудобна и некрасива, трудно решиться говорить об этом. Большинство современных авторов, пытающихся подступиться к этой теме, не знают, как с нею быть, но среди них есть исключения. Например, книга Николая Назаркина «Изумрудная рыбка» о буднях детей, находящихся на лечении в советской больнице, очень интересны так же книги Екатерины Мурашовой «Класс коррекции» и недавно вышедшая «Гвардия тревоги». Мурашова, пожалуй, единственная из современных отечественных детских писателей не просто изобразила особых детей на фоне некоего благотворящего им мира, но и показала, каким образом они могут что-то этому миру давать.

Эту особую литературу называют «книгами, помогающими жить». Героев этих книг отличает одно существенное обстоятельство - они инвалиды, люди с ограниченными возможностями. Образ такого человека в литературе зачастую неоднозначен, но всегда этот герой – сильный, очень сильный человек, несмотря на свою беспомощность; он всегда верит в добро, хотя очень часто ему приходится перешагивать через барьер всеобщего непонимания и жестокости. Они – калеки, но они – такие же, как и мы: они любят и дружат, взрослеют, самоутверждаются, они чувствуют боль, холод и голод так же, как и мы; они полноценны, и возможности их, на самом деле, безграничны - лишь бы была в их жизни вера, надежда, любовь.

Хотелось бы отметить произведение Рубена Давида Гонсалеса Гальего «Белое на чёрном». Автор - испанец по происхождению, инвалид детства

(руки и ноги у него полностью атрофированы), выросший в советских детских домах, но ныне воссоединившийся с семьёй. Свой страшный детский опыт выживания он передал в своей книге, пронизанной трепетной любовью к жизни, к людям, которые помогли ему в этом. Гальего пишет о мире, где самой заветной мечтой ребёнка была смерть, единственная и главная победа в этом мире - само желание жить, и он учит жить, вдыхая полной грудью: «как Павел Корчагин, я не хочу умирать до смерти. Я буду жить до последнего. Я буду драться».

Все люди на Земле равны. Будь ты инвалидом, ты обладаешь такими же правами, как и окружающие тебя здоровые люди: на свободное передвижение и еду, на радость, любовь и уважение других… Не редко мы – здоровые – забываем об этом, многие даже считают, что таким людям не стоит жить, им не место среди нас. Однако эти люди не только имеют право на жизнь, но они ещё и достойны любви, заботы, внимания и уважения. Ведь зачастую они намного сильнее, добрее и благороднее, чем всё наше «здоровое» общество. Эти калеки больны, убоги, беззащитны, но они прекрасны своими чистыми сердцами, своей способностью любить этот жестокий, унижающий их мир. И нам не понять, как это возможно - без всякой надежды продолжать бороться за свою жизнь, сохранять чувство человеческого достоинства.

Во многих рассказах о людях с особыми потребностями через антитезу проявилась вся горечь нашей российской действительности, полное пренебрежение к ужасному положению инвалидов. Читая эти произведения, понимаешь, что ведь, по большому счету, все мы в каком-то смысле – инвалиды, с ограниченными возможностями, всё наше общество страдает «духовной инвалидностью».

Книги о людях с ограниченными возможностями очень нужны нам, здоровым читателям. Они помогают воспитывать в детях внимание и доброту к людям, это очень важно, ведь мы, их родители, постарев, тоже можем превратиться в особых людей, нуждающихся в помощи и поддержке.

Олабенко Р.
студентка группы СП3П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Ершова В.В.

ДИАГНОСТИКА СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Одной из важнейших задач учебного учреждения для неслышащих детей является формирование слухо-зрительного восприятия речи окружающих людей. Для реализации поставленной задачи необходимо усилить слуховой компонент в слухо-зрительном восприятии речи. Это может осуществляться в условиях целенаправленной, специально

организованной деятельности по развитию слухового восприятия в учебно-воспитательном процессе.

Слухо-речевая реабилитация неслышащих детей на протяжении последних десятилетий является одной из ведущих проблем специальной педагогики и психологии. К настоящему времени в отечественной сурдопедагогике и сурдопсихологии сложилась целостная система развития речевого слуха как одного из факторов полноценного развития личности глухих детей наиболее полной их адаптации в обществе (Н.Ф. Слезина, И.Г. Багрова, В.И. Бельтюков, К.А. Волкова, С.А. Зыков, Т.С. Зыкова, Е.П. Кузьмичева, Э.И. Леонгард, Л.П. Носкова, Т.В. Пелымская, Н.И. Шелгунова, Н.Д. Шматко, Е.З. Яхнина и др.)

Актуальность названной проблемы усиливается в связи с тем, что снижение слуха влечет за собой задержку речевого развития детей, обуславливает происхождение дефектов произношения, оказывает отрицательное влияние на развитие мышления и общее развитие детей с нарушениями слуха.

Развитие навыков восприятия устной речи строится на основе изучения состояния и резервов развития слуховой функции в процессе комплексного обследования по специально разработанным методикам (А.П. Велицкого, М.Я. Козлова, А.Л. Левина и др.).

Диагностика развития детей дошкольного возраста, будучи включена в дошкольное образование, призвана помогать педагогам и родителям ребенка правильно строить с ним педагогическое общение. Специфика дошкольного возраста заключается в том, что все психические процессы очень подвижны и пластичны, а развитие потенциальных возможностей ребенка в значительной степени зависит от того, какие условия для этого развития создадут ему педагоги и родители.

Комплексное обследование слуховой функции является частью общего медико-психолого-педагогического обследования детей. Обследование проводится по специально разработанной методике, включающей педагогическое обследование состояния слуха (без использования электроакустической аппаратуры), выявления состояния и резервов развития слухового восприятия речи (с использованием электроакустической аппаратуры), изучение возможностей детей понимать собеседника на материале связной речи. В процессе анализа результатов обследования учитывают данные о психофизическом развитии каждого ученика, времени, характере и причинах нарушения слуха, особенностях слухопротезирования и коррекционной работы в младенческом, раннем и дошкольном возрасте, а также уровне общего и речевого развития.

Учет результатов комплексного обследования слухового восприятия детей с нарушениями слуха в процессе формирования восприятия и воспроизведения речи позволяет более продуктивно мобилизовать их компенсаторные возможности, обеспечивая наиболее полноценное развитие устной речи.

Список литературы

1. Назарова Л.П. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушениями слуха: Учеб. Пособие для студ. Пед. Высш. Учеб. Заведений. – М.:ВЛАДОС, 2001. – 288с.

2. Развитие устной речи у глухих школьников: Метод. Пособие. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2003. – 136с.

Омельянчук О.
студентка группы СП3П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Ершова В.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ

Для правильного понимания особенностей психического развития детей, имеющих нарушения слуха, необходимо разобраться в общих и специфических закономерностях развития у них общения, усвоения ими различных средств общения, особенностях становления разных видов речи. Без этого невозможны адекватная организация их обучения и воспитания, педагогического процесса формирования речевых средств общения, осуществление успешной психологической коррекции. Проблемы формирования словесной речи у глухих и слабослышащих детей исследовали многие ученые - Ф.Ф. Рау, С.А. Зыков, Р.М. Боскис, И.М. Соловьев, Ж.И. Шиф, К.Г. Коровин, А.Г. Зикеев, Е.Н. Марциновская, А.М. Гольдберг, Е.П. Кузьмичева, Л.П. Носкова и другие.

Речь - это процесс использования языка для общения, реальный процесс оперирования языком, а язык - это система знаков и правил их преобразования. В психологии выделяют две основные функции речи, связанные между собой. Первая - коммуникативная, благодаря реализации которой осуществляется процесс общения между людьми, вторая - интеллектуальная, вследствие которой речь выступает как средство выражения мыслей, их образования и развития, благодаря чему человек становится способным планировать и прогнозировать собственное поведение. Усваивая язык как общественно-заданную знаковую систему, человек овладевает соответствующими формами и операциями мышления. Речь становится средством анализа и синтеза, сравнения и обобщения предметов и явлений действительности. При каких-либо отклонениях в психическом развитии ребенка гармония в становлении основных функций речи нарушается. Подобная дисгармония наблюдается в психическом развитии детей с нарушениями слуха.

Важной особенностью психического развития глухих детей является почти одновременное овладение ими несколькими различными видами речи - словесной (устной и письменной), дактильной и жестовой, т.е. своеобразная полиглоссия, как называл ее Л.С. Выготский.

Словесной речью глухие дети могут овладеть только обходными путями, в условиях специального обучения. На определенной ступени развития отношения глухого ребенка к предметам и людям, которые его окружают, старые способы общения оказываются не соответствующими новому содержанию его деятельности. При наличии правильно построенного педагогического процесса достигается переход к новым формам общения - речевым. Дети познают речь, опираясь на зрительное восприятие, подкрепленное речевыми двигательными ощущениями. Они не имеют возможности улавливать интонационно-выразительные средства речи и воспринимать на слух ее образцы, подражание которым, контролируемое слухом, определяет речевое развитие слышащего ребенка. В связи с этим Ж. И. Шиф выделила следующие психологические условия овладения речью глухими детьми в отличие от слышащих [1].

Речевое общение детей с нарушениями слуха формируется в условиях различных видов деятельности. Сам процесс овладения языком понимается как процесс формирования разных видов речевой деятельности (устной, письменной, дактильной), при этом развиваются обе ее стороны - импрессивная (зрительное, слухо-зрительное и собственно слуховое восприятие) и экспрессивная (говорение, дактилирование, письмо). Все виды речевой деятельности формируются в единстве.

При этом у глухих детей иные, чем у слышащих, сенсорные основы формирования первичных образов слов. У слышащих первичным образом слова является слуховой, у глухих детей - зрительный, подкрепляемый двигательными ощущениями (артикуляцией, дактилированием или письмом).

Зрительное восприятие слов, написанных на табличках («глобальное чтение»), начинается с нерасчлененного восприятия и узнавания табличек, сначала - по цвету, фактуре, позднее - по первой букве слова и т. п. Эти таблички педагог соотносит с определенными предметами и действиями, таким образом, благодаря нерасчлененному зрительному восприятию слов у глухих детей закладываются представления об их сигнальных функциях. Зрительное восприятие глухими написанных слов отличается от первоначальных этапов усвоения чтения слышащими детьми. Чтение слышащих - деятельность, производная от устной речи, предполагающая преобразование графических символов (букв) в речевые звуки. Для глухого ребенка зрительное восприятие слова - первый этап знакомства с языком. У многих и в дальнейшем при восприятии речи ведущими остаются зрительные и речедвигательные компоненты, за счет которых и совершается компенсация недостаточности слухового восприятия.

Следующая особенность овладения речью, отличающая глухих детей от слышащих, выделенная Ж.И. Шиф, - разный порядок анализа речевого материала. Овладевая речью, слышащий ребенок схватывает фонетический образ слова, практически членит его на слоги, затем на морфемы, потом на «азбучные звуки». Умение выделять слово из речевого потока появляется гораздо позднее, чем умение говорить, и позднее - при обучении грамоте - происходит точный фонетический анализ состава слов.

У глухих детей последовательность иная. Зрительное восприятие написанных слов дает им сведения о буквенном составе слова, которые закрепляются при обучении произношению звуков. Слоговой структурой слова глухие дети овладевают позднее, чем буквенным его составом, уже в процессе усвоения устной речи. При этом происходит перестройка отношений речедвигательных компонентов и зрительного восприятия. Осуществляется она медленно, поскольку в речевом опыте многих глухих детей зрительный образ слова длительно доминирует над медленнее формирующимся двигательным его образом. Характерной особенностью формирования речи у глухих детей являются трудности, которые они испытывают при овладении грамматическими преобразованиями и которые обусловлены иными сенсорными основами овладения речью. Звучащее слово воспринимается на слух как единое целое, в случае преобразований оно часто начинает звучать по-другому (например, меняется ударение). В зрительных образах слов преобразования касаются только определенной части слова, поэтому эти изменения воспринимаются глухим ребенком как более «внешние» по отношению к слову в целом. Начиная пользоваться речью, он должен обдумывать не только то, какие слова применить, чтобы выразить свою мысль, но и то, как их изменить, сочетать в предложении, т.е. осмыслить их грамматические особенности (Ж.И. Шиф).

И, наконец, своеобразны и неблагоприятны у глухих по сравнению со слышащими условия формирования речедвигательных навыков. Если исходить из представления о структуре нарушения, то чем ближе вторичные отклонения к первичному нарушению, тем труднее осуществляется их коррекция. Произносительная сторона речи находится в наиболее тесной зависимости от нарушений слуха, поэтому ее формирование оказывается наиболее трудным делом. Кроме того, речевое общение глухих остается ограниченным даже при наилучшей организации обучения [1].

Ограниченные возможности словесного общения и обозначенные выше психологические особенности обуславливают характер ошибок, которые глухие дети допускают при грамматическом оформлении речи. По мнению Ж.И. Шиф, основное своеобразие речи глухих учеников младших классов заключается в том, что в своих высказываниях они оперируют конкретными образами, а не понятиями, овладение которыми возможно лишь на основе более или менее развитого языкового обобщения. Для глухих детей этого возраста характерно наглядно-образное мышление. В слове они имеют возможность уловить предметную отнесенность, отраженный с помощью сохранных органов чувств наглядный образ, отдельные признаки обозначаемых явлений. В более обобщенном значении слово будет использоваться позже, когда более высокий уровень овладения речью позволит включить его в систему языка. Уточнение значений слов происходит у глухих детей по мере накопления словарного запаса. По мере овладения речью глухие дети усваивают все более точное и обобщенное значение слов, приобретают способность адекватно оперировать отвлеченными понятиями. У глухих детей наблюдаются большие трудности

при усвоении грамматического строя языка - как в случае необходимости грамматически правильно оформить свои мысли, так и в случае понимания грамматических конструкций в речи окружающих людей [2].

Таким образом, при овладении словесной речью глухие дети испытывают целый ряд трудностей, связанных с особенностями усвоения словарного состава языка, грамматического строя, речедвигательных навыков. Все это обедняет их познавательную деятельность, хотя предпосылки ее развития сохранны. Чем раньше глухого ребенка начинают обучать словесной речи, тем в большей степени будут использованы предпосылки развития познания, тем лучше такой ребенок будет усваивать словесную речь. Развитие наглядных форм мышления у глухих детей опережает развитие речи, в то время как у слышащих мышление и речь развиваются в единстве. Однако опережающее развитие мышления существенно помогает глухому ребенку в усвоении речи.

В процессе обучения глухие дети овладевают дактильной речью - своеобразной кинетической формой словесной речи, построенной на движениях пальцев руки в воздухе. В современной отечественной системе обучения глухих детей дактильная речь используется, начиная с дошкольного возраста и служит вспомогательным средством при формировании словесной речи (Б.Д. Корсунская). При этом дети лучше усваивают звукобуквенный состав слов.

Жестовая речь служит своеобразной компенсацией отсутствующей словесной речи, является средством, позволяющим глухому общаться с окружающими людьми. Особенности формирования и использования жестовой речи в процессе общения, ее роль в обучении глухих детей глубоко исследованы Г.Л. Зайцевой.

Таким образом, в речевом развитии детей с нарушениями слуха наиболее наглядно и ярко выступает их своеобразие по сравнению с нормально слышащими детьми - поздние сроки начала овладения словесной речью, одновременное и параллельное усвоение разных видов речи (словесной и жестовой; устной, письменной, дактильной), характерное для многих глухих словесно-жестовое двуязычие, трудности овладения словарным составом и грамматическим строем словесной речи. Все эти особенности влияют на развитие других познавательных процессов, прежде всего мышления, сказываются на формировании личности детей, их познавательных интересов.

Список литературы

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология.. М.: АКАDЕМА, 2002.

2. Зикеев А.Г. Развитие речи учащихся специальных (коррекционных) образовательных учреждений. М., 2000.

3. Корсунская, Б.Д. Чтение как цель и средство в системе дошкольного обучения глухих. // Дефектология. – 2007. - №1

Пигун З.
студентка группы ПП3 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Бондаренко О.А.

ОСОБЕННОСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

В любом государстве, где провозглашается социальная защита личности, это возможно решить только через укрепление семьи.

Семья – это дом, объединяющий людей, здесь закладываются основы человеческих отношений, происходит первая социализация личности.

Современная семья сосредотачивает в себе всю совокупность социальных проблем, свойственных современному обществу, образу жизни.

Особые проблемы возникают в семье, где воспитываются дети с отклонениями в развитии. В данное время количество таких семей возрастает.

Работа социального педагога начинается с профилактики социального сиротства этих детей (предотвращения отказов от детей) и психологической поддержки их родителей в преодолении первоначального шока.

При возникновении такой деликатной проблемы, как информирование родителей о том, что у них родился ребенок с отклонениями в развитии, социальный педагог должен учитывать конкретную ситуацию, в которой ему предстоит организация такого сообщения родителям. Если дефект диагностирован еще в родильном доме, необходимо определить наиболее подходящее время для того, чтобы сообщить об этом матери. Нужно дать ей возможность сосредоточиться на самом факте рождения нового человека, а также время для того, чтобы она могла оправиться от эмоционального и физического напряжения, связанного с родами. Рекомендуемый период времени от момента рождения до информирования родителей составляет не менее двух часов. Сообщение должно быть сделано в присутствии обоих родителей, которым должно быть ясно, что ответственность за воспитание особого ребенка лежит на них обоих в равной степени.

Существует единство мнений специалистов в этой области о том, что сообщение родителям должен сделать один из старших врачей. Важны эмоциональные проявления врача во время сообщения. Он должен быть уверенным, спокойным, выражать поддержку и излучать тепло по отношению к родителям и новорожденному. Первоначальная информация должна быть передана в понятной и сжатой, но в то же время деликатной форме. Разговор о самой проблеме дефекта нужно свести к минимуму. Внимание родителей необходимо сфокусировать на тех характерных особенностях, которые имеются у всех новорожденных и у их родителей. Первые сообщения о необходимости и методах специального лечения и коррекции должны быть сделаны именно в это время. Рекомендуется, чтобы при первом сообщении обязательно присутствовал социальный педагог.

Встреча родителей и врача должна происходить в отдельном помещении, без посторонних лиц.

Присутствие новорожденного ребенка обязательно. Держа ребенка на руках и поглаживая его, врач активно демонстрирует, что его можно любить. Он говорит о том, что теплая, полная любви и взаимопомощи семья окажет самое положительное влияние на развитие малыша.

По той же схеме сообщают родителям о диагнозе, влекущем за собой отклонения в развитии ребенка, и в более поздний период диагностики (в условиях детской поликлиники, детского центра и т.п.).

Первая встреча со специалистами проходит без ограничения времени. Присутствие социального педагога должно расцениваться родителями как участливое сочувствие их доверенного лица. Для него важно выяснить психологическую атмосферу в такой семье и отношение взрослых членов семьи к неполноценности ребенка, так как и им требуется помощь нисколько не меньшая, чем больному ребенку.

Психологи отметили, что с появлением ребенка с нарушениями в развитии у родителей появляются психические расстройства. У них закрепляется представление, что их ребенок не такой как все, значит, плохой.

Выделено несколько этапов кризиса у родителей (по Шухарду):

1. отрицание проблемы;
2. сверхдепрессия;
3. поиски путей (здесь может помочь социальный педагог);
4. принятие ситуации и обращение к специалистам;
5. сокращение контактов с окружающими, когда все внимание родителей сосредотачивается на ребенке, они надеются на выздоровление. Обнаружив, что выздоровление не возможно, переживают сильный стресс, сильнее, чем первый, а затем смиряются. Этот этап сопровождается неврозами.

Помощь социального педагога родителям состоит в консультировании, организации психологических тренингов, обучении обращению с ребенком, организации совместного с ребенком посещение клубов, семейного отдыха.

Главная цель - мобилизовать внутренние силы семьи на преодоление кризиса. Социальный педагог убеждает родителей искать выход из состояния горя и озлобления, помогает увидеть возможности ребёнка и направить все силы на их развитие. Он советует родителям не стараться «нормализовать» ребёнка, так как неудача приведет к трагедии. Родителей данной семьи следует познакомить с другими родителями, у которых также больные дети, это поможет им легче переносить свои тяготы, побороть чувство беспомощности и одиночества.

Впоследствии социальный педагог должен будет координировать связь между родителями и различными представителями социальных, медицинских, образовательных учреждений. По истечении некоторого срока по просьбе родителей он организует их дополнительные встречи со специалистами различного профиля.

Социальный педагог должен предоставить родителям специальную литературу, детально разъясняющую состояние ребенка, связанное с конкретным нарушением развития, а также дать точную адресную информацию о специальных услугах, которые существуют по месту жительства семьи и будут немедленно ей предоставлены.

На следующем этапе сопровождения семьи социальный педагог должен предпринять следующие меры:

1. отреагировать на эмоциональную и психическую реакцию родителей и ближайших родственников; при необходимости организовать в условиях семьи помощь практического психолога, а в некоторых случаях и психотерапевта;
2. собрать всю доступную информацию о состоянии ребенка;
3. составить индивидуальный план комплексной помощи семье и ребенку, куда войдут:

- базовая информация о наличии лечебных, психолого-педагогических и социальных учреждений, координация их действий;
- организация групп взаимопомощи из числа родителей, имеющих детей с подобными нарушениями развития;
- организация при необходимости курса восстановительного или санаторно-курортного лечения для матери;
- организация семейного патронажа;
- организация работы местной службы ранней помощи в условиях семьи;
- предоставление родителям методической литературы по раннему развитию ребенка;
- подача в местный отдел соцобеспечения документов на получение пособия.

По прошествии периода адаптации семьи к новым жизненным условиям социальный педагог активизирует оказание ранней помощи ребенку, вовремя отмечая успехи и трудности в овладении тем или иным навыком или умением и фиксируя на этом внимание родителей.

Благоприятное сочетание компенсаторных возможностей организма в раннем возрасте с правильно подобранной программой ранней педагогической помощи и эффективными формами ее организации могут в значительной мере, а иногда и полностью нейтрализовать действие первичного дефекта на ход психофизического развития ребенка, являются мощным фактором профилактики и предупреждения инвалидности.

Ранняя комплексная помощь детям с интеллектуальными и психофизическими нарушениями реализуется в нашей стране, как уже говорилось, через систему медико-психолого-социальных и реабилитационных центров и осуществляется не только в условиях семьи, но и на базе учреждений государственной системы здравоохранения (медико-генетические центры, дома ребенка) и образования (ПМП-консультации и диагностические центры). Система ранней диагностики и ранней

комплексной помощи ребенку с отклонениями в развитии в нашей стране находится на этапе становления.

Ранняя стимуляция развития ребенка с ограниченными возможностями является определяющим фактором дальнейшего формирования его личности и основой подготовки к новой социальной роли - воспитанника дошкольного образовательного учреждения.

В последние годы активно внедряется модель интегрированного пребывания дошкольников с особыми потребностями в среде здоровых сверстников. В нашей стране этот вариант дошкольного образования осуществляется пока лишь на уровне локальных экспериментов. Период пребывания таких детей в дошкольном учреждении в среде здоровых сверстников приравнивается многими учеными по значимости к периоду раннего развития. Возраст от трех до шести лет имеет огромное значение для формирования социально значимых навыков, правильной модели поведения и закладки основ обучения в школе.

В заключении можно добавить, что семья, в которой есть дети с отклонением в развитии – особый объект внимания социального педагога. От добросовестной работы и правильно подобранной программы оказания помощи, от рекомендаций родителям по уходу за ребенком с отклонениями в развитии зависит дальнейшее полноценное развитие ребенка-инвалида в семье.

Пиденко А.
студентка группы СП3П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Колпакова Н.А.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ–ИНВАЛИДОВ СРЕДСТВАМИ ДЕКОРАТИВНО–ПРИКЛАДНОГО ИСКУССТВА И ХУДОЖЕСТВЕННОГО ТВОРЧЕСТВА

Социализация ребенка–инвалида средствами декоративно–прикладного искусства и художественного творчества понимается как процесс вовлечения и приобщения ребенка к сфере образного восприятия и понимания окружающего мира. Декоративно–прикладное искусство, как часть культуры в целом, является не только средством для формирования эстетических чувств и художественного вкуса, но и мощным носителем социальных знаний, инструментом для формирования социальных отношений [1, 4].

Осознание ребенком самого себя осуществляется на основе видимого и воспринимаемого им образного ряда, с которым он соотносит и ассоциирует свои личностные черты и особенности и по которому, соответственно, постигает меру и характер собственной индивидуальности и самоэдентичности.

Искусству принадлежит особенно важная роль в организации процесса социализации личности, поскольку оно обладает возможностью реального психологического влияния на еще недостаточно устойчивую психику

ребенка. Благодаря этому влиянию осуществляется не только процесс формирования эстетических идеалов человека, но и способность видеть и воспринимать мир на личностном уровне, что играет существеннейшую роль в процессе организации социальных отношений.

Занятия творчеством дают большие возможности, как для решения общетерапевтических задач, так и для достижения конкретных коррекционных целей. В процессе творческой деятельности у ребенка–инвалида усиливается ощущение собственной личностной ценности, активно строятся индивидуальные социальные контакты, возникает чувство внутреннего контроля и порядка. Кроме этого, художественное творчество помогает справиться с внутренними трудностями, негативными переживаниями, которые кажутся непреодолимыми для ребенка. Свои чувства и эмоции, а также знание и отношение ребенку легче выразить с помощью зрительных образов, чем вербально, следует отметить, что некоторые дети ограничены или вообще лишены возможности говорить или слышать, тогда невербальное средство оказывается единственным инструментом, вскрывающим и проясняющим интенсивные чувства и убеждения. Нельзя не учесть также тот факт, что средства изобразительного искусства и художественного творчества предоставляют ребенку возможность для выражения деструктивных чувств в социально приемлемой манере, понижая их активность или ликвидируя полностью. В процессе овладения элементарными умениями, навыками и способами художественной деятельности происходит выявление скрытых компенсаторных возможностей ребенка–инвалида. В будущем это может послужить хорошим фундаментом для формирования профессиональных навыков и дальнейшей социализации инвалида в обществе. В данном направлении немаловажной, на наш взгляд, является роль декоративно–прикладного искусства и народного творчества, так как оно по своей структуре и методам легко осваивается ребенком–инвалидом, обладает простыми и понятными приемами и средствами выражения. Здесь следует обратить внимание на две обязательные составляющие художественной деятельности: технологию и творчество. Технология связана с многократным повторением, монотонностью, однообразием, шаблонностью, систематичностью. Это основа профессионального труда, которая задает пространство для реализации творческих возможностей. Ребенок, не владеющий технологией, может создать что–то очень интересное, выражающее его индивидуальность, однако его работа не будет представлять ценность для общества вне круга близких к нему людей. Учитывая желание ребенка–инвалида быть самостоятельным, значимым, востребованным и продуктивным, нами объединяется технология и творчество. Необходимость привлечения детей–инвалидов в творческие мастерские состоит в том, что работа в мастерских часто является для ребенка с нарушениями в развитии единственной возможностью продуктивной творческой деятельности и социального общения, тогда как коррекционно–развивающие занятия направлены в большей степени на развитие познавательной сферы ребенка,

формирования психических функций и учебных навыков, решения поведенческих и эмоционально–волевых проблем [3]. Работы, сделанные детьми выполняются по традиционным ремесленным технологиям, поэтому получается не обычная детская поделка, а законченное изделие, которое можно использовать, украсить им дом или подарить друзьям. Создавая что–то своими руками, ребенок укрепляет связь с внешним миром, что особенно важно для детей с ограничениями жизнедеятельности. Изделие вылепленное, расписанное, сконструированное ребенком несет отпечаток его личности и в то же самое время существует отдельно от него. Правильным образом организованный социум не должен быть полностью замкнут, он должен позволять своим представителям встречаться с внешним миром. Для человека с нарушениями развития встреча с чужими людьми часто бывает тяжелой и травматичной. Но, будучи участником творческой мастерской, производящей нужные и красивые изделия, такой человек встречается с окружающим миром совсем на других основаниях.

Задачи искусства в коррекции отклонений ребенка с особыми образовательными потребностями:

- развитие художественно–творческих способностей ребенка–инвалида, образного и ассоциативного мышления, фантазии, зрительно–образной памяти, эмоционально–эстетического восприятия действительности;
- развитие познавательных способностей, аналитико–синтетической и рефлексивной деятельности;
- стабилизация психосоматического состояния, преодоление кризисных состояний;
- воспитание культуры восприятия произведений изобразительного, декоративно-прикладного искусства, архитектуры и дизайна;
- освоение знаний об изобразительном искусстве как способе эмоционально–практического освоения окружающего мира; о выразительных средствах и социальных функциях живописи, графики, декоративно–прикладного искусства, скульптуры, дизайна, архитектуры; знакомство с образным языком изобразительных (пластических) искусств на основе творческого опыта;
- овладение умениями и навыками художественной деятельности, разнообразными формами изображения на плоскости и в объеме (с натуры, по памяти, представлению, воображению);
- формирование устойчивого интереса к изобразительному искусству, способности воспринимать его исторические и национальные особенности;
- формирование коммуникативных способностей, расширение круга социальных контактов;

Таким образом, искусству принадлежит особенно важная роль в организации процесса социализации личности, поскольку оно обладает возможностью реального психологического влияния на еще недостаточно устойчивую психику ребенка.

Список литературы

1. Выготский Л. С. Воображение и творчество в детском возрасте. Изд. 2-е, М.,1957.
2. Жуковская Р. И. Развитие интересов детей в творческих играх // Дошкольное воспитание. – 1988. - №10.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М., 1995.
4. Зеньковский В.В. Психология детства. – М.: Академия, 1996.

Предыбайло А.
студентка группы ПН3 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Прилепских О.С.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Общеизвестно, все люди мечтают о счастливой судьбе – об образовании, любимой работе, замечательной семье, своей востребованности. Реальность же нередко вносит коррективы в эти мечты. Одно из самых тяжелых её испытаний – утрата здоровья и связанная с ним инвалидность.

Термин «инвалид», в силу сложившейся традиции, несет в себе дискриминационную идею, выражает отношение общества к инвалиду, как к социально бесполезной категории. Как правило, проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей [3].

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, в ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограничении общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию. Ребенок, имеющий инвалидность – часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни. Он может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей. Ребенок – не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.

Отмечая государственное внимание к детям с ограниченными возможностями, успешное развитие отдельных медицинских и учебно-воспитательных учреждений, тем не менее, следует признать, что уровень помощи в обслуживании детей этой категории не соответствует потребностям, так как не решаются проблемы их социальной реабилитации и адаптации в будущем.

Важнейшей проблемой при работе с детьми с ограниченными физическими возможностями является выявление семейных

психологических механизмов, которые оказывают влияние на особенности поведения и психическое здоровье детей. Большинство семей отличаются гиперопекой, снижающей социальную активность ребенка, но встречаются семьи с явным или открытым эмоциональным отвержением больного ребенка [2]. Не менее важной проблемой является работа по профориентации ребенка с ограниченными возможностями. Правильный выбор профессии с учетом индивидуальных возможностей позволяет ему быстрее адаптироваться в обществе. Значимой составной частью социальной работы является психолого-педагогическая подготовка родителей.

Созданная система закрытых учреждений для детей с тяжелыми нарушениями, привела к тому, что именно эти дети зачастую оказываются изолированными от общества, а семьи - наедине с собственной горечью и проблемами. Общеизвестно, что в семьях детей-инвалидов происходят качественные изменения на трех уровнях: психологическом - в силу хронического стресса, вызванного заболеванием ребенка, постоянными и различными по своей природе психотравмирующими воздействиями; социальном - семья этой категории сужает круг своих контактов, матери чаще всего оставляют работу; рождение ребенка деформирует отношения между супругами, соматическом - переживаемый родителями стресс, выражается в различных психосоматических заболеваниях.

Необходимо отметить, что инвалидность ребенка для его родителей является сильным психотравмирующим фактором. Это особенно свойственно семьям с высоким образовательным и профессиональным статусом, в которых порой культивируются ожидания повышенной одаренности ребенка. В этих случаях реакция на факт инвалидности ребенка может быть адекватной. Она может принимать крайнюю форму – комплекс собственной вины, что порождает гиперопеку в отношениях с ребенком.

Другая категория родителей – люди с низким образовательным уровнем, ограниченным кругом интересов и невысоким интеллектуальными способностями. Им свойственно или пренебрежение проблемами ребенка, или ожидание решения проблем медицинскими и социальными работниками. Это две крайние (патологические) позиции, они нуждаются в коррекции [3].

Семьи с детьми–инвалидами – особая категория, относящаяся к «группам риска». Известно, что количество психических (невротически и психосоматических) расстройств в семьях с детьми, имеющими ограниченные возможности выше, чем в семьях, не имеющих детей-инвалидов в 2,5 раза. Распад семей с детьми-инвалидами происходит значительно чаще.

Анализ жизнедеятельности детей и семей, имеющих детей-инвалидов, специальное изучение навыков самообслуживания и бытового труда детей обнаружило их весьма сниженный характер. Значительно страдает коммуникативная деятельность детей с ограниченными возможностями: практика их общения со сверстниками взрослыми чрезвычайно бедна и замыкается на близких родственниках.

Первично ребенок-инвалид должен быть центром внимания своей семьи. В действительности же этого может не происходить в силу конкретных обстоятельств каждой семьи и определенных факторов: бедность, ухудшение здоровья других членов семьи, супружеские конфликты и т.д. В этом случае родители могут неадекватно воспринимать пожелания или наставления специалистов. Порой родители рассматривают реабилитационные услуги в первую очередь как возможность получить передышку для самих себя: они испытывают облегчение, когда ребенок начинает посещать школу или реабилитационные учреждения, потому что в этот момент могут, наконец, отдохнуть или заняться своими делами. При всем этом важно помнить, что большинство родителей хотят участвовать в развитии своего ребенка.

Взаимодействие с родителями предполагает некоторые сложности. Специалисту нужно быть готовым к трудностям и разочарованиям. Снятие межличностных или культурных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и социальным работником (или любым другим специалистом комплекса услуг по реабилитации) может потребовать определенных усилий. Однако необходимо помнить, что при отсутствии взаимодействия специалистов и родителей результат работы с ребенком может быть нулевым [1]. Что же значит работать с родителями? Сотрудничество, включение, участие, обучение, партнерство – эти понятия обычно используются для определения характера взаимодействий. Остановимся на последнем понятии – «партнерство», поскольку оно наиболее точно отражает идеальный тип совместной деятельности родителей и специалистов. Партнерство подразумевает полное доверие, обмен знаниями, навыками и опытом помощи детям, имеющим особые потребности в индивидуальном и социальном развитии. Партнерство – это стиль отношений, который позволяет определять общие цели и достигать их с большей эффективностью, чем, если бы участники действовали изолированно друг от друга. Установление партнерских отношений требует времени и определенных усилий, опыта, знаний.

Таким образом, психолого-педагогическое образование родителей означает систематически проводимую и теоретически обоснованную программу, целью которой является трансляция знаний, формирование соответствующих представлений и навыков развития, обучения и воспитания детей с ограниченными физическими возможностями и использование родителей в качестве ассистентов педагогов.

Список литературы

1. Айшервуд, М. М. Полноценная жизнь инвалида [Текст] / М.М. Айшервуд - М.: Инфра-М, 2001.

2. Астапов, В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии [Текст] / 4В.М. Астапов — М.: Наука, 1994.

3. Инвалиды: язык и этикет [Текст] / - М.: РООИ «Перспектива», 2000.

Рагозянская Ю.
студентка группы СП4 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Гостунская Я.И.

ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

В связи с большим количеством рождения детей с различными нарушениями, возникла потребность в разработке правительством определенных законов и программ по защите прав таких детей.

Важнейшими национальными документами, направленными на реализацию государственной политики по охране материнства и детства в условиях происходящих в стране политических и социально-экономических преобразований, являются: Основы государственной социальной политики по защите, развитию и выживанию детей, национальные планы действий по улучшению положения женщин и детей, семей с детьми-инвалидами и инвалидами с детства. Постановлением правительства Российской Федерации от 09.09.93 г. №909 была утверждена программа «Дети России», в состав которой включена подпрограмма «Дети-инвалиды». Указом Президента Российской Федерации №1696 от 18.08.1994 г. программе «Дети России» был предан статус Президентской.

Статус ребенка-инвалида впервые введен в России в 1979г., когда Министерством здравоохранения СССР был издан приказ №1265 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет» и определены показания для установления инвалидности детям. Это ознаменовало начало нового государственного подхода к пониманию проблем детей-инвалидов.

В 1991 году был издан приказ Минздрава РСФСР от 04.07.91 г. №117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет». Важное значение для приведения законодательства России в соответствие с нормами Конвенции о правах инвалидов и расширения социальной помощи инвалидам явилось принятие в 2000г. постановления Правительства Российской Федерации от 21.09. 2000, в котором категория «ребенок-инвалид» устанавливается в возрасте до 18 лет.

Также система специального образования и службы социальной помощи руководствуются такими документами, как Закон РФ «О социальной защите инвалидов» (1995), Семейный кодекс РФ (1996), Закон РФ «Об образовании», Закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)».

В конце 1995г. коллегия Министерства образования РФ приняла решение об утверждении положения о «Центрах психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям и подросткам». Концептуальные представления о системе психолого-педагогического и медико-социального сопровождения развития ребенка, а также накопленный опыт практической

работы обсуждались на Всероссийской научно-практической конференции в 1998 г. в Санкт-Петербурге, что получило законодательное подтверждение в Концепции совершенствования медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства (утв. приказом Минздрава РФ от 25 ноября 2003г. №567).

Приоритетной продолжает оставаться психолого-педагогическая помощь этим детям в условиях специально организованного обучения в различного вида коррекционных образовательных учреждениях. Коррекционные учреждения призваны обеспечивать ребенку условия для обучения, воспитания, лечения, социальной адаптации и интеграции в общество.

В настоящее время настоятельной необходимостью стала реализация превентивной системы действий, направленных на обеспечение полноценного личностного и интеллектуального развития детей с отклонениями в развитии, формирование у них способностей к самовоспитанию и саморазвитию, обеспечение индивидуального подхода к каждому субъекту образовательного пространства и гуманизацию общественных отношений в образовании.

Позиция классического, узкоориентированного специалиста в данном случае представляется недостаточной для оказания эффективной помощи, поскольку имеет директивно-направляющий характер. С демократизацией и гуманизацией общества возникает потребность в изменении традиционных трактовок цели образования и путей ее достижения. Антропологически ориентированная педагогика на новом витке спирали приходит к пониманию подлинной личностной свободы как свободного нравственного самоопределения человека и возможности его высшей духовной самореализации. Это становится возможным при рассмотрении человека, в том числе имеющего недостатки в развитии, как существа природного, социального и трансцендентального. С позиции антропологизма личность во всех указанных ипостасях следует рассматривать системно, т.е. во взаимосвязи с природой, обществом, биосферой, ноосферой и другими системами более глобального порядка.

Такой подход способствует созданию условий для активизации потенциала ребенка, и, таким образом, акцент помощи смещается с коррекционно-диагностического на личностно-развивающий как более перспективный, что предполагает расширение спектра технологий помощи детям с нарушениями в развитии.

Тенденция к созданию альтернативных и вариативных программ помощи детям с нарушениями в развитии в настоящее время наметилась в области коррекционной педагогики, что, несомненно, свидетельствует о наступлении совершено нового, антропологоориентированного, этапа ее развития.

Таким образом, в настоящее время обозначились два направления в развитии коррекционной помощи детям:

- первое связано с разработкой организационных форм,

содержания и технологического обеспечения сихологической и дагогической помощи нормальным детям, по тем или иным причинам испытывающих трудности в обучении. Эти трудности могут иметь как биологически, так и социально обусловленные корни;

- второе направление отражает процесс совершенствования существующей системы специального образования детей с ограниченными возможностями здоровья (в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида и в семье).

В процессе образования человека с особыми образовательными потребностями специальная педагогика использует специальные образовательные технологии. Если ранее педагогика пользовалась такими категориями, как методы обучения, методы воспитания, а также формы и средства соответственно обучения и воспитания, то в современных условиях в педагогическом сознании сформировано устойчивое представление о становлении, развитии и социализации подрастающего человека, как о процессе его образования, неразделимо интегрирующего обучение и воспитание. Разделение способов обучения и способов воспитания становится в таком случае искусственным, оправданным лишь в целях аналитического изучения различных сторон специального образовательного процесса (Н.М. Назарова), поэтому правомерным считается использование понятия образовательная (педагогическая) технология, под которой понимается:

- последовательная система действий педагога, направленных на решение педагогических задач;
- планомерное и последовательное воплощение на практике заранее спроектированного педагогического процесса;
- строго научное проектирование и точное воспроизведение гарантирующих успех педагогических действий.

В таком контексте психолого-педагогические способы помощи в становлении и развитии личности человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности составляют систему специальных образовательных технологий.

Выбор специальной образовательной технологии обусловлен рядом факторов, в том числе степенью интенсивности педагогической интервенции.

Опираясь на исследования Лудевига мы выделяем следующие виды систем помощи на основе определения цели и интенсивности их воздействия:

Инструкция (помощь в получении знаний - технологии вербального характера, способствующие обучению продуктивным копинг-стратегиям (моделям поведения).

Консультация (помощь в использовании имеющихся возможностей) - технология, предполагающая стимулирование, имеющегося потенциала личности.

Сопровождение (помощь в улучшении положения системы путем ее стабилизации) - технология, обеспечивающая создание условий для

принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора.

Коррекция (вклад в решение проблем системы) - технология, направленная на преодоление или ослабление недостатков развития.

Самораскрытие (деятельность, направленная на самопознание) - технология, направленная на стимулирование личностного потенциала, его самоактуализации и самоопределения.

Каждая из вышеназванных видов помощи представляет квинтэссенцию педагогических взглядов, ценностей и опыта. В этой связи сопровождение жизнедеятельности является технологией, зародившейся благодаря антропологическому подходу к изучению личности.

Список литературы

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. - СПб, 2003.
2. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб., 2001.
3. Сорокин В.М. Специальная психология. — М., 2003.
4. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. - М., 2000.
5. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии. - М., 2002.
6. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: организационно-педагогические аспекты. - М., 1999.

Федорова О.
студентка группы СП3П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Колпакова Н.А.

ИППОТЕРАПИЯ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Еще в 5 веке до н.э. античный врач Гиппократ отмечал, что больные люди поправляются быстрее и успешнее, если ездят верхом, поскольку это освобождает человека от «темных мыслей» и вызывает «мысли веселые и ясные». Еще в I тысячелетии от Рождества Христова лошадью лечили многие болезни, а в современной Европе Лечебная Верховая Езда (ЛВЕ) стала развиваться в последние 30-40 лет: сначала в Скандинавских странах, затем в Германии, Франции, Голландии, Швейцарии, Великобритании, Польше и др.

Центры по ЛВЕ стали открываться во многих странах. Так в США работает более 1000, а в Великобритании около 700 групп иппотерапии, в которых оздоравливаются более 26000 человек с самой разнообразной патологией. В Польше работают около 60 подобных центров.

Иппотерапия (от греческого hippo – лошадь) – лечение с помощью лошади, при котором с больными занимается иппотерапевт или специально обученный инструктор по лечебной верховой езде [3].

Иппотерапия является признанным средством реабилитирующего воздействия на больных соматическими, психическими заболеваниями, реконвалесцентов после травм. Она может применяться при сердечных, желудочно-кишечных и еще множестве других заболеваний и отклонений в состоянии здоровья, в том числе и для социальной реабилитации.

Иппотерапия как одна из форм лечебной физкультуры позволяет решать следующие основные задачи:

1) противодействовать отрицательному влиянию гипокинезии, обусловленной болезнью;
2) развивать физическую активность больного;
3) способствовать восстановлению нарушенных функций;
4) улучшать или восстанавливать утраченные навыки;

обеспечивать профессиональную реабилитацию, формировать новые или восстанавливать утраченные навыки [1, 4].

Специалисты считают, что ЛВЕ особенно эффективна в детской реабилитационной практике, в частности в работе с детьми, страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата и психосоциального статуса, ускоряя их социальную адаптацию.

Лечебная верховая езда (райттерапия, иппотерапия) является одной из форм лечебной физкультуры. Ее условно делят на иппотерапию лечение с помощью лошади, и реабилитационную верховую езду

Круг заболеваний, при которых применяют лечебную верховую езду, очень широк:

- нарушение двигательной сферы в результате параличей, полиомиелита и т. д.;
- поражение органов чувств – слепота, глухота;
- психические заболевания – аутизм, неврозы, некоторые формы шизофрении;
- умственная отсталость – олигофрения, синдром Дауна и др.;
- различные нарушения социальной адаптации;
- послеоперационная реабилитация.

Основной механизм воздействия иппотерапии на организм человека (больного), тот же, что у любой другой формы ЛФК, т.е. он основан на концепции лечебно-профилактического влияния физических упражнений.

Иппотерапия опирается на лечебно-профилактический характер влияния верховой езды, воздействие на организм человека осуществляется через нервно-гуморальный механизм и, подчиняется законам адаптации к физическим нагрузкам и формирования двигательных навыков.

Под влиянием лечебно-профилактического воздействия физических упражнений в организме происходит активная перестройка функций.

Температура тела лошади выше человеческой на 1.5 градуса. Движения мышц спины идущей лошади разогревают и массируют спастичные мышцы

ног всадника, усиливая кровоток в конечностях. Улучшение кровотока в целом улучшает кровоснабжение мозга.

Кроме того, для обездвиженного больного очень важна имитация движений человека, идущего нормальным шагом, так как тело имеет свои компенсаторные механизмы запоминания полученного опыта. А тазобедренная область и нижние конечности при езде на лошади, идущей шагом, имитируют эти сложные трехмерные движения. Это неоднократно было зафиксировано во многих учебных пособиях и фильмах, созданных в разных странах [5, 6.].

При верховой езде у седока задействованы практически все группы мышц. Человеку, сидящему верхом на движущейся лошади, приходится постоянно контролировать равновесие, а это заставляет синхронизировать работу мышц спины, туловища и всех остальных мышц, то, расслабляя, то, напрягая их. В результате в работу включаются те мышцы, которые у обездвиженного инвалида бездействуют, даже не будучи пораженными.

В процессе адаптации организма к физическим нагрузкам, помимо ЦНС большое участие принимают симпато-адреналовая и гипоталямо-гипофизарная системы, т.е. осуществляется еще и гуморальная регуляция.

Под действием физических упражнений происходит активация висцеральных органов и систем, а механизм активации заключается в повышении функции симпатической нервной системы и ретикулярной формации под регулирующим управлением коры головного мозга.

Таким образом, иппотерапия воздействует на организм человека через два мощных фактора: психогенный и биомеханический [4, 7].

Соотношение удельного веса этих механизмов в каждом отдельном случае зависит от заболевания и задач, решаемых с помощью иппотерапии: так при лечении неврозов, ДЦП, умственной отсталости, детского аутизма, основным воздействующим фактором является психогенный, а при лечении постинфарктных больных, больных с нарушениями осанки, сколиозами, остеохондрозами позвоночника, простатита и т.д. ведущим фактором воздействия оказывается биомеханический, хотя ни в одном из этих случаев не следует недооценивать ни одного из факторов т.к. иппотерапия - это метод, оказывающий одновременное воздействие на физический и психосоциальный статусы занимающегося.

Список литературы

1. П.Т.Гурвич. «Какие заболевания лечат верховой ездой». Журнал «Коневодство и конный спорт» №1 за 1997г. – стр.22-23.
2. П.Т.Гурвич. «Центр лечения верховой ездой». Журнал «Коневодство и конный спорт» №2 за 1997г. – стр.26-27.
3. Д.А.Гуревич. «Лечебная верховая езда». Журнал «Коневодство и конный спорт» №5 за 1997г. – стр.27-28.
4. П.Т.Гурвич. «Верховая езда как средство лечения и реабилитации в неврологии и психиатрии». Журнал «Неврология и психиатрия» №8 за 1997г. – стр. 65.

5. Н.И.Ионатамишвили, Ц.Ш.Чхиквишвили. «Особенности райттерапии при детском церебральном параличе» (Кафедра ЛВК и ВК, кафедра неврологии Тбилисской Медицинской Академии, Центр райтрерапии и реабилитации).
6. Н.И.Ионатамишвили. «Реабилитация детей с гипокинетической формой детского церебрального паралича» (Кафедра ЛВК и ВК Тбилисской Медицинской Академии, Центр райтрерапии и реабилитации).
7. М.М.Рухадзе. «Патофизиологическое обоснование райттерапии» (Кафедра ЛВК и ВК, кафедра неврологии Тбилисской Медицинской Академии, Центр райтрерапии и реабилитации).

Фрейдес Ю.
студентка группы СП1П факультета специальной педагогики
научный руководитель: Гаранжа Н.В.

СОЦИАЛЬНОЕ ГРАЖДАНСТВО ИНВАЛИДОВ КАК ПРОБЛЕМА ПОЛИТИКИ

По данным ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность. По официальной статистике, в России сейчас около 10 млн. инвалидов, а по оценке Агентства социальной информации, – не меньше 15 млн. С точки зрения официальной статистики, инвалидом является человек, имеющий непросроченное свидетельство об инвалидности, выданное в Бюро медико-социальной экспертизе (БМСЭ) или в ведомственных лечебных учреждениях, и стоящий на учете в статусе бенефициара. Однако, к инвалидам можно отнести также и лиц, подпадающих под установленное законом определение инвалидности, но не обратившихся в БМСЭ, поскольку их заболевание еще не было выявлено или они сами не желают получить статус инвалида.

Очевидно, что в отношениях между государством, рынком, инвалидами и другими социальными факторами есть целый ряд противоречий, вызванных конфликтующими интересами, приемами латентного и явного сопротивления закону, столкновением традиций и нововведений. В самом же законодательстве и практиках его реализации заложена идеология определенной политики инвалидности, которая отражает степень последовательности, системности в действиях правительства и глубину понимания социальных, а не индивидуальных причин инвалидности.

В данной статье политика инвалидности понимается следующим образом. С одной стороны, – это стратегии влияния государства на индивидуальное поведение инвалидов, а также государственные и корпоративные стратегии управления ресурсами с целью формирования социальных условий таким образом, чтобы они становилось более или менее пригодными для жизни людей, имеющих те или иные ограничения жизнедеятельности. С другой стороны, это идеологически и рационально

обоснованная стратегия коллективных действий инвалидов, стратегия влияния движений инвалидов на государство, организации и общество с целью добиться позитивных изменений для людей с инвалидностью. Указанные стратегии основаны на идеологии, которая воплощается как в нормирующем (СМИ, литература, кино), так и в нормативном (законодательство, официальные документы) дискурсе, а также в повседневных самопрезентациях инвалидов.

В связи с этим анализ политики инвалидности может осуществляться в трех взаимосвязанных аспектах. Во-первых, необходимо поставить о том, каким образом законодательство, действия, программы и меры на уровне государства, региона или организации оказывают влияние на жизнь людей с инвалидностью; каковы основополагающие принципы и намерения, руководящие прошлыми или нынешними действиями правительства, изложенные в программах партий и движений, в миссиях и кодексах организационной и профессиональной практики; существуют ли стратегические планы правительства, ведомств и организаций в отношении инвалидов. Этот аспект политики инвалидности ярко представлен на примере политики образования и занятости инвалидов.

Во-вторых, важно проанализировать степень участия инвалидов в политике, экономике и культурно-символической сфере общества. В этой связи будет целесообразным критический анализ факторов и процесса самоорганизации российских инвалидов в течение последних десяти-двенадцати лет на материале интервью активистов общественных движений и опроса инвалидов. В-третьих, важным элементом политики инвалидности выступает политика репрезентаций инвалидов, осуществляемая от имени большинства и самими инвалидами. Данный аспект, возможно, раскрыть посредством содержательного анализа текстов средств массовой информации и символической продукции, произведенной при участии общественных организаций инвалидов, а также критического дискурсивного анализа учебной и научной литературы об инвалидах.

Характер и объем бенефиций, в свою очередь, вкупе с идеологическими факторами и уровнем самоорганизации движения определяет репертуар социальной, политической и экономической активности инвалидов. Политика репрезентации инвалидов от имени большинства – это дискурсивное приписывание символического капитала, кодификация статусных позиций инвалидов в обществе с целью закрепить существующее распределение власти, зафиксировать статус кво. Политика репрезентаций, осуществляемая самими инвалидами – это интервенция в сложившийся социальный порядок с целью изменить стереотипные и стигматизирующие представления [3].

Современные социальные представления об инвалидности условно делятся на две группы – медицинскую и социальную. Медицинская модель делает акцент на диагнозе органической патологии или дисфункции, приписывая инвалидам, статус больных, отклоняющихся (девиантов), и приходит к выводу о необходимости их исправления или изоляции. Такая

точка зрения зародилась в недрах систем здравоохранения и социального обеспечения (иногда ее еще называют «административной моделью»), и оказывает сильное влияние на законодательство, социальную политику и организацию социального обслуживания. Социальная модель полагает инвалидность последствием несправедливого устройства общества, набором определений, принятых в той или иной системе.

Преобладание медицинской или социальной модели инвалидности зависит от характера властных отношений в обществе и воплощается в особой идеологии государственной социальной политики, находит свое выражение в политике образования, занятости, социального обеспечения, здравоохранения, транспорта, жилищной, информационной и культурной политике. В исследовании политики инвалидности необходимо обратиться к понятию гражданства как статуса, который определяет способность полного участия в этом сообществе; вытекающие отсюда права и обязанности, в том числе, политические, социальные и экономические, свобода слова, равенство перед законом. Такие права обладают универсальным характером, и главная ответственность за соблюдение этих прав лежит на государстве, к которому относится индивид. Это своего рода идеал, который может рассматриваться как измеритель прогресса, особенно для маргинальных групп и новых социальных движений [3].

Социальная политика в отношении инвалидов в России имеет длительную историю и формировалась неравномерно с точки зрения ее идеологии, структуры и содержания Безусловный приоритет в социальной политике к 1960-м гг. приобрела «военная» инвалидность, а к середине 1970-х гг. сложилась единая система социальной политики в отношении инвалидов, которая оставалась практически неизменной до недавнего времени. В силу государственных и ведомственных практик социальной поддержки сложилась сложная разветвленная система распределения благ между инвалидами и стратифицированная структура этой социальной группы. Кроме того, послевоенная государственная политика, направленная на централизацию помощи инвалидам, сформировала в конечном итоге устойчивый стереотип «общества без инвалидов» с его психологическим барьером между инвалидами и другими людьми. Была создана сеть специализированных интернатов, учебных заведений, производств для инвалидов, которых тем самым изолировали от всех остальных граждан, «изъяли» из общества [1].

До 1990-х гг. социальная политика в отношении инвалидов носила преимущественно компенсационный характер, когда меры этой политики сводились к предоставлению универсальных денежных выплат и услуг. Задача приспособления жизненной среды к особенностям и нуждам инвалидов тогда еще не формулировалась. Коренное преобразование политических институтов российского общества стимулировало принятие Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995), официально закрепившего цели государственной политики в отношении инвалидов, новые понятия инвалидности и

реабилитации инвалидов, изменения в институциональную основу политики. Впервые целью государственной политики объявляется не помощь инвалиду, а «обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ». Правда, при этом сохранились политические и идеологические основания дифференциации причин и «групп» инвалидности и соответствующих им статусов, а также подход к инвалидам как социальному меньшинству, нуждающемуся в специальных условиях и услугах, в реабилитации и интеграции.

И хотя современная российская социальная политика ориентирует инвалидов на активную позицию в отношении занятости, независимой жизни, здесь пока еще не эффективны механизмы исполнения законодательства и пресечения его нарушений. Первоначальные цели максимального вовлечения инвалидов в общественно полезный труд в ходе рыночной трансформации были пересмотрены в направлении защиты интересов и отстаивания прав. В связи с тем, что государство значительно сократило поддержку предприятий инвалидов, те оказались в числе проигравших в ходе рыночных преобразований. Развитие предпринимательской деятельности инвалидов было обусловлено социальной политикой «коллективных» льгот в первой половине 1990-х гг., а также политическими и экономическими условиями функционирования российского общества. На фоне противоречивых отношений государства и рынка, требования по созданию инвалидам необходимых условий труда работодателями зачастую не выполнялись, происходили различные нарушения прав инвалидов в сфере занятости, при этом прецедентов восстановления справедливости и вынесения наказания за нарушение конституционных гарантий пока что недостаточно. Среди причин, снижающих социальную активность инвалидов, их конкурентоспособность на рынке труда, сами инвалиды называют барьеры среды, трудности с передвижением, транспортировкой к месту работы, недоступность или неудобство различных объектов социальной инфраструктуры, отсутствие или плохое качество необходимых им технических приспособлений.

Сегодня есть свидетельства того, что социальные сервисы постепенно приобретают новое видение своей миссии в обществе, ориентированное на толерантность, активную позицию в интересах клиентов, знание и следование международным регламентам прав человека, признание мировых стандартов качества обслуживания. Однако, зачастую риторика и практика социального обслуживания существенно расходятся. Есть заметный прогресс и в сфере высшего образования инвалидов: при поддержке правительства, регионов, отечественных и международных донорских организаций развиваются современные программы в крупнейших вузах страны, хотя образовательный выбор абитуриента с инвалидностью все еще весьма узок [3].

Социальные движения, которые рождаются из совместных действий людей, влияют на поведение личности, на процессы самоидентификации.

Инвалиды становятся активно действующими социальными субъектами, не только изменяя условия жизни, но и переопределяя свою коллективную и индивидуальную идентичность.

Итак, основная проблема, рассматриваемая в данной статье, может быть сформулирована следующим образом: реализация социального гражданства инвалидов сталкивается с противоречиями и трудностями построения социально ответственного рынка, правового государства и сильного гражданского общества.

Список литературы

1. Наберушкина Э.К. Социальная политика в отношении инвалидов // Социальная политика и социальная работа в изменяющейся России. М.: ИНИОН РАН, 2002.
2. Малева Т., Васин С. Инвалиды в России – узел старых и новых проблем // «Pro et Contra». 2001. Т.
3. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. Саратов: СГТУ, 2003.

Цыбанева А.
студентка группы ПП3 психолого-педагогического факультета
научный руководитель: Камызина А.В.

ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Дети инвалиды и отношение к ним в семье, обществе и церкви была актуальной во все времена. Актуальной она остается и сейчас, в наше время. Несмотря на то, что данная проблема не в одном из поколений не остается без внимания, тем не менее, число детей – инвалидов не уменьшается и отношение к таким детям лучше не становится.

По данным Уполномоченного по правам человека в РФ В.П. Лукина, в 2004 году в России было зарегистрировано 583 тысячи детей-инвалидов. По его же собственным словам, подлинная численность таких детей значительно выше ввиду неудовлетворительной работы системы их выявления и регистрации [5]. По данным Московской Хельсинской группы, детей с ограниченными возможностями в России около 1.5 миллионов человек [5]. В то время как в ряде западных стран значительный процент детей-инвалидов в итоге интенсивной поддержки государством и обществом способен интегрироваться и включиться в социальную жизнь, в России большая их часть остается вне общества, а также вне системы образования [10]. В тяжелом положении находятся семьи детей-инвалидов.

Не получая необходимой материальной, юридической и психологической поддержки, многие родители отказываются от этих детей. Возникает ситуация социального сиротства, то есть сиротства ребенка при живых родителях. Если ребенок остается дома, часто распадаются семьи,

один из родителей, обычно отец, покидает семью, и изолированными от общества оказывается уже мать с ребенком. Эти проблемы плохо понимает российское общество. К сожалению, и церковное общество также осознает их недостаточно.

Современная медицина имеет возможность прогнозировать плод матери и выявить аномалии во внутриутробном развитии. Так, ультразвук показывает «заячью губу», или расщелину, примерно на 22-ой - 24-ой неделе беременности, и персонал многих медучреждений рекомендует будущим мамам прервать эту беременность, якобы по медицинским показаниям [7]. На самом же деле показанием к прерыванию беременности не является. Такой дефект операбелен, непосредственной опасности для жизни не представляет, и, сам по себе, не ведет к отставанию в умственном развитии. Однако врачи или запугивают пациенток, или «утешают», что «еще молодая и можно другого родить». Между тем, далеко не все знают, что дети с «заячьей губой» имеют право на бесплатную операцию, что родители могут оформить такому ребенку инвалидность и получать пенсию и т.д. Об этом зачастую не знают не только родители, но и сами врачи. Все это приводит к тому, что до 60% мам, узнавших об этой проблеме, решают, что лучше убить такого малыша, чем дать ему жизнь [4]. И многие, если не большинство матерей, неожиданно для себя родившие малыша с расщелиной, отказываются от него.

И даже если такой ребенок остается в семье, он не всегда получает надлежащего внимания со стороны близких и общества в целом. Ребенок часто подвергается насмешкам со стороны окружающих, упрекам со стороны близких о затрате на него большого количества времени и сил.

Такие дети очень часто сталкиваются с непониманием и полным неприятием в семье, обществе и даже храме. Некоторые батюшки просто отказываются причащать их, не понимая, что перед ними вовсе не непослушный, буйный ребенок, а ребенок больной, который не может за пять минут вдруг стать здоровым. Родители уже привыкли к неприятию на улице и в кабинетах чиновников. Но здесь, в храме, они оказываются не готовы к такому отношению и поэтому им особенно больно. Есть семьи, которые оставляют таких детей с целью получать различные жалования, добавки, пособия.

Конечно, есть семьи, в которых родители особо занимаются такими детьми. И такие семьи сталкиваются с многочисленными проблемами, как в финансовом, так и моральном плане. Дети – инвалиды требуют больше заботы, любви от своих родителей. Родителям приходится проводить больше времени с ними, чем с другими детьми, отсюда упреки и ревность здоровых детей, родственников. Да и со стороны общества и правительства семьям с детьми – инвалидами нет особой поддержки. В городах не создаются школы для развития таких детей, не открывают больниц, реабилитационных центров, где специалисты могли заниматься и лечить детей – инвалидов, да и особо специалистов, которые действительно могут и хотят заниматься с ними - мало. Не создается никаких психологических служб по работе с такими детьми и их родителями.

К счастью в нашей стране есть люди и организации, которым не безразлична судьба детей – инвалидов. Например, настоятель храма Живоначальной Троицы в Чертаново иерей Константин Сопельников проводил работу с детьми - инвалидами в психоневрологическом интернате.

Существует группы канис - терапии (работа при помощи собак) «Солнечный пес». С ее помощью была выведена новая форма помощи больным детям. В группе проводятся бесплатные занятия с детьми, больными ДЦП, аутизмом, синдромом Дауна и т.п. Участники проекта говорят о том, каким мощным средством помощи, как матери, так и ребенку являются занятия с специально обученными собаками. Как эти забитые, нервные матери приходят к ним, съежившись от страха, что их прогонят за несоответствие их детей «норме». И как потом у них появляется лучик надежды, когда они видят своего ребенка выступающего на празднике в нарядном костюме, показывающего вместе со своим четвероногим другом разные фокусы и трюки, которые они вместе разучили. Ребенок научился не бояться, проявлять волю, заботится о ком-то, а не только пассивно потреблять удовольствия. У детей развивается память, улучшается самооценка, координация, речь. А родители заново открываются, у них улучшаются отношения с ребенком, они, наконец, просто рады «выйти из дома хоть куда-нибудь» [6].

Также проводятся различные конференции по решению данной проблемы: секция, целиком посвященная проблемам детей-инвалидов в семье, обществе, церкви под председательством епископа Сергиево-Посадского Феогноста; конференция «Дети-инвалиды в семье, обществе и церкви» в рамках XVI Международных Образовательных Рождественских Чтений [9]. Существуют и различные организации: Общество помощи аутичным детям «Добро», Ленартович Александра Михайловна, общественная организация помощи инвалидам и родителям детей-инвалидов «Ковчег» [11] и многие другие.

Помогая инвалидам, мы помогаем, прежде всего, сами себе, как «тело, прежде всего, должно заботится о своих самых слабых и уязвимых членах. Членов много, а тело одно. Не может глаз сказать руке: ты мне не надобна; или также голова ногам: вы мне не нужны. Напротив, члены тела, которые кажутся слабейшими, гораздо нужнее, и которые нам кажутся менее благородными в теле, о тех более прилагаем попечения; и неблагообразные наши более благовидно покрываются, а благообразные наши не имеют в том нужды. Но Бог соразмерил тело, внушив о менее совершенном большее попечение, дабы не было разделения в теле, а все члены одинаково заботились друг о друге. Общество, избавляющееся от «уродов», само становится обществом моральных уродов» - говорит настоятель храма Живоначальной Троицы в Чертаново [5].

На сегодняшний день мы, так или иначе, сталкиваемся с этой проблемой. Мы взаимодействуем с детьми-инвалидами, поэтому мы все должны быть заинтересованы в углублении своих знаний в области помощи

таким детям, знакомстве с опытом священников, педагогов, психологов, социальных педагогов: всех, кто может помочь социализации таким детям.

Список литературы

1. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии. // Дефектология. - 1997, №1;

2. Возжаева Ф.С. Реализация комплексных реабилитационных программ для детей-инвалидов // Социальное обеспечение, 2005, №18;

3. Грузинова Т.В. Дети с ограниченными возможностями: мифы, реальность, пути интеграции//Директор школы. 1999, № 4

4. Кулагина Е.В. Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям: автореферат дисс. на соиск. ученой степени канд. экономических наук. - М., 2004

5. Кулагина Е.В. Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами// СОЦИС, 2004, № 5;

6. Ярская-Смирнова Е.Р., И.И. Лошакова. Инклюзивное образование детей-инвалидов//СОЦИС, 2003, №1;

7. Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии. // Дефектология. - 1997. - №1. - С. 3 -10.

8. Методическое письмо по определению степени утраты здоровья детям-инвалидам: Министерство здравоохранения РБ. 8.10.1999.

9. Общество и инвалид - несостоявшийся диалог? Дебаты в малых группах. Программа «Выход» Центра реабилитации молодых инвалидов. Организация «Next Stop - New Life». 27.11.1998.

10. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями. // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1997. - №2. - С. 51-56.

11. Социальная работа с инвалидами: Настольная книга специалиста. Под. Ред. Е.М. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 1996. - 210 с.

Чубова И.
студентка группы СП5 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Гостунская Я.И.

РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В КИНО

В нашем обществе практически любая практика связана с репрезентациями, отражаясь в культурных формах и конструируя их. Язык как система репрезентации - это концептуальная смысловая карта, генерирующая ментальные связи между реально существующими объектами, абстрактными и вымышленными образами, работающая в процессах обмена смыслами и понятиями. Важным элементом политики инвалидности

выступает политика репрезентаций инвалидов, осуществляемая как от имени большинства, так и самими инвалидами. Данный аспект можно раскрыть посредством содержательного анализа текстов средств массовой информации и символической продукции массовой культуры, а также критического дискурсивного анализа учебной и научной литературы об инвалидах.

Особенно ярко проявляется меняющееся отношение общества к инвалидам в литературе и искусстве, в частности в кино. Известны экранизации советских литературных произведений Н. Островского «Как закалялась сталь» (М. Донской, 1942), и «Повести о настоящем человеке» Б. Полевого (А. Столпер, 1948), которые представляют истории известных героев, защитников Отечества, преодолевающих собственную неподвижность и пренебрежительное отношение общества. Фильм «Председатель» (А. Салтыков, 1964) рассказывает о сопротивлении инвалида-фронтовика консервативным стереотипам (в главной роли - Михаил Ульянов). В фильме «Не могу сказать: прощай!» (Б. Дуров, 1982) главный герой, прикованный к постели из-за травмы спины, переживающий переоценку собственных жизненных ценностей, кардинально изменив свой образ жизни и образ мыслей, все же с помощью друзей и любящей его женщины становится социально активным, придает своей жизни новый достойный смысл. Героя фильма «Время отдыха с субботы до понедельника» (И. Таланкин, 1984) - безногого ветерана - вскоре после войны насильно отправляют на Валаам в дом-интернат. Однако его воля не сломлена, и духовно он намного выше многих других персонажей фильма - здоровых, образованных и хорошо устроенных в обществе.

Известные американские фильмы, где в качестве главного героя выведен инвалид, это, например, «Человек дождя» (Б. Левинсон, 1988), «Рожденный четвертого июля» (О. Стоун, 1989), «Форрест Гамп» (Р. Земекис, 1994), «Великан» (П. Челсон, 1998). Франко-бельгийский фильм «День восьмой» (Ж. ван Дормал, 1996) - психологическая драма, прозванная европейским «Человеком дождя». История путешествия переживающего семейный кризис бельгийского бизнесмена Гарри в компании забытого собственной матерью Жоржа, диагноз которого - синдром Дауна. В процессе общения с открытым, искренним Жоржем в душе циничного Гарри происходят благотворные перемены, у него появляется шанс научиться понимать и прощать ближних.

Как видим, в основном в героях кинематографа оказываются инвалиды-мужчины. Это происходит потому, что инвалидность здесь используется либо как инструмент для переделки «здорового, но неблагородного» главного героя, либо как метафора преодоления бессилия, как образец мужества, как яркий пример конфликта мужественности и жалости. Именно этот ролевой конфликт попадает в центр внимания массовой культуры, которая обращается к образу инвалидности, олицетворяющей слабость, зависимость, уязвимость, потерю мужественности.

Стереотипные образы женственности и инвалидности как пассивности усиливают друг друга, ассоциируясь с жалостью, бессмысленной трагедией, болью, святостью и бесплотностью. И, несмотря на то, что демографическая реальность характеризуется преобладанием среди инвалидов пожилых женщин, подобные кинорепрезентации очень редки и в основном негативны: женщины-инвалиды считаются неадекватными как для экономического производства (традиционно более подходящего для мужчин, чем для женщин), так и для традиционно женских репродуктивных ролей.

Хотя негативный образ истерической женщины, как правило, нужный для того, чтобы оттенять выгодные стороны положительного персонажа-мужчины, есть практически в каждом произведении кинематографа, фильмы, где главная героиня - это женщина, имеющая проблемы физического или психического развития, - довольно редки. Один из примеров - это картина «Другая сестра» (Г. Маршалл, 1999) - о любви и счастье, которого достойны все люди, невзирая на их умственные способности. «Оазис» (Ли Чан Дон, 2002) - корейский фильм о любви никому ненужного, простого, но благородного паренька к девушке с церебральным параличом, которую ее родственники не любят, но терпят ради хорошей квартиры. Фильм потряс многих зрителей, а кинообозреватели продемонстрировали неспособность размышлять о тяжелых формах инвалидности и об инвалидах не как объектах жалости и насмешки, а как о субъектах собственной судьбы, о людях, исполненных достоинства и гордости. Поэтому многие критики посчитали, что метафора оазиса использована режиссером в связи с понятием миража, чтобы показать невозможность и недостижимость счастья для тех, чье тело не соответствует никаким канонам, кого общество воспринимает как изгоев. На самом деле, именно любовь становится оазисом для тех, кто используется окружением, кого не ценят и избегают родные и близкие.

Таким образом, инвалидов необходимо представлять как активных членов общества, а не как пассивных и несамостоятельных наблюдателей. Задача заключается в том, чтобы показать, что при равных возможностях в получении образования, профессиональной подготовки и при наличии технических средств и специальных услуг инвалиды могут многое дать своим семьям и обществу.

Именно благодаря активной роли общественных организаций инвалидов продвигаются идеи создания сильных, позитивных, романтических образов инвалидов в кино. Так, региональная общественная организация инвалидов «Перспектива» при поддержке правительства Москвы, Международной организации реабилитации, Всемирного Института по проблемам инвалидности (США), «Интерньюс» и Гильдии неигрового кино и телевидения организовала первый международный кинофестиваль, посвященный проблемам инвалидов «Кино без барьеровФестиваль прошел в Москве 26-29 сентября 2002 года. В программе фестиваля были показаны документальные, художественные и анимационные фильмы, рассказывающие о самых разных проблемах инвалидов. Это были наиболее

яркие и актуальные работы, отобранные для показа из 135 заявок, присланных из 20 стран мира.

Фестиваль был организован для того, чтобы:

1) привлечь внимание общественности к проблемам людей с инвалидностью;

2) активизировать российских инвалидов, особенно детей и молодежь, показав им ролевые модели и наглядные примеры и возможности активной жизни;

3) стимулировать желание кинематографистов и журналистов снимать фильмы о людях с инвалидностью и с их участием;

4) пропагандировать в российском обществе позитивный образ инвалида.

Вот некоторые впечатления зрителей от фестиваля: «Оказывается, есть и другое кино об инвалидах. В нем инвалидность не используется ни как аттракцион, наподобие Параолимпийских игр, ни как сомнительная метафора всеобщей ущербности»; «Было просто здорово. Я очень хотела поехать, понимая, что там будет много полезного. Но действительность превзошла все ожидания. Я посмотрела много интересных, но таких разных фильмов. Разумеется, всего охватить было невозможно. Я смогла встретиться и пообщаться с очень интересными людьми из разных стран и регионов России. Почерпнула для себя много полезного, что, конечно, будем теперь реализовывать в "Деснице". Впечатлений так много, что у меня ощущения такие, будто я за четыре дня совершила кругосветное путешествие» [21].

Фестиваль полностью выполнил поставленные задачи, среди которых были следующие: апробировать новый подход - проведение кинофестиваля - для устранения барьеров, с которыми сталкиваются инвалиды в обществе; увеличить количество и улучшить качество публикаций на тему инвалидности, привлекая журналистов к широкому освещению фестиваля; организовать и провести во время фестиваля серию семинаров и круглых столов по различным проблемам инвалидности, привлекая на эти мероприятия более 300 людей с инвалидностью, а также около 100 детей-инвалидов; организовать встречу зрителей с актерами и режиссерами; стимулировать желание кинематографистов и тележурналистов создавать фильмы об инвалидах и с их участием; создать ресурсную видеотеку с фильмами на темы инвалидности и сделать ее доступной для других организаций инвалидов; распространять информацию о проекте и фильмах среди организаций инвалидов России и стран СНГ.

Таким образом, литература, кино и популярные СМИ традиционно предоставляли «инвалидизирующие» образы, выставляли людей причудливыми уродами, беспомощными или героическими калеками, что лишь усиливало стереотип патологии. Сегодня среди инвалидов растет сопротивление негативному культурному образу инвалидности в СМИ и искусстве, где инвалидность показана как объект милосердия и благотворительности. Инвалиды становятся активно действующими социальными субъектами, выдвигают требование не только равных

возможностей в сфере образования и занятости, но и права на самоопределение. Использование СМИ необходимо для формирования позитивного общественного мнения относительно инвалидов.

Список литературы

1. Форум // http://disability.ru

2/ Веб-сайт Региональной общественной организации инвалидов «Перспектива» // http://perspektiva-inva.ru/index-rus.shtml

Щекотихина Н.
студентка группы СП4 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Алексеева М.Н.

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КАК ТЕХНОЛОГИЯ КОРРЕКЦИЙ ОТКЛОНЕНИЙ РАЗВИТИЯ

Технологии телесно-ориентированная терапия являются одним из основных направлений современной практической психологии, основателем которой является Вильгельм Райх.

Телесная (соматоцентрированная) терапия отличается от других методов тем, что здесь общение психотерапевта с пациентом осуществляется не на языке слов, а на языке тела: внешнем - мимика и кинесика (жесты, поза тела) и внутренним - кинестетические, интероцептивные и кожные ощущения, телесные сигналы подсознания - служит для внутриличностной коммуникации, диалога между сознанием и бессознательными процессами.

Учитывая тот факт, что телесно-ориентированная психотерапия не имеет противопоказаний, ее приемами могут пользоваться не только врачи и психологи, но и учителя начальных классов, преподаватели физкультуры, воспитатели ДОУ, инструктора ЛФК.

Для медиков это действенный инструмент в борьбе с нервно-психическими и психосоматическими заболеваниями. Для педагогов важно умение использовать материализованные особенности структуры личности (телодвижения, жесты, мышечные зажимы, позы) как средства обратной связи, способы аргументации и психокоррекции.

Телесная терапия (телесно-ориентированная, соматическая терапия) - сравнительно молодое и перспективное направление психологии, ориентированное на осознание и «освобождение» тела, познание его биологических и социально обусловленных реакций, возврат к собственному телу и открытие в себе первичных импульсов, работу через изменения тела с состояниями сознания, достижение целостности в реагировании и проживании настоящего момента.

Цель телесно-ориентированной терапии отличается от целей, лежащих в основе физической подготовки, физкультуры и т.п. В телесно-ориентированной терапии акцент ставится на знакомстве с телом,

подразумевающем расширение сферы осознания индивидом глубоких организмических ощущений, исследование того, как потребности, желания и чувства кодируются в разных телесных состояниях, чем подчеркивают важность физических привычек как ключа к психологической диагностике. Телесно-ориентированная терапия применяется как в индивидуальных, так и в групповых формах.

Задача телесно-ориентированной терапии - разрушить «мышечный панцирь». Это приведет к восстановлению правильного распределения энергии в организме, повышению общего энергетического потенциала, гармонии тела и психики.

Популярность телесно-ориентированной терапии в последнее десятилетие, несомненно, растет. Телесно-ориентированный подход привлекает возможностью непосредственной коммуникации с подсознанием с помощью языка тела, а также контроля эмоций через воздействие на их телесное выражение. Важным достоинством телесно-ориентированной терапии является также широкое разнообразие техник.

Главное содержание телесно-ориентированной терапии составляет не только и не столько прямой контакт психотерапевта с телом пациента, сколько работа с телесными ощущениями - как с элементарными, так и со сложными кинестетическими образами. В этом состоит ее сильная сторона, ее преимущество в сравнении с теми методами психокоррекции, которые абстрагируются от телесной реальности, забывая о том, что душа и тело неотделимы друг от друга. И именно на этой основе происходит интеграция телесной психокоррекции с другими психотерапевтическими методами.

Множество подходов к телесно-ориентированной терапии можно условно разделить на три группы:

1. Работа над структурой тела, нарушенной вследствие физической или психической травмы: биоэнергетика Лоуэна, структурная интеграция (или Рольфинг), техника Александера, Метод Фельденкрайза.

2. Системы, направленные на улучшение функционирования тела: чувственное сознание и релаксации чувств.

3. Восточные учения, ориентированные на тело: хатха-йога, тайчи, айкидо.

Во время тренингов по телесно-ориентированной терапии появляются первые концепции психологического здоровья личности: «познай самого себя», «заботься о самом себе». Согласно последней концепции у каждого человека должен быть определенный образ действий, осуществляемый по отношению к самому себе и включающий заботу о самом себе, изменение, преображение себя.

Телесно-ориентированный тренинг позволяет утвердить и структурировать образ «Я», расширить самосознание, восприятие и развить собственные возможности человека.

Как и любые занятия, тренинги и терапевтические группы, сеансы телесно ориентированной терапии могут помочь справиться с проблемами, развить свою личность, лучше понять себя, свой образ Я и окружающих.

В любой момент жизни состояние тела человека - это воплощенная история пережитых и переживаемых им эмоциональных и физических травм, накопленного жизненного опыта, взглядов и представлений, недомоганий и заболеваний. Наше «Я» выражено как в психике, так и в теле, и оживить душу можно, воздействуя на телесные процессы.

В различных направлениях телесно-ориентированной терапии многолетние теоретические и практические исследования посвящены изучению языка стрессов и травм, их влияния на состояние тела и души, разработаны способы их исцеления, специальные методики и техники, теория и практика психосоматической коррекции личности. При этом важно, что соматические симптомы психических травм понимаются как телесные проявления переживаний и поведения человека.

Работа с телом и психикой может быть реализована как в непосредственном телесном контакте с терапевтом, так и косвенно, без прикосновений. При этом изменения в телесных ощущениях постоянно находятся в фокусе внимания психолога.

В телесно-ориентированной терапии прикосновение – это один из основных языков мышц, нервов, кожи, формирующий пространство любви, поддержки и заботы. В области прикосновения создается зона интенсивности, повышающая осознанное психическое внимание. Прикосновения помогают лучше ощущать свое тело, соприкоснуться с глубокими и истинными чувствами, с внутренними ресурсами здоровья и развития.

Искусство прикасаться и принимать прикосновения - это путь к контакту с «внутренним ребенком», к расширению возможностей телесно-чувственного осознавания себя и мира, к углублению чувства «Я».

В. Райх указывал на терапевтическую ценность касания, как первичной, идущей от младенчества формы контакта с окружающим миром. Младенец изначально, не менее чем в питании, нуждается в контакте с телом матери, в поддержке ее жизненности, поглощении ее энергии.

Конфликт между телом и Я может быть незначительным, но может быть и тяжким. В любой момент жизни тело воплощает особенности личности, ее психологических проблем и конфликтов. Известно, что при рождении у каждого ребенка закладывается богатый спектр ощущений, его возможности жить и чувствовать колоссальны. В процессе развития его тело формируется как универсальный, общечеловеческий язык, выражающий и передающий чувства и отношения – от человека к человеку. Но постепенно, издержки воспитания, сложности взросления, переживаемые стрессы у многих людей приводят к подавлению чувств и ощущений тела, утрате глубины переживаний.

Эмоционально значимые переживания «врастают в память тела», фиксируются в нем. Тело - запечатлевая маски и роли, избранные как способы защиты от тяжелых переживаний, - обретает «мышечный панцирь», хронические напряжения и зажимы, которые блокируют жизненную энергию, эмоции, силы и способности, ограничивают подвижность тела и

полноценность жизни и рано или поздно ведут к заболеваниям. Подавляя опасные либо негативные чувства и переживания тела, мы приходим к внутренним конфликтам, когда эмоции «отсекаются» от движения и восприятия, действия от мышления и чувств, понимание от поведения. Думаю - одно, чувствую - другое, делаю - третье. Все наши личностные трудности исходят из предательства своего тела.

Таким образом, после изучения сущности телесно-ориентированной терапии и возможностей ее использования в коррекции отклоняющегося развития, мы можем сделать следующие выводы, что современная телесно-ориентированная психотерапия насчитывает более десятка базовых школ и обладает богатым инструментарием воздействия. Единство всех методов заключается в одном - работа с телом человека для улучшения его физического и эмоционального состояния.

Щекотихина Н.
студентка группы СП4 факультета специальной педагогики
научный руководитель: Прилепко Ю.В.

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РОССИИ

«Что заставляет уходить в бессмертье
Мельчайшие частички бытия?
Их разделяют звезды и столетья,
И вместе с ними исчезаю я.
Но исчезая, во Вселенской книге
Я оставляю четкие черты.
И в каждом атоме, и в каждом миге
Меж мной и Вечностью наведены мосты».

Это стихотворение девочки с аутизмом.

Соне сейчас 13 лет, она не может говорить – по психологическим причинам. Эта девочка-инвалид не может очень многого, даже почти ничего не может из того, что могут другие дети и взрослые. В то же время это стихотворение показывает, что она может что-то, чего не можем мы. Может быть, она знает то, чего не знаем мы. И она имеет судьбу, как бы сложенную из другого материала, чем у большинства из нас [1].

Жизнь таких детей рождает вопросы, касающиеся не только их самих, но и нас.

Так на примере этой девочки мы встречаемся с проблемой детей-инвалидов – в глубоком и общем смысле.

Социальный аспект.

В стране по разным оценкам их может быть под миллион. Проблемы этих детей, проблемы их семей, известны тем, кто в этой области работает - и только им. Широкая общественность почти не знает проблем этих детей, не интересуется ими, избегает по принципу «чур меня».

Проблема детей-инвалидов касается почти всех сторон нашего общества – от законодательных актов и социальных организаций, которые призваны оказывать помощь этим детям, до человеческой, моральной атмосферы, в которой живут их семьи. Все стороны требуют внимания.

Необходимо, чтобы общество услышало проблемы детей-инвалидов и их семей.

У проблемы есть человеческий, нравственный, духовный аспект, важный и первостепенный, по большому счету фундамент всех социальных инициатив в этой области.

Дети-инвалиды не абстрактные единицы, а реальные дети, имеющие лицо и характер. В тяжелых условиях инвалидности, как бы на иссушенной почве, они живут свою единственную и неповторимую жизнь. Их тело, в случае серьезных, множественных нарушений развития, способное своим видом вызывать отторжение у здоровых людей; душа, живущая в предельной скудости возможностей, зачаточный интеллект – ве это есть единственное, чем они владеют, это все, что им дано, что они знают – с первого дня и до конца жизни [4].

Этот духовный аспект, что не все на земле меряется мерками земли, мы не должны забывать, говоря о детях-инвалидах. Древний языческий мир не знал проблем. В Спарте больных детей уничтожали [2].

Поэтому вся тема тяжелых больных детей, детей с патологиями, с психическими и умственными серьезными нарушениями, в конечном счете целиком висит не на тех или иных социальных принципах, гарантиях, правах (людей, детей), крайне важных в решении возникающих проблем, которыми надо заниматься. Но сами принципы и права являются следствием человеческого, личностного аспекта проблемы, нашей способности видеть в этих детях людей, видеть личности.

Простейшим образом это проявляется в том, что именно родители таких детей, не отказавшиеся от них, любящие, и видящие в них именно детей, то есть имеющие к ним самое прямое и личное отношение, всегда были двигателями в этой проблеме. Не сверху спускались законодательные акты, но именно родители и, затем, присоединившиеся к ним психологи, медики, педагоги, юристы, часто сами прошедшие через такой же родительский опыт, знающие его изнутри, стоят у истоков всех социальных инициатив в этой области, от создания групп и центров поддержки до законодательных актов.

Необходимо, чтобы общество научилось смотреть на этих детей, как на личности, а не просто как на инвалидов. Чтобы СМИ уделяли время этим детям, и именно не в плане трагедии, а в плане того, что они являются личностями, что не только мы можем что-то дать им, но и они (их появление в семье) нам.

Необходимо, чтобы здоровые люди, здоровые дети, не «шарахались» от детей-инвалидов, но умели с ними общаться. Наших детей надо прямо приучать к этому. Это им будет только полезно. Уметь общаться с теми, кто имеет меньше возможностей, чем они [3].

Проблемы детей-инвалидов и доктрина изъятия из социума

Опыт показывает, что помощь ребенку с ограниченными возможностями эффективна в том случае, если она адресована именно к нему, а не к абстрактной единице, если в основе помощи положены личные, человеческие отношения.

Государственная, экономическая, медицинская и всякая иная помощь таким детям должна, в конечном счете, быть фундаментом для помощи личной. А личная помощь лучше всего может осуществляться в семье, в нормальной, хорошей семье. Там ребенок может получить любовь, и быть желанным даже при его патологии. Поэтому для эффективной помощи ребенку-инвалиду, государство должно не отрывать ребенка от семьи, а поддерживать семью. На это должна быть ориентирована и законодательная, и юридическая, и экономическая, и психологическая поддержка [4].

В нашем обществе существовала и существует доктрина изъятие ребенка-инвалида из семьи и социума, и помещения его в особые условия, в изоляцию, в интернат. И родители ребенка с явной патологией уже в роддоме подвергаются уговорам отказаться от ребенка. Работает приоритет изъятия инвалидов из общества, сознательный или бессознательный. До 90% детей с синдромом Дауна оказываются в Доме ребенка, треть всех детей-инвалидов с отклонениями в умственном и психическом развитии, своей семьи не видят никогда.

Дети с тяжелыми патологиями оказываются в интернате. Государство выделяет средства на их жизнь, их содержат, кормят, оказывают какую-то медицинскую помощь. В среднем интернат плохо переносят даже дети с нормальным развитием. Официальная статистика: в интернатных учреждениях, дети болеют больше, чем в семье. В среднем в интернате доля здоровых определяется в диапазоне от 2 до 15% , а в современных семьях относительно здоровы 45%.

Много острее стоит вопрос для детей-инвалидов. Из детей с синдромом Дауна, попавших из роддомов в дома ребенка, по оценкам специалистов Центра лечебной педагогики в Москве, 40% детей умирают на первом же году жизни; до взрослого возраста доживает едва ли каждый десятый [5].

Положение семей с детьми-инвалидами.

Но если дети остаются все же дома, если их не отдают, возникают свои трудности. Эти семьи почти не поддерживаются государством и обществом. Обычно такие семьи не имеют ни юридической, ни психологической помощи.

Часто, после рождения ребенка-инвалида, семья распадается, отцы уходят. По социальным опросам, на которые ссылается Уполномоченный по правам человека, в дальнейшем треть этих отцов никогда больше не встречаются с этими детьми. Мать остается одна, она ближе к

новорожденному, она жалеет и любит своего больного ребенка, но она часто не выдерживает и срывается эмоционально.

Это усугубляется тем, что семья ребенка-инвалида не защищена материально. По утверждению Уполномоченного по правам человека, доля прожиточного минимума ребенка-инвалида, покрываемая ежемесячным пособием составляет не более 3% необходимых затрат!

Это тоже следствие установки на приоритет «изъятия» инвалидов из общества и содержания в интернатных заведениях, потому что существует огромная 5-ти, 7-ми кратная разница в средствах, выделяемых государством на ребенка в интернате и на поддержку его в семье. 14 – 20 тысяч рублей на содержание ребенка в интернате и только 2-5 тысяч рублей в семье [5].

И вот, в итоге всего, одинокая мать ребенка-инвалида нередко находится еще и сама в состоянии депрессии. Она замыкается в четырех стенах в своей беде, отодвигается от друзей и сослуживцев, испытывает комплекс вины. Она оказывается в том положении, в котором помощь окружающих ее людей могла бы быть особенно эффективной. Ее проблемы остаются для окружающих людей скрытыми и не понятными.

Социальная жизнь такой семьи не защищена. Вместе с ребенком мать имеет права, определенные законом – но без юридической поддержки даже не знает о законах. Порой она годами бьется с местными чиновниками за права ребенка. Иногда побеждает – особенно, если объединяется с другими родителями. Но часто победа бывает не полной, и достается дорогой ценой - невозвратимо потерянного для развития ребенка времени. И не каждая мама выдержит такую борьбу [3].

В проблеме детей-инвалидов надо иметь в виду и их будущее трудоустройство. Работа – это, ведь, не только работа, это мощный инструмент социализации человека, его реабилитации. Не все инвалиды способны выполнять какую-то работу. Но даже если бывший ребенок-инвалид способен выполнять ее, он не может работу получить. У нас занятость повзрослевших детей-инвалидов не превышает 15%, в то время, как в США она в два раза выше, в Великобритании – почти в три. В Китае же 80% всех инвалидов так или иначе, включены в работу [5].

Еще раз о девочке Соне.

Девочка с аутизмом, имеет статус инвалида, и совершенно беспомощна в жизни. Она способна полить цветы из лейки, в которую уже налита вода. И не потому, что у нее что-то с руками, а потому, что она (по психологическим причинам) не могла совершать произвольные действия - действия, определяемые ее волей и сознанием.

Она не может, говорить. Не может сама и писать. Но письмо доступно ей, если мать или педагог слегка касаются ее руки (психологическая, а не физическая поддержка) [1].

Вот некоторые ее высказывания (афоризмы) возраста восьми лет.

Какой ответ можно ждать от девочки этого возраста, на вопрос: что такое, по ее мнению, «наука», да еще, если у ее нарушение интеллекта?

Соня дает определение не детскими словами: «Наука – это система знаний, основанных на сомнении».

Кто знаком с науками изнутри, удивится точности слов. Сомнение – один из методологических столпов науки (другой – вера).

Девочку спрашивают дальше. А что такое «мысль»? Как она определит свое понимание «мысли»? Когда Соню вы спрашиваете, она не смотрит (не может смотреть) на вас. Когда пишет ответ – не смотрит на лист бумаги. Смотрит в сторону, порой – противоположную. И где-то у себя за спиной пишет. Вот ее ответ: «Мысль – есть самая великая, после любви, сила в мире».

А что такое стыд? «Стыд это огонь, выжигающий грех из души».

Ну а что же такое сама «душа»? Кто из нас, взрослых и умных, решится ответить на вопрос, что такое душа? Соня пишет: «Душа – это пустое место в человеке, которое человек может заполнить Богом, или сатаной».

Соня с шести лет пишет стихи. С того возраста, когда родители впервые узнали, что девочка понимает человеческую речь (прежде думали, что не понимает ничего), и даже откуда-то умеет (научилась) читать, хотя ее не учили.

Вот ее стихотворение восьми лет, времени ее великой беспомощности в самых простых делах:

«Мне страшно. Голова гудит.
Там мечутся слова и просятся уйти.
«Пусти нас, Соня, в мир пусти!»
Но рот мой на замке,
А ключ к замку в мозгу
И как его достать?
Ну, помогите ж мне!
Яне хочу немой остаться,
Но страх засовом запер рот.
Слова рождаются, живут и чудеса творят
В мирах, что в голове я создаю… И вот
В конце концов, и умирают. Чтоб им жить,
Их надо в мир, вовне пустить.
Но как? Скажите мне!
А вдруг их люди не поймут?
Сквозь рот мой проходя,
Изменятся слова, их мир не примет,
Оттолкнёт, а вместе сними - и меня?
Как жить? Мне страшно. Голова гудит» [2].

Список литературы

1. Сошинский С.А. Дети-инвалиды: социальные проблемы и неожиданные открытия, 2007г.
2. Сайт - Православие и Мир.

3. Сайт- www.invalids.da.ru.
4. Сайт- www.invalid.ru.
5. Сайт- www.801-statistika-invalidnosti.