МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»

МИР БЕЗ ГРАНИЦ

МАТЕРИАЛЫ

II студенческой межвузовской научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню инвалидов

(9 декабря 2011 года)

Ставрополь
2012

УДК 371.9
ББК 74.3
М 63

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный
педагогический институт»

М 63 **Мир без границ: Материалы II студенческой межвузовской научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню инвалидов** (9 декабря 2011 года, Ставрополь, СГПИ) / Под ред. С.В. Бобрышова, Е.С. Слюсаревой, В.В. Ершовой. – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2012. – 274 с.

В сборник включены материалы II студенческой межвузовской научно-практической конференции «Мир без границ», посвященной Всемирному дню инвалидов.

Представлены результаты научных исследований и практических поисков в области оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья; материалы, раскрывающие нормативно-правовые и социально-нравственные аспекты помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья, технологии здоровьесбережения и физического воспитания данной категории лиц. Раскрываются психолого-педагогические основы обеспечения личностного развития людей с ограниченными возможностями здоровья.

УДК 371.9
ББК 74.3

© Ставропольский государственный
педагогический институт, 2012

РАЗДЕЛ I

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СО СТОРОНЫ ОБЩЕСТВА И ГОСУДАРСТВА

Горбунова С.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: старший преподаватель Шеховцова Т.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛИСС-МЕТОДИКИ КАК СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ

Во все времена отсутствие речи у детей было значительной преградой на пути их развития. В 60-е годы XX века наиболее употребительной альтернативой для возмещения недостаточной функции речи детей были наборы картинок. Но опыт показывал, что у них был недостаток: с помощью картинок было трудно передать абстрактные понятия, например, чувства. Педагоги работали также с наборами слов и букв, но их использование предусматривало умение читать и складывать из букв слова, что было сложно для многих детей с нарушениями речи. Возникла необходимость искать альтернативный способ коммуникации, одним из которых оказалась блисс-символика, созданная австралиийским инженером-химиком и гуманистом Чарльзом Блиссом (1897-1985) и опубликованная впервые в его книге «Семантография» (1949). Блисс-символика была первоначально предназначена для содействия международному пониманию и согласию посредством единого графического способа общения людей, говорящих на разных языках.

Инициатива применения Блисс-символики в терапевтических целях в качестве системы, замещающей естественный язык, возникла в 1971 г. в Канаде (г. Онтарио) в Центре реабилитации детей-инвалидов. При этом вначале предполагалась работа не столько с детьми, имеющими нарушения собственно речевого развития, сколько с детьми, имеющими такие физические дефекты, которые затрудняли или даже исключали обучение чтению и письму на естественном языке: прежде всего, детский церебральный паралич и его последствия. Блисс-символика как альтернативный способ коммуникации вызвала большой интерес, была переведена на 19 языков и начала использоваться в различных странах (США, Англия, Швеция и др).

В 1975 году в Торонто был образован Blissymbolics Communication Foundation (BCF) – Фонд коммуникации с помощью блисс-символов. В 1978 году BCF изменил своё название на BCI (Blissymbolics Communication International), которое сохранилось и по сегодняшний день.

В Россию Блисс язык пришёл в 1999 году из Швеции благодаря международному сотрудничеству администрации Мурманской области и социального управления муниципалитета города Лулео [3]. В рамках совместного проекта «Сотрудничество в социальной и медицинской области на Кольском полуострове» отечественные специалисты прошли в Швеции подготовку по применению Блисс-метода в работе с неговорящими детьми с церебральными параличами, патологиями органов речевого аппарата, моторной алалией, заиканием. Авторство русской версии принадлежит учителю-дефектологу Н.Д. Беляевской, описавшей и адаптировавшей её [1].

Блисс – это система символов, в которой слова и понятия преобразованы в знаки вместо буквенного выражения. Блисс-символы сформированы из основных геометрических форм и их сегментов, оттенки значений которых передаются через их размер, положение, интервал и конфигурацию. Алфавитом языка являются ключевые символы, которые представляют собой неделимые первичные концепции, используемые неоднократно для создания словаря и с учётом их основного семантического значения. Некоторые из них имеют сходство с реальным объектом, являются пиктографическими или изобразительными. Кроме того, различают также общепринятые или интернациональные символы.

Символы в сочетании с поясняющими словами сгруппированы по частям речи и оформлены в виде таблицы. Каждая часть речи выделена определённым цветом. Например, все существительные изображены на жёлтом фоне, глаголы – на красном, прилагательные – на зелёном и т.д., что облегчает ориентировку в таблице. Отдельными символами обозначены отрицание, временные показатели, показатель множественного числа. Для структуризации предложения используются знаки препинания. По верхнему и нижнему полям таблицы располагаются буквы в алфавитном порядке, а по левому и правому – цифры. Их использование расширяет возможность общения.

В отличие от других способов альтернативной коммуникации Блисс-метод имеет фундаментальную языковую структуру (орфография, морфология, грамматика, синтаксис) и безграничные возможности стратегического расширения и пополнения словаря различными понятиями и выражениями. Несмотря на то, что словарь Блисс языка содержит свыше 4000 слов, пользователи могут сами комбинировать новые понятия с помощью ключевых символов в случае нехватки этих понятий в стандартном запасе. С помощью грамматических операторов (специальных знаков) можно изменить значение символов: например, преобразовать существительное в глагол (уши – слышать, снег – идёт снег) или придать слову качественный оттенок (грустный, весёлый).

В процессе работы символы или карту Блисс располагают на столе или на специальных приспособлениях. Удобство и универсальность метода состоит в том, что с его помощью действительно может общаться говорящий и неговорящий человек. Так, ребёнок-инвалид общается, показывая на символы в зависимости

от своих возможностей: рукой, указкой или лучом светоисточника. При этом говорящему собеседнику не принципиально знать точное значение символов, ведь он может читать слова, которые написаны над каждым символом [3].

Цель использования Блисс-метода в работе с детьми-инвалидами – общение и языковое развитие ребёнка. Главной задачей является не столько овладение системой символов, так как с этим дети справляются без особых усилий, а постоянная поддержка мотивации и обучение ребёнка общению с помощью символов. Создание коммуникативной среды также имеет решающее значение. Для этого выстраивается схема межличностных отношений, основанная на едином подходе с использованием блисс-символики в процессе общения с ребёнком, а также с учётом перспективы его развития.

Педагогом Е.С. Васильевой [2] описан опыт использования в России методики Блисс в работе с детьми, имеющими тяжёлые нарушения речи. Коллективом педагогов Областного центра социальной помощи семье и детям г. Мурманска была разработана программа, цель которой – обучение детей с тяжёлыми нарушениями речи общению с окружающими людьми с помощью системы символов. Программа учитывает современные представления о закономерностях формирования лексики в онтогенезе, о её особенностях у детей с тяжёлой речевой патологией, а также использует рекомендации, данные в программе «Коррекция и обучение детей с общим недоразвитием речи», разработанной Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной.

Основной акцент программы по Блисс-методике делается на формирование лексики (пассивного словаря) у неговорящих детей. При этом, указывает Е.С. Васильева, основными условиями являются сохранный слух и интеллект, так как ребёнок должен в первую очередь понимать и правильно выполнять инструкции, а также сохранное зрительное восприятие [2, с. 41]. Но изучение материалов сайта www.blissinfo.ru убеждает, что Блисс-символику успешно усваивают дети с нарушениями интеллектуального развития, с множественными нарушениями, с алалией, афазией, а также с дислексией. Иногда её применяют для облегчения коммуникации аутичных, слабослышащих и глухих детей.

Особенностью программы является распределение речевого материала не по годам, а по этапам обучения, соответствующим основным периодам формирования речи, которые были выделены ещё А.М. Гвоздевым (1961): работа на уровне слова; работа на уровне предложения; работа на уровне фразы и текста. Время освоения содержания каждого этапа строго индивидуально и зависит от целого комплекса факторов, определяющих структуру нарушения у конкретного ребёнка. Переход с одного этапа на другой осуществляется на основе результатов обследования усвоения ребёнком Блисс-символов, занесённых в индивидуальную Блисс-карту.

Система работы предусматривает концентрический путь освоения речевого материала. Отбор языковых единиц подчинён коммуникативным целям и осуществляется с учётом их частотности, продуктивности и доступ-

ности усвоения. Вначале отрабатывается обиходная лексика и побудительные фразы простейшей конструкции, затем постепенно вводится словарный материал, необходимый для выражения понятий более отвлеченного характера, усложняются грамматические формы. В начале обучения рекомендуется использовать ситуативную форму общения, а затем формировать базу для контекстной речи.

Основная форма обучения языку Блисс – индивидуальные занятия, однако допускается объединение детей в небольшие группы для совместных игр (лото, домино, отгадывание кроссвордов).

При подготовке занятий для обогащения пассивного словаря у неговорящих детей Е.С. Васильева рекомендует использовать лексический материал по обобщающим темам. Подбирать его следует с учётом программных требований детского сада общего типа в соответствии с возрастом и особенностями детей с тяжёлыми нарушениями речи. Содержание словарной работы должно быть связано с деятельностью по углублению и обобщению знаний об окружающем.

В работе над лексикой реализуются такие направления:

1) расширение объёма пассивного словаря параллельно с расширением представлений об окружающей действительности;

2) уточнение лексического и грамматического значений слов;

3) формирование познавательной деятельности (мышления, восприятия, памяти, представлений).

Работу по обогащению словаря рекомендуется проводить поэтапно.

На первом этапе предусмотрено знакомить детей с предметами, их изображениями на картинках и действиями с ними, проводить более углубленное ознакомление с предметами, их качествами и свойствами. В ходе этой деятельности вводить в пассивный словарь новые слова, обозначающие свойства и качества. Для более чёткого вычленения каждого свойства нужно предлагать детям сравнивать его с противоположным.

Усложнять занятия рекомендуется за счёт увеличения набора выделяемых качеств и свойств предмета. Задача словарной работы заключается в умении более точно подбирать слова дня характеристики выделяемых особенностей. В ходе этой работы у детей развиваются видовые и родовые обобщения на основе освоения слова, выделяющего существенные признаки предметов. Очень важно использовать упражнения по описанию предметов, отгадыванию и загадыванию загадок. Закрепление словаря проводится в процессе повседневного общения с неговорящим ребенком, дидактических игр и упражнений.

Основное требование к занятиям – это широкое опосредование их практическими задачами с опорой на игровые приёмы, активизирующие познавательную деятельность ребенка. В процессе проведения занятий дети специально обучаются способам сенсорного обследования предметов.

Параллельно авторы рекомендуют проводить ознакомление детей с символами-операторами для образования прилагательных, наречий, множественного числа, принадлежности, прошедшего и будущего времени глаголов.

На втором этапе предусмотрено с помощью символов Блисс научить ребёнка вопросно-ответной форме речи.

Работу над предложением рекомендуется проводить систематически, постепенно усложняясь в течение всего времени обучения. На начальных этапах обучать установлению грамматической связи между предметом и действием. Необходимо научить детей составлять предложения из 2-3 слов, в которых существительное-подлежащее стоит в именительном падеже, а глагол-сказуемое употребляется в 3-м лице («Мальчик рисует», «Девочка громко поёт»). Широко используется приём подбора однородных подлежащих, сказуемых, дополнений. На данном этапе работы авторы предлагают постепенно вводить в предложение предлоги. В конечном результате ребёнок должен усвоить, что предлог – это отдельное слово и каждый предлог имеет свой символ. Работа над предлогами проводится с учётом последовательности их появления в онтогенезе.

На этапе работы над текстом главной задачей является научить детей с помощью символов «рассказывать» о событиях из своей собственной жизни, описывать вещи, растения, животных и игрушки, изображения на картинках, а так же следует уделять большое внимание составлению рассказов из личного опыта ребёнка.

Е.С. Васильева указывает, что правильное использование методики Блисс-коммуникации как этапа коррекционной работы с неговорящими детьми позволяет достичь таких положительных результатов как:

• усвоение ребёнком импрессивной стороны речи происходит в 3 раза быстрее, чем при работе по традиционным методикам:

• речь формируется одновременно в трех функциях – коммуникативной, регуляторной и обобщающей;

• раскрывается внутренний план возможностей человека;

• у ребёнка повышается вера в свои коммуникативные возможности, смягчается чувство неполноценности.

Таким образом, методика Блисс является альтернативным способом коммуникации, не означающим отказ от традиционной формы. Эта языковая система подходит к использованию на разных речевых уровнях, от сигнального слова до грамматически совершенного предложения. Она снимает первоначальный барьер общения между говорящим и неговорящим человеком, в частности – педагогом и ребёнком-инвалидом, является переходным или временным способом общения, помогает общаться в случаях тяжёлой речевой и двигательной патологии.

Литература

1. Беляевская Н.Д. Блисс-метод в работе с особыми детьми. – Оленегорск: ОО «ЛиК». – 2006.

2. Васильева Е.С. Использование методики Блисс для формирования элементарной коммуникации у безречевых детей. // Дефектология. – 2006. – №5. – С. 41-44.

3. Попович Т. О чём молчат ребята // Мурманский вестник. – Выпуск № 33. – 2008. http://www.blissinfo.ru/link.php

Иванова К.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Шаповаленко З.И.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВКЛАДА А. ФРЕЙД И М. КЛЯЙН В РАЗВИТИЕ ДЕТСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА

В настоящее время с детьми, имеющими отклонение в психическом развитии, всё в большей мере применяется практика детского психоанализа, основанная на игровой терапии.

Самое первое упоминание о психоанализе ребёнка можно найти в статье Зигмунда Фрейда «Анализ фобии пятилетнего мальчика» или «Маленький Ганс» (1909). До этого момента считалось, что психоанализ возможен только с «взрослыми» пациентами. Публикация данной статьи положила начало развитию детского психоанализа [3].

Работу над данным направлением в психоанализе продолжила младшая дочь психоаналитика Анна Фрейд. В 1923 году она открывает собственную практику, а уже в 1924 году возглавляет Венский психоаналитический институт, в котором читает лекции по детскому психоанализу для воспитателей и педагогов. В 1927 году А. Фрейд выпускает свою книгу с курсом из четырёх лекций «Введение в детский психоанализ». В своём труде она пишет об особенностях детского психоанализа, представляет клинические характеристики его описания, этапы работы с ребёнком, обращая внимание на случаи, когда следует применять психоанализ с ребёнком, а когда его проведение заканчивается неудачей [2].

Параллельно с А. Фрейд детским психоанализом начала заниматься М. Кляйн. Наблюдая за играми собственных детей 2-3 лет, она пришла к выводу, что именно на этот возраст приходится формирование «Эдипова комплекса», о котором писал З. Фрейд в своей работе «Толкование сновидений» (1900) [4].

М. Кляйн прошла психоаналитический курс у Шандора Ференци и по его совету стала профессионально заниматься психоанализом. В 1919 году она выступила с докладом «О развитии одного ребенка», основанном на наблюдениях за одним из собственных детей. В этом же году она поступила на работу в Берлинский институт психоанализа [5].

Начиная с 1942 А. Фрейд и М. Кляйн ведут оживлённую полемику по поводу пересмотра ряда положений учения её отца, в особенности касающихся проявлений агрессии в детском возрасте. В 1944 был заключён «джентельменский договор», определяющий место каждого направления в рамках психоанализа.

В своём труде «Введение в детский психоанализ» Анна Фрейд достаточно часто ссылается на идеи М. Кляйн, говоря об особенностях интерпретации детской игры, показаниях к анализу и процедуре проведения. Она убеждена в том, что методом анализа можно полностью устранить или, в крайнем случае, благотворно повлиять на патологию психического развития ребёнка. К тому же, анализ может быть весьма полезен и для развития нормального ребёнка, а со временем, возможно, станет неотъемлемой частью воспитания. Однако большинство венских психоаналитиков придерживалось другой точки зрения: психоанализ ребёнка допустим лишь в случае реального инфантильного невроза [2].

Разногласия во взглядах А. Фрейд и М. Кляйн можно увидеть в отношении к факторам, являющимися необходимыми для достижения успеха в работе с ребёнком. А. Фрейд указывает, что в случае с ребёнком отсутствуют все те факторы, которые являются необходимыми для достижения успеха в случае со взрослым: осознание болезни, добровольное согласие на лечение и стремление к выздоровлению. А. Фрейд считала целесообразным, в отличие от М. Кляйн, попытаться создать для ребёнка такую же ситуацию, которая является столь благоприятной для взрослого человека – каким-либо образом вызвать в нём отсутствующие готовность к лечению и согласие на него. М. Кляйн в своей работе «опускала» этап, который Анна называла первым: мотивирование маленького пациента на работу и объяснение ему значения анализа, а так же, выражение поддержки и готовности помочь, если только ребёнок сам этого захочет. [1, 2].

Следует отметить, что, несмотря на разногласия, А.Фрейд в том же труде «Введение в детский психоанализ», подчёркивает достоинства и достижения работы М. Кляйн. Она отмечает, насколько значимо открытие и введение игровой терапии в аналитическую работу с детьми, сделанное М. Кляйн. А. Фрейд подчёркивает, вместо того, чтобы вести сложное и связанное с большими затратами времени наблюдение за ребёнком в его домашней обстановке, мы переносим весь знакомый ему мир в комнату аналитика и предоставляем ребёнку свободу действий в нём. Так мы можем изучить различные реакции ребёнка, степень его агрессивности или страдания, а также его установку по отношению к различным предметам и людям. А. Фрейд так же отмечает, что данный метод заключает в себе ещё одно преимущество в том, «что игрушечный мир удобен и полностью подчинён воле ребёнка»[2].

Включение метода игры представляется важным ещё и потому, что он является единственным методом, доступным в то время для работы с детьми, которые ещё плохо овладели речью. Однако, на этом достоинства достижений М. Кляйн, по мнению А. Фрейд, заканчиваются. В способах интерпретирования, в самом подходе к интерпретации А. Фрейд противопоставляет свои идеи идеям М. Кляйн, которая, как считает А. Фрейд, приравнивала интерпретации игры ребёнка к интерпретации свободных ассоциаций взрослого, не учитывая при этом, различий и особенностей в работе.

Со стороны А.Фрейд подвергался критике ещё один аспект техники М. Кляйн, касающийся переноса. Кроме действий, которые ребёнок производит с предоставленными в его распоряжение игрушками, М. Кляйн подвергает толкованию все действия, совершаемые ребёнком по отношению к ней самой. И в этом она строго придерживается соответствия с аналитической ситуацией взрослого. В данном случае А. Фрейд ставит под сомнение наличие переноса у ребёнка. Является ли его перенос таким же, как и у взрослого? Испытывает ли ребёнок его постоянно? Как детский перенос толковать, и в какой форме он выражается? М. Кляйн в этом вопросе однозначна – следует трактовать все действия ребёнка по аналогии с действиями взрослого и находит этому подтверждение в своей практике [2].

Однако следует отметить, что вклад М. Кляйн в развитие детского психоанализа был обширен. Кляйновский психоанализ – единственная неофрейдистская школа (помимо лакановской), принимающая существование влечения к смерти, иными словами, наличия у ребёнка энергии либидо и энергии танатос. В ходе изучения наиболее агрессивных импульсов маленьких пациентов (зависть, жадность, ненависть) М. Кляйн разработала технику работы с детьми – технику игры. Она придавала большое значение переносам и контрпереносам. М. Кляйн также указывала, что Супер-эго присуще структуре личности от рождения и ребёнок в ходе своего развития проходит через параноидно-шизоидную позицию (связанную с деструктивными импульсами) и депрессивную позицию (контроль либидо), в то время как последователи Фрейда отмечали стадии психосексуального развития: оральная, анальная, фаллическая, прегениальная (латентная) и генитальная.

Несмотря на противоречия взглядов А. Фрейд и М. Кляйн, их работы и исследования в рамках детского психоанализа являются взаимодополняющими и оказывающими значительное влияние друг на друга. Они послужили основой для развития анализа детей и, благодаря М. Кляйн, возникает новое направление – кляйнианство.

В настоящий период разработанные теоретико-методологические аспекты, а также техники и приемы А. Фрейд и М. Кляйн с успехом используются в рамках современного детского психоанализа, направленного на лечение детей с психическими отклонениями в развитии.

Литература

1. Кляйн М. Зависть и благодарность. – М., 1957.

2. Фрейд А. Введение в детский психоанализ: Норма и патология детского развития, «Я» и механизмы защиты: Сборник. – Минск – 2010.

3. Фрейд З. Психология бессознательного: Сборник произведений – М., 1990.

4. Фрейд З. толкование сновидений. – Киев, 1991.

5. http://psychologist.com.ua/psychologist/index.php/o-biznese-1/98-klein-melani/21.10.2011/21.20

Карпунина А.В. г. Омск, ФГБОУ ВПО ОмГТУ

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОГО ДИЗАЙНА И БОРЬБЫ ЗА ПРАВА ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ ЗА РУБЕЖОМ

Универсальный дизайн – это такой дизайн изделий и среды, который может быть применим всеми людьми, насколько это только возможно, без необходимости переделки или специального дизайна [5, с. 104]. Термин «универсальный дизайн» появился в XX веке, и его появление имеет свою историческую обусловленность.

В прошлом использовались и другие термины: «доступный дизайн», «приспособляемый/адаптируемый дизайн», «безбарьерный дизайн» и т.д., однако их формулировка скорее обращена к потребностям определенной группы людей, а не на разработку дизайна для населения в целом.

Например, «безбарьерный дизайн» – это более ранний термин, который связан с удовлетворением нужд людей, передвигающихся с помощью ручных инвалидных кресел, для которых (как оказалось после завершения строительства) необходимо достроить пандус к подъезду, вместо того, чтобы спроектировать его изначально.

Универсальный дизайн, напротив, предлагает разрабатывать такие среды обитания и услуги, которые изначально учитывают различия между уровнями способностей людей. Кроме того, средовые барьеры являются проблемой не только для людей с инвалидностью, но и для тех, кто везет, например, детскую коляску или велосипед, возвращается домой после операции или несет тяжелую кладь в обеих руках – ситуации, в которых может оказаться любой человек, не имеющий отношения к инвалидности. Таким образом, универсальный дизайн – дизайн среды с учетом потребностей всех людей.

Универсальный дизайн в настоящее время известен во всем мире, повсеместно идет внедрение его принципов в практику организации окружающей среды. Можно выделить несколько факторов, повлиявших на широкое распространение универсального дизайна.

1) Старение населения, увеличение продолжительности жизни: отмечаются изменения возрастного состава населения в сторону увеличения доли пожилых людей в обществе. Старение населения неуклонно ведет к росту различных форм патологий, а следовательно и к увеличению доли лиц с инвалидностью, что обусловливает необходимость универсального дизайна.

2) Законодательство о правах человека и правах людей с инвалидностью: с середины XX века принимается ряд международных и государственных актов, таких как Декларация прав человека ООН 1948 г. (принцип равенства и свободы всех людей, закрепление социальных прав, права на образование, медицинский уход и т.д.), Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц 1971 г., Декларация о правах инвалидов 1975г., Стандартные правила обеспечения равных воз-

можностей для инвалидов 1993 г., Конвенция о правах инвалидов 2006 г. В РФ в 1995 году был принят Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ», который заложил необходимость обеспечения беспрепятственного доступа людей с инвалидностью к информации, объектам социальной инфраструктуры, обучению и образованию, занятости и т.д. [1, ст. 14-15, 18- 20].

3) Изменения в государственных нормах и стандартах: принятие соответствующего законодательства повлекло за собой выработку новых положений СНиП, ТУ, РД, СП, ГОСТ, которые были призваны обеспечить реализацию принципов законодательства на практике.

4) Повышение качества и уровня жизни населения: современное человечество стремится все к более комфортным условиям проживания, что само по себе подразумевает обращение к нормам универсального дизайна.

5) Движение за независимое проживание: это главный фактор, повлиявший на возникновение концепции и дальнейшее распространение универсального дизайна.

Движение за независимое проживание возникло в 1970-е годы в США. В рамках парадигмы независимого проживания человек с инвалидностью определен как обычный человек, а не как больной или пациент. Проблемы рассматриваются как результат препятствий в окружающей среде, включая экономику, архитектуру, социальные услуги, а не как результат физической или психической инвалидности. Эта парадигма также подчеркивает, что патология кроется не в заболевании, а в незащищенности прав, средовых барьерах, вызывающих необходимость ухода со стороны родственников или врачей.

Смысл концепции независимой жизни в том, что инвалиды должны иметь такие же гражданские права, возможности распоряжаться своей жизнью, как и все остальные люди. Инвалиды являются «частью общества и должны жить в обществе. Они не пациенты, которых необходимо лечить, не дети, за которыми нужно присматривать, и не смельчаки, которыми нужно восхищаться. Они вполне в состоянии выбирать, как им жить. Они страдают, прежде всего, от предубеждения общества, а не от своей инвалидности» [2, с. 2].

Первой предпосылкой формирования движения независимой жизни стало обеспечение инвалидов льготами и различными услугами, такими как пенсии и пособия, реабилитация, специализированное образование, а также создание государственных организаций, призванных отвечать интересам инвалидов.

В середине XX в. развивается движение за права различных групп населения – женщин, детей, ведется борьба против дискриминации этнических и расовых групп. Люди с инвалидностью не становятся исключением. Длительное пребывание в больничных учреждениях дает им чувство общности, сплоченности. К тому же внимание общества к проблемам инвалидности было привлечено после Второй Мировой, а затем и Вьетнамской войн.

В 50-60-х годах наблюдается рост числа общественных организаций людей с инвалидностью. Они выступали за программы трудоустройства, вве-

дение налоговых льгот, оказывали социальную и психологическую помощь, организовывали группы взаимопомощи. Благодаря деятельности общественных организаций люди с инвалидностью во всем мире начинают осознавать свои права и равенство с другими людьми, налаживают взаимодействие и общение друг с другом, а также начинают открыто выступать за право жить вне специальных учреждений и за свободный доступ к окружающей среде.

Историю возникновения Движения независимой жизни связывают с двумя американками – Мэри Свитцер и Джини Лоури [2, с. 3-4].

Мэри с 1934 г. работала в сфере здравоохранения США. Она не была инвалидом, но активно выступала в защиту их прав. В результате деятельности Свитцер процесс реабилитации не мог считаться завершенным до тех пор, пока инвалид не получал работу, которая удовлетворяла бы его, а не работодателя. Такая политика была революционной, она привела к тому, что многие инвалиды стали принимать самостоятельные решения.

В семье Джини Лоури многие перенесли полиомиелит, поэтому Джини была хорошо знакома с этим заболеванием и его последствиями. В 1949 г. она стала одним из добровольцев Красного Креста, ухаживавших за больными. Лоури понимала, что оказать помощь всем нуждающимся невозможно и к тому же дорого. Проживание больного в медицинском центре обходилось в 37 долларов в день (рис. 3). Тогда Джини предложила создавать службы патронажной помощи на дому, что стоило 10 долларов. Это позволило охватить большее количество людей, и к тому же не отрывать их от семьи и привычной среды обитания.

В 1955 г. заболеваемость полиомиелитом резко снизилась в связи с усовершенствованием вакцины Сока. Общество постепенно стало забывать о людях, которые уже переболели полиомиелитом. Но Джини Лоури продолжала поддерживать с ними связь. Она считала, что эти люди теперь нуждались в двух вещах: общении и информации. Тогда она начала в домашних условиях издавать бюллетень. В нем содержалась интересная для больных информация, медицинская рубрика, объявления о знакомствах, творчество инвалидов и т.д. Впоследствии этот бюллетень перерос в «Реабилитационную газету», которая к 1960 г. стала международной.

Одним из первых подписчиков «Газеты» был Эдвард Робертс – молодой человек, который в 14 лет заболел полиомиелитом (рис. 4). В 13 лет он сам относился с предубеждением к инвалидам, а в 14 лет заболел полиомиелитом.

Робертс вспоминает: «Я всегда был довольно независимым ребенком, а теперь вдруг стал пациентом. Моей матери сказали, что я буду как овощ. Врачи говорили ей, что лучше бы я умер. Я тем временем испытывал полную беспомощность и ненавидел себя. Я стал калекой, зависимым от искусственных легких. Я принимал все стереотипы: считал, что теперь никогда не женюсь, никогда не буду работать, никогда не буду полноценным человеком. Я начал морить себя голодом, потому что это был единственный способ убить себя» [3, с. 104-105].

К счастью, когда от него ушла последняя сиделка, Робертс снова начал есть. Но тем не менее, он пять лет практически не выходил из дома, боясь, что его увидят в таком виде. Став инвалидом, Робертс долго не мог смириться со своей участью. Он испытывал полную беспомощность и ненависть к себе, находясь зависимости от искусственных легких. Эд много раз пытался покончить жизнь самоубийством. Но по настоянию матери он получал образование на дому и начал осознавать, что оно и есть та сила, с помощью которой можно бороться за свои права. Образование повлияло и на отношение Эда к самому себе: он решил, что если общество считает его беспомощным калекой, непохожим на других, то это проблема общества, а не его.

В 19 лет Робертс получил диплом и решил продолжить образование в Калифорнийском Университете в Беркли. Ему отказали как слишком тяжелому инвалиду. В течение 2 лет Эд прибегал к самым различным мерам, чтобы изменить решение приемной комиссии – ходил по многочисленным инстанциям, писал петиции и т.д. В 1962 г. он все-таки стал студентом Беркли с правом проживания как в общежитии в университетской больнице. Информация об этом появилась в прессе, и в университет начали подавать заявки и другие инвалиды. Вскоре в Беркли уже училось 12 инвалидов, и с каждым годом их число становилось все больше и больше.

В 1970 г. Робертс и его сторонники подали заявку на федеральное финансирование программы по созданию отдельного кампуса для студентов-инвалидов, а в 1972 г. они впервые в мире создали Центр независимой жизни для инвалидов. Идеи Беркли прокатились волной по США, а затем и по всему миру. Вскоре практически во всех ВУЗах были предприняты попытки добиться равенства для инвалидов. Повсюду создавались ЦНЖ. Движение приняло общенациональный характер. Пресса окрестила его «Революцией Беркли» [6].

Одной из идей независимой жизни было устранение барьеров общества. До принятия эффективных законов (1977 год) по всей стране продолжались сидячие голодные забастовки в зданиях, принадлежащих федеральным властям.

В 1981 г. президент США Рейган решил сократить финансирование программ инвалидности. Это привело к новой мощной волне забастовок и демонстраций. На этот раз инвалиды, осознав свою силу, требовали полного признания их прав и равенства. Но самым главным требованием было освещение проблем инвалидности в СМИ и создание доступной безбарьерной среды. Власти должны были приспособить для инвалидов не только улицы и здания, но и все виды транспорта. Так зародилось понятие универсального дизайна. К участникам движения начали присоединяться люди без инвалидности. В борьбу оказалось втянуто практически все общество.

После этого наблюдается расцвет движения инвалидов, они действительно становятся равноправными членами общества. Эдвард Робертс создал Всемирный институт по проблемам инвалидности, стал Министром США по вопросам образования и реабилитации. В апреле 1993 года Эд Робертс

побывал в Москве, чтобы рассказать членам ВОИ о принципах движения за независимую жизнь и об универсальном дизайне [6].

Универсальный дизайн отражает социальный подход к инвалидности.

Исторически сложилось несколько подходов (моделей) к пониманию инвалидности [4, с. 33-34]. Одним из первых сформировался личностный подход, в рамках которого считалось, что сам инвалид является и причиной, и врачевателем своего заболевания. В оказании помощи главная и единственная роль принадлежала только ему. Если он не мог себя обеспечить, ему грозила верная смерть, т.к. общество не заботилось о тех, кто не приносил пользу.

Личностный подход сменился благотворительным. Здесь инвалиды стали пониматься как объект благотворительности. Во многом это связано с укреплением позиций церкви, которая считает благотворительность средством проявления любви к ближнему и искупления грехов. Долгое время инвалиды жили за счет милостыни и жалости других людей. Такое отношение к инвалидам сохранилось и до сих пор.

С развитием государства возникает административный (политический) подход. Заботу об инвалидах теперь берет на себя государство. Но она сводится лишь к назначению пенсий, пособий, выплат, содержанию в специализированных домах-интернатах. Сами инвалиды рассматриваются как меньшинство, права и свободы которого ограничиваются.

В XX в. эти три подхода интегрируются в модель, получившую название «медицинской». Инвалидность определяется как медицинская патология. Основным методом помощи является медицинская реабилитация, если же она невозможна, инвалид изолируется дома или в специальном заведении, где удовлетворяются только самые насущные потребности. Акцент делается на зависимости инвалида от общества, на самом заболевании. Государство оценивает инвалидность с позиции трудоспособности, образования, семейного положения. Все это влияет на размер государственной помощи.

В противоположность медицинской модели организации инвалидов в 70-е гг. разработали социальную модель (см. табл. 1). Согласно ей люди являются инвалидами из-за физических барьеров в окружающей среде, отсутствия доступа к информации и общению, доступа в обычные школы и вузы. Люди являются инвалидами из-за систематической дискриминации, т.е. инвалидность – это вопрос, касающийся прав человека.

При таком подходе действия направляются на устранение и внешних, и внутренних барьеров. Применение социального подхода ведет к уравниванию возможностей людей с инвалидностью и открывает им дорогу к полноценной жизни. При этом не отрицается и необходимость медицинской помощи, но она расценивается не выше и не ниже, чем для обычного человека.

Таким образом, социальная модель направлена на определение тех барьеров, которые изолируют людей с инвалидностью. Возникновение социальной модели является основой развития универсального дизайна.

Таблица 1

Различия медицинского и социального подходов

Параметры	Модели	
	медицинская	социальная
Определение проблемы	Физическая травма	Зависимость от других
Фокус внимания	На индивиде	На окружающей среде
Решение проблемы	Лечение профессионалом	Устранение барьеров
Социальная роль	Пациент / клиент	Потребитель
Осуществление контроля	Профессионалом	Потребителем
Желаемый результат	Максимальный уход, трудоустройство	Полноценная жизнь в обществе

В Россию понятие универсального дизайна пришло в 90-х годах. В 1993 г. ВОИ при помощи Эда Робертса стало членом Международной организации инвалидов. При его участии был разработан и в 1995 г. принят Закон о социальной защите инвалидов в РФ. Однако Россия все еще придерживается медицинской модели понимания инвалидности, так что борьба за права людей с инвалидностью в нашей стране еще только начата.

Литература

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» // Российская газета. – № 234. – 02.12.1995.

2. Инвалиды: к Независимой жизни / Сост. О.В. Дроздова. – М.: Перспектива, 2000. – 11 с.

3. Ким, Е. Н. Философия независимой жизни. – М.: Институт социальной работы, 1996. – 140 с.

4. Николаева Н.Г., Таротенко О.А. Понимание инвалидности. – Омск: МОФ СЦПОИ, 1999. – 48 с.

5. Сандис, Джудит. Введение в вопросы инвалидности и изучение инвалидности: Руководство к модульному курсу. – Омск: Канадско-Российская программа по инвалидности, 2005. – 135 с.

6. Шапиро, Дж. Подъем движения за права инвалидов в США // К Независимой жизни: Пособие для инвалидов [Электронный ресурс] // Материалы сайта РООИ «Перспектива». – Точка доступа: http://www.perspektiva-inva.ru/index.php?id=296.

Ливадная Е.С. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

МУЗЫКАЛЬНО – РИТМИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Всякая эмоция, переживаемая человеком, воспринимается нами как мускульное движение (мимика лица, жесты). Только по этим движениям мы можем судить о человеческих переживаниях.

Музыкально-ритмические движения – вид музыкальной деятельности, построенный на взаимосвязи музыки и движений, где основой служит ритм.

Их цель состоит в углублении и дифференциации восприятия музыки (выделение средств выразительности, формы), ее образов и формировании на этой основе навыков выразительного движения [7].

Ритмика – один из видов музыкальной деятельности, в котором содержание музыки, ее характер, образы передаются в движениях. Основой является музыка, а разнообразные физические упражнения, танцы, сюжетно-образные движения используются как средства более глубокого ее восприятия и понимания. Движения под музыку издавна применялись в восприятии детей (Древняя Индия, Китай, Греция) [3].

Но впервые рассмотрел ритмику и обосновал ее в качестве метода музыкального воспитания швейцарский педагог и композитор Эмиль-Далькроз (1865-1950). Перед ритмикой он, прежде всего, ставил задачу развития музыкальных способностей, а также пластичности и выразительности движений.

Особая ценность и жизнеспособность его системы музыкально-ритмического воспитания – в ее гуманном характере. Э. Жак-Далькроз был убежден, что обучать ритмике необходимо всех детей. Он развивал в них глубокое «чувствование», проникновение в музыку, творческое воображение, формировал умение выражать себя в движениях. Э. Жак-Далькроз создал систему ритмических упражнений, по которой обучал своих учеников на протяжении десятков лет; в ней музыкально-ритмические задания сочетались с ритмическими упражнениями (с мячом, лентой) и играми. Музыкально-ритмическое воспитание детей и юношества в нашей стране было построено на основе ведущих положений системыт Э. Жак-Далькроза [9].

Отечественные специалисты по ритмике Н.Г. Александрова, В.А. Гринер, М.А. Румер, Е. В. Конорова и др. особое внимание уделили подбору высокохудожественного репертуара для занятий по ритмике: наряду с классической музыкой они широко использовали народные песни и мелодии, произведения современных композиторов, яркие и динамичные по своим образам.

Уже в 20-е гг. в нашей стране начали разрабатываться системы ритмического воспитания, специфичные для детских садов, музыкальных школ, театральных училищ и институтов консерваторий, а также лечебных заведений и т. д.

Учащиеся младших классов имеют хорошую координацию движений при ходьбе, беге, прыжках. По собственной инициативе они с удовольствием импровизируют под музыку, используя прихлопы, притопы, выразительные действия с предметами (мячами, палочками, лентами), простейшие музыкальные инструменты. Им свойственно ощущение единства музыки и движения. Это качество является основой музыкального развития ребенка в процессе музыкально-ритмической деятельности.

Наряду с другими видами деятельности музыкально-ритмические движения обеспечивают разносторонне музыкальное развитие: у детей развива-

ется музыкальность, творческие способности, формируются навыки коллективных действий. Воспитательное значение движений под музыку проявляется и в том, что они активизируют чувство ритма, способствуют углубленному освоению музыкального материала урока. С помощью движений школьники передают характерные особенности произведения [1].

Музыкально-ритмическая деятельность детей имеет три взаимосвязанных направления.

Первое обеспечивает музыкальное развитие и включает развитие музыкального слуха, формирование умений подчинять движения музыке, усвоение музыкальных знаний.

Второе дает правильные двигательные навыки: ходьбы (маршевая, бодрая, спортивная, торжественная, спокойная, плавная, пружинистая); шага (высокий, на носках, мягкий, широкий, острый, пружинистый, переменный, дробный, хороводный); поскоков (легкие, энергичные); кружения (на носках, сочетание поскока с пружинящим шагом); движения рук (мягкие, энергичные); хлопков (в ладоши – тихо, громко, с размаха, держа руки близко одна от другой, скользящие «тарелками»); построение и перестроение; движения с предметами (с мячом, ленточками, флажками); элементов танца (русского – хороводный, дробный, переменный шаг, шаг с притопом, полуприсядка, припадание, «ковырялочка»; украинского «голубец», припадание боковое, кружение; белорусского – основной ход в танцах «Бульба» и «Янка»; бального-боковой галоп, шаг польки, вальсообразные движения, элементы характерного современного детского бального танца)

Третье направление обеспечивает формирование умения управлять движениями тела: быстро и точно останавливаться, менять движение и т.д. [9].

В мировой практике музыкального воспитания по-прежнему используется термин «ритмика», поэтому возможно и целесообразно признать его и в школьном воспитании.

Музыкальные игры и пляски помогают развивать эмоциональность и образность восприятия музыки, чувство ритма, мелодический и гармонический слух, ощущение музыкальной формы, музыкальную память и т.д.

Сюжеты, образы музыкальных игр и плясок конкретизируют для детей содержание музыкального произведения, помогают более глубоко его переживать. Движения, органически связанные с музыкой, её характером (содержанием), способствуют целостному её восприятию. Отвечая своими движениями на особенности мелодии, ритма, динамики, структуры музыкального произведения, дети начинают чувствовать выразительное значение элементов музыкальной речи [9].

Для того чтобы музыкальная игра, пляска могли выполнять свои воспитательные задачи, надо научить детей владеть своим телом, координировать движения, согласовывать их с содержанием музыки.

Если дети двигательно не подготовлены, они не смогут выразительно и непринужденно передавать в движениях разнообразный характер этих му-

зыкальных образов, игра не будет способствовать развитию музыкального восприятия и воображения детей, не будет их радовать.

Большинство движений, на которых построены музыкальные игры и пляски, – это основные движения (ходьба, бег, прыжки, поскоки); они совершенствуются и на музыкальных занятиях, и на занятиях по физическому воспитанию. Так, например, без обучения детей правильному шагу и бегу, без укрепления мышц ног и корпуса на занятиях по физкультуре дети не смогут хорошо и выразительно двигаться под бодрую, маршевую музыку. Работа над отражением в ходьбе бодрого, активного характера музыки способствует выработке хорошей осанки, ритмичности, координации движений рук и ног, легкости шага, т.е. непосредственно помогает физкультурной работе. Движение, связанное с музыкой, всегда сопровождается эмоциональным подъёмом, поэтому оно благотворно влияет и на физическое развитие детей [1].

Однако задачи той и другой работы различны. В физическом воспитании движения в основном служат средством развития организма ребёнка, исправления физических недостатков, привития ему ряда жизненно необходимых навыков. На музыкальных занятиях движения являются средством выразительности, главная цель – развивать у детей способность придавать этим движениям характер, связанный с музыкальным образом, делать их выразительными.

Музыкально-ритмические упражнения, помогают привить детям двигательные навыки и умения, необходимые при передаче в движениях музыкальных впечатлений, в то же время способствуют углублению и уточнению музыкального восприятия детей. Каждое упражнения имеет не только двигательные, но и музыкальные задачи.

Движения во всех музыкально-двигательных упражнениях (их характер, форма, выразительность) продиктованы музыкой: дети всегда передают в них музыкально-двигательный образ [9].

Особое место музыка и движения занимают в развитии и коррекции отклонений в развитии детей с различными проблемами.

Умственно отсталые дети – одна из наиболее многочисленных категорий детей, отклоняющихся в своем развитии от нормы [8].

Практическое использование музыки, движений как средства развития, коррекции и лечения детей, имеющих отклонения в развитии, в нашей стране началось в начале 20-го века в период становления отечественной дефектологии. В это время в систему музыкального воспитания широко внедрялось музыкально-ритмическое направление, разработанное швейцарским педагогом, музыкантом Жаком Далькрозом. Формирующее начало ритмики обуславливалось сочетанием ритма, музыки и движения. Идея «воспитания ритма при помощи ритма» реализовывалась посредством использования специально подобранных упражнений, которые развивали у взрослых и детей музыкальный слух, память, внимание, ритмичность, пластическую выразительность движений. При этом стержнем музыкально-ритмичес-

кого развития Ж. Далькроз считал музыку, отмечая, что в ритмике музыка приобретает телесные формы и преобразует наши тела. Внедрявшая систему ритмического воспитания Ж.Далькроза в России Н.А.Александрова, расширила область применения ритмики; она отмечала, что ритмика является той общей точкой, от которой расходятся пути живописца, скульптора, музыканта, дирижера, мимиста, танцора, актера. Это разделение по специальностям явилось первым шагом к использованию ритмики в различных областях человеческой деятельности, в том числе выделению целого направления – лечебной ритмики в зависимости от возраста и характера нарушения, как у детей, так и у взрослых.

Первые шаги по использованию ритмики в системе лечения нервнобольных были предприняты профессором В.А. Гиляровским. Под его руководством в 1926-м году в нервно- психиатрической лечебнице была создана система лечебной ритмики для детей и взрослых. На практике эта система была реализована ритмистом В.А. Гринер. Ритм как организующий элемент музыки был положен в основу двигательной системы, целью которой является регуляция движений и поведения больного [5].

Постепенно ритмика стала активно применяться в работе с детьми, имеющими различные формы патологии: расстройства центральной нервной системы (Н.А. Власова, В.А. Гиляровский); глухими и слабо слышащими (Л.Я. Брозело, Н.П. Збруева, А.М. Кыштымова, И.Н. Мусатов, З.Е. Пунина, Н.А. Рау, Е.Ф. Рау), имеющими афазию (В.А. Гринер, Ю.А. Флоренская), заикающимися (Н.А. Власова, В.А. Гринер, Н.С. Самойленко). Авторы подчеркивали как значимость общепедагогического, эстетического влияния музыки, ритма на ребенка с проблемами, так и возможность коррекции имеющихся отклонений в психофизической сфере – в моторике, развитии памяти, внимания. При этом указывалось, что такие занятия являются и психотерапевтическим методом воздействия на ребенка, коррекции его эмоциональной сферы.

Изучение влияния музыки и движения на детей с проблемами в развитии, проводимое в 1960-1980-е годы такими исследователями, как Г.А. Волкова, О.П. Гаврилушкина, А.В. Кручинин, В.С. Ляпидевский, О.С. Стерник, В.И. Селиверстов, Н.А. Тугова, Г.Р. Шашакина, Б.И. Шостак, В.А. Эркман и др., показало возможности музыкально-ритмических движений как реабилитационной методики в системе воспитания и обучения детей с нарушениями развития речи, зрения, опорно-двигательного аппарата, детей с умственной отсталостью [4].

Дети с нарушением интеллекта могут овладеть музыкально-ритмическими и двигательными навыками в процессе музыкальных игр, упражнений, плясок. По показу или словесной инструкции взрослого они выполняют движения в соответствии с характером и другими средствами выразительности (темпом, ритмом, формой) музыкального произведения, передают танце-

вальные движения в парах, по одному, в различных пространственных композициях (по кругу, в шеренге, колонне) [6].

Результаты изучения О.П. Гаврилушкиной музыкального развития детей с умственной отсталостью показали, что музыкальное воспитание является одним из важнейших путей коррекционного воздействия на детей данной категории. Было выявлено, что особенности музыкального развития умственно отсталых школьников подростков проявляются как в восприятии музыки, так и в пении, в музыкально-ритмических движениях [1].

Литература

1. Евтушенко И.В. Музыкальное воспитание умственно отсталых детей – сирот. – М., 2003.

2. Кузнецова Л.В.; Переслени Л.И., Солнцева Л.И. Основы специальной психологии. – М., 2002.

3. Кукушкин В.С.Логопедия в школе: практический опыт. Учебно – практическое пособие. – М.-Ростов-на-Дону, 2004.

4. Мамойчук И.И. Психокоррекция детей и подростков с нарушением в развитии. Учебное пособие. – С.- П., 2000.

5. Медведева Е.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. – М., 2001.

6. Медведева Е.А. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика. – М., 2002.

7. Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. С. – П., 2004.

8. Назарова Н.М. Специальная педагогика. – М,. 2000 С.

9. Школяр Л. В. Музыкальное образование в школе – М., 2001.

Пяткова А.С. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: старший преподаватель Шеховцова Т.С.

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ СУРДОПЕДАГОГОМ А.Г. БЕЛЛОМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ НЕСЛЫШАЩИХ

Попытки изобретения различных устройств, помогающих общаться с глухими, имеют такую же древнюю историю, как и само обучение глухих. Предлагались всевозможные слуховые трубы, деревянные пластинки, палочки и тому подобные «аппараты».

Своеобразный способ передачи речи глухим предложил в середине XVI века итальянский философ Дж. Кардано. Он использовал металлический котёл, в который говорили как в рупор. Глухие ученики прикладывали к котлу деревянные или железные палочки и таким образом ощущали вибрацию, помогавшую

распознавать речь. Деревянные палочки оказывались пригодными также в качестве проводников простых звуков, например, звуков музыкальных инструментов. Палочки стали непременной принадлежностью обучения глухих.

Но уже вскоре после возникновения так называемого «палочково-осязательного» метода разгорелись споры о его целесообразности. Известный немецкий сурдопедагог С. Гейнике выступил в 1778 году против подобной «возможности перекинуть мост от одного органа чувств к другому». Он считал, что такие приспособления дают только грубые ощущения, недостаточные для понимания словесной речи. Несмотря на это замечание, использование слуховых палочек было распространено в течение всего XIX столетия. Широко известен пример, свидетельствовавший об использовании глухим Бетховеном деревянной палки. Он упирался в один конец палки грудью, а другой прижимал к роялю. Вибрация, воспринимаемая таким образом, позволяла композитору следить за ритмом и громкостью музыки.

Но все эти приспособления были мало эффективны: не хватало знаний природы звука, особенностей человеческой речи, не было устройств, позволяющих преобразовывать звук в другие формы энергии и усиливать его. Только с развитием физики и техники, начавшимся во второй половине XIX века, оказалось возможным создать приборы, помогающие слабослышащим и глухим различать звучащую речь, хотя общие идеи были известны давно [4].

Александер Грехем Белл (1847 – 1922) – выдающийся американский учёный, автор многочисленных изобретений. Родился в Эдинбурге (Шотландия) в семье известного сурдопедагога Александра Мелвилла Белла, который придумал систему «Видимая речь». В ней звуки речи обозначались письменными символами. Каждый звук получал свой знак, обозначающий артикуляцию. «Видимая речь» представляла собой фонетическую систему артикуляции звуков. Разработанная система постепенно совершенствовалась: используя эту систему, люди могли правильно произносить слова даже на незнакомом языке. Белл начал работать с отцом. Он использовал метод «Видимой речи» для обучения чтению глухих людей, так как всю свою жизнь интересовался проблемами глухоты [1].

А.Г. Белл много и плодотворно занимался изобретательством. В 1865 году его заинтересовала идея передачи речи по проводам. В течение 1870-1871 года А.Г. Белл выступал с лекциями перед учителями глухих в Бостоне и других городах, преподавал в школе для глухонемых с использованием системы «Видимой речи». В течение нескольких последующих лет он руководил собственной школой физиологии голоса в Бостоне (Физиолого-фонетическим институтом), читал лекции и продолжал заниматься изобретательством.

В 1873 году Белл создал прибор для исправления произношения глухих, в котором предвосхитил технические идеи аппаратов «Видимой речи». В этом приборе, названном фоноавтографом, игла, соединённая с мембраной, при воздействии звуков речи чертила на закопчённом барабане характерные фи-

гуры. Учитель, сравнивая формы этих фигур, мог демонстрировать правильное и неправильное произнесение звуков. Не оставляя работы над этим «музыкальным телеграфом», Белл в то же время начал строить некий аппарат, посредством которого рассчитывал сделать звуки речи видимыми для глухонемых сразу и непосредственно, без всяких письменных обозначений. Для этого он почти год проработал в Массачусетском отоларингологическом госпитале, ставя различные эксперименты по изучению человеческого слуха.

В 1876 году Александру Грехему Беллу удалось разработать аппарат, по которому он сумел передать словесную фразу. Глубоко изучив акустику и физику человеческой речи, он начал ставить опыты с аппаратом, в котором мембрана, колеблющаяся под действием звуковых волн, передавала эти колебания на иглу, записывающую их на вращающемся барабане.

Так А.Г. Беллом был введён в использование телефон – прибор, при помощи которого звуки речи можно было превращать в электрические колебания и передавать по проводам на большое расстояние. Первая публичная демонстрация аппарата произошла в Бостоне, а следующая – более важная – в том же году на проходившей выставке в Филадельфии [2].

Таким образом, к изобретению телефона А.Г. Белл пришел, когда искал способ продемонстрировать глухим артикуляцию звуков речи. В 1877 году Белл основал телефонную компанию. Были длительные патентные тяжбы, в которых Белл был полностью поддержан Верховным судом США. На полученный за своё изобретение приз Вольта в 50 тысяч франков он основал лабораторию, в которой в дальнейшем был разработан фонограф (патефон).

Кроме телефона, Беллом были созданы: фотофон – аппарат, передающий речь с помощью световых лучей; аудиометр – аппарат для глухих; прибор для поисков металлических предметов в человеческом теле и многие другие. По инициативе А.Г. Белла был основан журнал «Наука», ставший официальным органом Американской ассоциации прогресса науки. Благодаря работам Белла всемирно были введены такие понятия как бел и децибел [3].

А. Белл провёл детальное исследование природы глухоты у людей, её наследственности. В 1883 году Александр Грехем Белл напечатал в американском журнале статью о своем опыте обучения пятилетнего глухого мальчика. После этого он основал детский сад и частную экспериментальную школу для глухих, которая под его руководством работала в течение двух лет. А. Г. Белл заметил, что дети сравнительно быстро овладевают речью в процессе общения друг с другом. Поэтому он объединил глухих и нормально слышащих детей для общих игр и различных речевых упражнений. По его настоянию была основана Американская ассоциация содействия обучению глухих устной речи. Получив премию Вольта за изобретение телефона, он основал в Вашингтоне Вольтовское бюро по распространению информации по проблемам глухих, а также экспериментальную школу, где проводилась практическая работа по выявлению наилучших методов обучения глухих детей. Алек-

сандру Беллу принадлежала также инициатива организации раннего обучения глухих, которая со временем получила развитие в США [1].

Таким образом, работы и изобретения А.Г. Белла сыграли большую роль как в жизни людей с нарушением слуха, так и нормально слышащих.

Многие десятилетия понятия телефонная связь и глухие казались несовместимыми. В 30-е годы XX века с появлением усилителей звука телефон стал доступен многим слабослышащим. В послевоенные годы американские и советские специалисты на новом техническом уровне возвратились к идеям Александра Белла сделать звуки речи видимыми для глухих. Эти устройства nfr;t получили название «Видимая речь», но вместо закопчённого барабана знаки, соответствующие произносимым звукам, возникали на экране электронно-лучевой трубки, напоминающей кинескоп обычного телевизионного приёмника. Светосостав экрана в таких трубках обладал значительным послесвечением. Это позволяло в течение 8-10 секунд сохранять видимыми знаки, возникающие на экране прибора, В Советском Союзе приборы «Видимой речи», получившие сокращённое название «ВИР», были разработаны в 1962 году в НИИ дефектологии В.Д.Лаптевым с соавторами. Знаки, получаемые на экране таких приборов, не имели ничего общего с буквами алфавита. Учёные полагали, что, выучив эти знаки, глухие смогут научиться читать устную речь с экрана такого прибора. Надежды, к сожалению, не оправдались. Несовершенство и приблизительность технологий того времени по-настоящему было преодолено только с появлением компьютеров и цифровой техники [3].

На современном этапе существует большое число разнообразных приставок к телефонным аппаратам или насадок на телефонную трубку, позволяющих людям с остатками слуха пользоваться этим быстрым и удобным способом связи. Для людей с тяжёлыми формами глухоты важным событием было появление видеотелефона. При такой связи глухие могут пользоваться жестовой речью, дактильной азбукой и читать речь с губ говорящего на расстоянии в тысячу километров. Современная медицина сохраняет слух на достаточном уровне для эффективного применения слуховых аппаратов всё большему числу людей. Меньше остаётся неслышащих, которым такие аппараты не оказывают заметной помощи. Те, кому хорошо помогают слуховые аппараты, после соответствующей подготовки могут обучаться в обычных массовых школах, обучение со слышащими лишь незначительно затруднено. Им необходимы только слуховые аппараты, их ремонт и замена источников питания. Глухим, которым современные аппараты не оказывают заметной помощи, нужны переводчики, кинофильмы и телепередачи с субтитрами или жестовым переводом; приборы, с помощью которых речь может быть представлена в видимой форме, особые аппараты для телефонной связи, световые будильники и многое другое.

Таким образом, значение изобретений А.Г.Белла поистине велико как для людей с нарушениями слуха, так и для общества в целом. Учёный заложил основы современных научно-технических открытий, а его изобретения по-

зволили глухим и слабослышащим людям легче адаптироваться к социальной среде, а миллионам людей с сохранным слухом слышать друг друга через континенты и океаны.

Литература

1. Басова А.Г., Егоров С.Ф. История сурдопедагогики: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. -М.: Просвещение, 1984.

2. Богданов В.В., Попова С.Н. История обыкновенных вещей. – М.: Педагогика – Пресс, 1992.

3. http://www.phonetics.pu.ru›phonstad/06-5-2.html

4. http://www.historichka.ru/

Симонкина Ю.С., филиал ГБОУ ВПО СГПИ в г. Ессентуки

Научный руководитель: к.п.н., доцент Иохвидов В.В.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

Вопрос об оказании помощи и обучении детей-инвалидов был поставлен довольно давно. На территории нашего государства призрение таких детей первоначально осуществлялось при монастырях, школах, в приютах, воспитательных домах, богадельнях.

Изучением исторического опыта работы с детьми-инвалидами занималась Бобла И.М. В своей работе она указывала на то, что первые упоминания о благотворительности в отношении ребенка-инвалида относятся к IX – XIII векам. В основном эта работа касалась небольшого количества детей из числа сирот и подкидышей. Большинство слепых, глухонемых, слабоумных и искалеченных детей бродило по свету, существуя на подаяния.

До второй половины XX века системы оказания помощи детям этой категории не было, да и позже она не сложилась. Однако общественные организации и частные лица стали больше уделять внимания и выделять материальные средства на решение этого вопроса. Открывались спецприюты, школы, больницы, училища для различных категорий детей-инвалидов (кроме душевнобольных и слабоумных, которые, преимущественно, содержались в домах для умалишенных, а так же в заведениях больничного типа).

По мнению А.Д. Григорьева, большую роль в оказании помощи слепым и слабослышащим детям играло Мариинское попечительство о слепых, функционировавшее с 1881года в России и на территории Белоруссии. Одним из первых его шагов стала перепись слепых в стране. В результате деятельности этого общества появилось несколько школ, приютов и училищ для слепых детей, было издано несколько книг с использованием системы Брайля. При обучении важное место отводилось профессиональному образованию.

В нашей стране существовало несколько специальных заведений для детей с нарушениями слуха. Первая школа для них была организована в Вильно в 1823 году К. Маклаховцом. Надо заметить, что опыт обучения этой категории детей к тому времени уже был накоплен за рубежом, функционировали Варшавский, Берлинский, Лейпцигский и Парижский институты глухонемых. Интересен опыт работы частного Минского училища для глухонемых и заикающихся еврейских детей (1888), т.к. там впервые было применено обучение на двух языках (русский и еврейский). Большой вклад в оказание помощи глухонемым внесла деятельность попечительства о глухонемых (1898), в ходе которой было открыто несколько учебных заведений, выдавались пособия семьям, воспитывающим глухонемых детей, организовывались приюты для таких семей, а так же были созданы курсы для обучения специалистов по работе с этими детьми.

Система оказания помощи детям-инвалидам не была создана до 1917 года; не была она создана и за время советской власти, когда помощь ребенку со специфическими нуждами сводилась к его изоляции в специальной школе интернат, поэтому, при организации помощи таким детям в настоящее время существует необходимость в обращении к зарубежному опыту.

В развитых странах сложились определенные стандарты, формы и методы работы с детьми-инвалидами. Естественно, в каждой стране существуют свои особенности оказания помощи этой категории населения, обусловленные национальным своеобразием, социально-экономическими условиями, психолого-педагогическими традициями, ориентацией на определенные научные подходы. Однако можно выделить и некоторые общие тенденции, которые необходимо учитывать при создании системы оказания помощи таким детям.

Во-первых, это максимально возможная интеграция ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общественную жизнь (в том числе и интегрированное обучение).

Во-вторых, преимущество воспитания этих детей в семье.

В-третьих, направленность на раннюю диагностику нарушений и их лечение.

В-четвертых, индивидуальный подход к реабилитации ребенка в каждом конкретном случае.

В настоящее время создается, ряд программ, учитывающих данные тенденции. Одна из таких программ, предложенная ООН, – это реабилитация, базирующаяся на непосредственном окружении (РНБО). Она определяется, как «стратегия развития общества, проводимая с целью реабилитации, уравнивания возможностей и социальной интеграции всех инвалидов. Ее цели: изменить положение дел в этой области, проводить обучение, с вовлечением правительства и общественности; разработать систему, способную оказать помощь всем нуждающимся инвалидам» [1, с. 113]. Суть РНБО заключается в том, что семья и непосредственное окружение, освоив неко-

торые основные реабилитационные навыки, а так же сам инвалид способный самостоятельно осуществлять реабилитацию. Безусловно, им оказывается помощь и поддержка соответствующих учреждений систем здравоохранения, образования, занятости и социальной защиты.

В США действует программа «Инклюжен». Ее основы были заложены «Реабилитационным Актом» (закон № 93-112, 1973г.) и законом об обучении детей-инвалидов (1974-1975 гг.), в которые со временем было внесено несколько поправок и дополнений. В 80-е годы XX века в Америке начался процесс постройки новых зданий и перестройки старых с учетом потребностей различных категорий инвалидов. Для этих целей правительством выделялись дополнительные финансовые средства и, в тоже время, налагались жесткие санкции за нарушение принятых стандартов. Для изменения у граждан отношения к инвалидам проводилась продуманная и разработанная психологами и другими специалистами кампания в средствах массовой информации, большую роль в этом сыграли и религиозные организации. Таким образом, инвалиды получили доступ ко всем сферам жизнедеятельности общества, при этом изменилось восприятие их здоровыми людьми.

По всей стране стали появляться общественные организации и клубы для инвалидов, а так же различные фонды. Хотелось бы отметить, что в США именно специализированные фонды и организации осуществляют значительную часть услуг, положенных человеку со специфическими потребностями по закону, за финансовые средства, предоставленные муниципалитетом.

Что касается интеграции в обучении, то трудности возникли с разработкой программ, подготовкой персонала, разработкой психологических моделей восприятия детей – инвалидов здоровыми детьми и наоборот. Модель «Инклюжен»подразумевает, что даже ребенок с синдромом Дауна может обучаться с нормальными детьми. Конечно, для него разрабатываются отдельная программа, свои облегченные задания. Многое в успешности осуществления программы зависит от учителя.

В поддержку этой модели обучения было снято несколько фильмов об успешном обучении детей с ограниченными возможностями здоровья. Однако, в США не отказываются и от специальных школ, но помещение туда ребенка осуществляется лишь в крайних случаях [3, с.106-111].

Говоря о социальном обеспечении в США, необходимо отметить, что инвалидам обеспечивается медицинское обслуживание, выплата пособий и компенсаций (жилищно-бытовое устройство и доставка в учебные заведения, бассейн), которую осуществляют социальные службы. Используется и такой вид социального обслуживания, как надомные услуги [2, с.51-56].

В США функционирует отлаженная система оказания помощи инвалидам, которая охватывает все сферы жизнедеятельности и способствует максимально возможной интеграции человека с особыми потребностями в общество, а так же обеспечивает принятие таких людей обществом. Немало-

важную роль при осуществлении социальной работы играет комплексный поход и участие целого ряда специалистов из различных областей знаний в разработке программ.

В Великобритании помощь инвалидам, в том числе и детям-инвалидам, оказывают три группы организаций:

- частные владельцы домов (обеспечивают уход за определенную плату);
- общественный сектор;
- местные власти, которые обеспечивают большую часть социальных услуг.

Социальные службы оказывают помощь на дому, в дневных центрах, интернатах или дневных школах. В перечисленных учреждениях при работе с детьми с нарушенным интеллектом особое внимание уделяется обучению навыкам общения, правилам поведения на улице, в общественных местах, для чего организуются специальные прогулки. Для подростков с умственной отсталостью функционируют центры профессиональной подготовки.

Для детей-инвалидов и больных детей при госпиталях организуются специальные отделения трудотерапии. Трудотерапевты в области педиатрии ставят своей целью «развитие у детей оптимального уровня независимости в повседневной жизни с точки зрения физической, психической и социальной» [2, с. 182].

Социальный работник из Департамента социальных служб в Великобритании оказывает помощь в виде совета, поддержки и консультирования по личным делам инвалида и его семьи; помогает в разработке индивидуальных программ реабилитации, которые согласовываются с клиентом и его семьей; организуют нормальную, интересную культурную жизнь инвалида вне дома. Департамент может предоставить необходимое оборудование взаймы, выделить дотацию, оказывать помощь по телефону и другим видам связи.

В Великобритании так же существуют частные реабилитационные фирмы, которые по заказу инвалида могут предоставить любое оборудование.

Что касается образования детей с ограниченными возможностями здоровья, то интеграция в обучении и наличие спецшкол рассматриваются как необходимые параллельные условия образования. Они поддерживают порядок и гибкость системы образования и позволяют таким детям включаться в нее и отходить от нее по мере того, как меняются их потребности.

До поступления в школу в большинстве регионов Англии, а так же в некоторых других странах, достаточно эффективно используется система поддержки (педагогическое обслуживание на дому детей от 0 до 4-5 лет с задержками в развитии), которая зародилась в 1970 году в США. В основе работы с такими детьми лежит индивидуальная программа, которая составляется для каждого ребенка с учетом его особенностей.

Для работы с детьми с нарушениями интеллекта в ряде стран, преимущественно Скандинавских, организуются дома, в которых проживает не более 30 детей. В них создается обстановка, максимально приближенная к семейной.

Специалисты проводят наблюдения за детьми, определяют методы лечения и реабилитации, разрабатывают индивидуальные программы обучения. Обучение всех категорий детей-инвалидов, в основном, осуществляется в общеобразовательных школах. Школьная и общественная политика направлена на то, чтобы создать условия для установления максимально близких взаимоотношений между учениками всех категорий.

Таким образом, в настоящее время в большинстве стран идет переход от раздельного образования и присмотра за детьми со специфическими нуждами к их полной интеграции, если это возможно. Этот переход регулируется законодательством стран.

Литература

1. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов: Материалы международной научно-практической конференции 29 – 31 октября 1996 г. Под редакцией Э.И. Збровского Мн.: Товарищество «Хата».

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

3. Целок Д.В. Программа «Инклюжен»: Новая модель социализации инвалидов в учебных заведениях США // Дефекталогія. – 1996.-№5.

РАЗДЕЛ II

СОЦОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Алексеева М.Н., Тугбаева Е.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НРАВСТВЕННОГО СОЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Нравственная культура, как и многие другие социальные явления, существует в двух формах: как объективное общественное явление и как субъективное свойство человека – определенная сфера его сознания.

Нравственность как общественное явление представляет собой совокупность норм, обеспечивающих регуляцию поведения человека. Нормы нравственности определяют отношение человека к обществу, в котором он живет, к его различным институтам, к своим гражданским и просто человеческим обязанностям, к другим людям и самому себе [1].

Чтобы понять специфику нравственной регуляции поведения человека, необходимо сравнить нормы нравственности с какими либо другими нормами, например, с нормами права. Правовые нормы скрупулезно регламентируют поведение человека, дают ему инструкцию с точностью до буквы, до запятой. К тому же в обществе существует и целая сеть институтов, которые ведут надзор за исполнением правовых норм. И все же не смотря на обилие гражданских и правовых норм, их регуляции поведения человека недостаточно. Мир человека не сводится только к государственно-общественным отношениям. Его мир – это еще и поток переживаний, исканий смысла, жертвенности для блага других людей, подавление собственных низменных страстей, поиска истинной дружбы и любви [1].

Нравственность проявляется в отношении человека к семье, своему народу, родине, другим народам. Она распространяется и на отношение личности к себе. Если человек занимается самоистязанием или совершает самоубийство, общество осуждает его: человек – общественное достояние. И общество требует от человека, чтобы он относился к себе в соответствии с интересами общества: сохранял свое здоровье, трудился, вел себя достойно.

Нравственность предполагает относительную свободу воли, что обеспечивает возможность сознательного выбора определенной позиции, принятие решения и ответственности за содеянное. Если бы поведение людей фатальным обра-

зом предопределялось сверхъестественными силами, внешними условиями или врожденными инстинктами, как, например, у насекомых, то не имело бы смысла говорить о нравственной оценке поступков. Но нравственности не могло быть и в том случае, если человеческие поступки ничем не обусловливались, если бы царила стихия абсолютно свободной воли, то есть полный произвол. Тогда не могло бы существовать социальных норм, в том числе и нравственных.

Истоки нравственности восходят к обычаям, закрепившим те поступки, которые по опыту поколений оказались полезными для сохранения и развития общества и человека, отвечали потребностям и интересам исторического прогресса. Первично нравственность выражалась в том, как фактически вели себя люди, какие поступки они позволяли себе и другим, как они оценивали эти поступки с точки зрения их полезности для коллектива. Нравственное выступало, как стихийно обобщенный и устойчивый образ действий людей, как их нравы.

Нравственность конкретного человека есть освоенная, внутренне принятая общественная мораль, регулирующая его индивидуальное поведение, опирающаяся на мировоззренческие убеждения и чувство совести.

Мораль как форма общественного сознания рождается в системе конкретно-исторических общественных отношений, является их духовным продуктом, суммой правил, требований, норм, регулирующих отношения между людьми, их отношение к вещам и явлениям реального мира. Мораль, опираясь на силу общественного мнения, использует духовное поощрение, принуждение, побуждение, осуждение, воздействует на сознание людей, воспитывает их в духе принятых в обществе моральных законов.

Принципы и нормы нравственности входят в такое понятие как нравственное сознание [3].

Нравственное сознание человека в единстве с его эмоциональной сферой и поведением представляет собой сложное явление. Оно складывается из первичных нравственных представлений, которые в течение жизни усложняются и обогащаются. Интегрируются в нравственные понятия.

Таким образом, нравственность – это и определенная сторона объективных отношений людей, их поступков, и форма сознания. Нравственное сознание обладает сложной структурой, элементами которой являются нравственные категории, нравственные чувства и нравственный идеал, как представление о понятии, о высшем проявлении нравственного, вытекающего из социального идеала совершенного миропорядка.

Рассматривая понятие нравственности применительно к категории детей с ОВЗ необходимо отметить специфику их развития в данном отношении. Те или иные дефекты в физическом и психическом развитии приводят к вторичным отклонениям в нравственном формировании личности. Дети с ОВЗ в силу своих недостатков не всегда могут адекватно оценивать нравственные проявления и выражать эмоции и чувства подобающие ситуации. Не-

обходимо проводить специальную работу по развитию данных личностных характеристик.

У детей с ОВЗ необходимо развивать нравственное чувство, чувство переживания, совесть. Безнравственный индивид может иметь достаточно ясные представления о нормах нравственности. Но человек не может быть безнравственным, если у него развито нравственное чувство, способность к моральным переживаниям и мучениям совести. Нравственное чувство неразрывно связано с нравственным идеалом, идеальным представлением о поведении человека, его отношении к жизни.

Нравственность неразрывно связана с другими формами общественного сознания. Особенно тесно оно перекликается с правом. Моральное воспитание обеспечивает правопослушное поведение учащихся с ОВЗ. Наука способствует нравственному просвещению детей, побуждает их к служению людям. Искусство и все религиозные учения всегда были и являются способом внедрения в сознание людей определенной морали. На основе морали, как формы общественного сознания и воздействия существуют и разрабатываются педагогические теории и системы нравственного воспитания [2].

Нравственное воспитание – целенаправленный процесс приобщения детей с ОВЗ к моральным ценностям человечества и конкретного общества. С течением времени ребенок с ОВЗ постепенно овладевает принятыми в обществе людей нормами и правилами поведения и взаимоотношений, присваивает, т.е. делает своими, принадлежащими себе, способы и формы взаимодействия, выражения отношения к людям, природе, к себе. Результатом нравственного воспитания являются появление и утверждение в личности определенного набора нравственных качеств. И чем прочнее сформированы эти качества, чем меньше отклонений от принятых в обществе моральных устоев наблюдается у личности, тем выше оценка его нравственности со стороны окружающих.

Нравственное воспитание эффективно осуществляется только как целостный процесс педагогической, соответствующей нормам общечеловеческой морали организации всей жизни детей с ОВЗ: деятельности, отношений, общения – с учетом их возрастных и индивидуальных особенностей. Результатом целостного процесса является формирование нравственно цельной личности, в единстве её сознания, нравственных чувств, совести, нравственной воли, навыков, привычек, общественно цельного поведения.

Основополагающей базовой категорией нравственного воспитания детей с ОВЗ является понятие нравственного чувства – постоянного эмоционального ощущения, переживания, реальных нравственных отношений и взаимодействий. Нормы морали преобразуются в субъективную нравственность только благодаря их чувственному освоению ребенком. Нравственное чувство является системообразующим началом человеческой нравственности. И поэтому моральное сознание, знание норм поведения, привычные поступки приобретают нравственный смысл. Нравственное воспитание, игнорирующее эмоциональную

сферу, эстетическое отношение к действительности, является слабосильным, не способным формировать внутренние стимулы и побуждения высоконравственных поступков детей с ОВЗ, управлять их поведением [3].

Оценка нравственного чувства как основообразующего начала не означает пренебрежения нравственным сознанием. Развитое нравственное сознание предполагает знание моральных принципов, норм и одновременно постоянное осознание, и осмысление своего нравственного положения в обществе, морального состояния, ощущения, чувства. Нравственное сознание – активный процесс отражения ребенком с ОВЗ своих нравственных отношений, состояний. Субъективной движущей силой развития нравственного сознания является нравственное мышление – процесс постоянного накопления и осмысления нравственных фактов, отношений, ситуаций, их анализ, оценка, принятие нравственных решений, осуществление ответственных выборов.

Нравственные чувства, сознание и мышление являются основой и стимулом проявления нравственной воли. Вне нравственной воли и действенно-практического отношения к миру не существует реально нравственной личности. Нравственное поведение личности имеет следующую последовательность: жизненная ситуация – порождаемое ею нравственно-чувственное переживание – нравственное осмысление ситуации и мотив поведения, выбор и принятие решений – волевой стимул – поступок. Нравственность человека проявляется в сознательном следовании нравственным принципам и в привычных формах нравственного поведения.

Ребенок с ОВЗ проходит жизненный путь, в начале которого его поведение обусловлено внешними влияниями и инстинктивными импульсами. Воспитание помогает ему перейти к внутренне осмысленному самоуправлению. На протяжении этого пути ребенок находится на разных уровнях управления собственным поведением.

Начальный уровень, практически внутренне бесконтрольный, характеризуется зависимостью поведения от неосознанных импульсов и внешних воздействий. Постепенно через эмоциональную подсознательную сферу психики формируются привычки и привычные формы поведения. На этом уровне развития возникает возможность некоторого самоконтроля над поведением благодаря привычкам, укреплению привычных действий. На базе привычного поведения в многообразных жизненных ситуациях, под влиянием целенаправленного педагогического воздействия у ребенка с ОВЗ развивается нравственное мышление. Вместе с ним и с его помощью, на базе нравственных чувств, сознания и воли образуются нравственные качества и свойства личности: патриотизм, доброта, порядочность, честность, правдивость, справедливость, трудолюбие, дисциплинированность, коллективизм. Эти свойства и качества личности представляют собой психические новообразования, которые возникают в результате активного взаимодействия ребенка с миром в системе общественных отношений, сознаются,

закрепляются в чертах характера, свойствах личности, в привычках и привычных способах поведения.

Высшим уровнем нравственного поведения, мерилом нравственной устойчивости человека является сознательное владение собой, сохранение твердости, верности нравственным убеждениям, особенно в кризисных и экстремальных ситуациях. Для детей с ОВЗ такие ситуации постоянно возникают в процессе жизни в коллективе, в учебной, трудовой деятельности, в отношениях с товарищами и взрослыми.

Процесс становления личности и ее нравственной сферы не может быть ограничен возрастными рамками. Он продолжается и видоизменяется всю жизнь. Но есть такие азы, без которых человек не может функционировать в человеческом обществе. И потому обучение этим азам и необходимо осуществлять как можно раньше, что бы дать ребенку с ОВЗ «путеводную нить» в социальную среду.

Воспитательные дела составляют цепь нравственных поступков в ежедневных жизненных ситуациях. Именно поступок характеризует отношение человека к окружающей его действительности. Чтобы вызвать нравственные поступки, надо создать соответствующие условия. Однако же поступки не всегда говорят о нравственной воспитанности. Важны и побудительные мотивы, которые движут человеком и объясняют поступки. Поэтому формирование высоконравственных мотивов деятельности – важная и необходимая часть нравственного воспитания [2].

Чтобы ребенок с ОВЗ совершал нравственные поступки, у него должна возникнуть в этом потребность. Формирование нравственных потребностей личности есть процесс усвоения и переработки моральных норм и принципов в систему индивидуальности сознания. С помощью нравственных потребностей создается основа самой природы морали – возможность свободного выбора. Именно в выработке способности к свободному нравственному выбору состоит функция нравственного воспитания.

Система поступков ведет к формированию нравственной привычки – устойчивой потребности совершать нравственные поступки. Привычки, могут быть простыми (в их основе лежат правила общежития, культуры поведения, дисциплины) и сложными, когда создается потребность и готовность к деятельности, имеющей как общественное, так и личное значение.

В структуру воспитания нравственности педагог включает сведения о человеческой морали, добивается ясного понимания того, что мораль – форма человеческого сознания, часть человеческой культуры. Понимание сущности, норм и принципов морали приводит детей с ОВЗ к нравственным суждениям, с помощью которых они оценивают поступки – свои и других людей. На основе нравственных понятий, оценок и суждений формируются нравственные убеждения, которые, в конечном счете, и определяют поведение и поступки человека. Нравственно убежденный человек глубоко уве-

рен в справедливости моральных норм, признает необходимость их выполнять. Но знание и понимание нравственных норм еще не могут сами по себе обеспечить действенность убеждений, а становятся лишь необходимой предпосылкой для их формирования. Нравственные знания становятся убеждениями, когда они применяются в жизненном опыте, продуманны, критически переработаны воспитанниками [1].

Нравственное правило – установленный порядок действий, отношений. Правило может быть единичным, относящееся к определенной ситуации, в отличие от нравственной нормы, которая характеризует общую направленность отношений и поведения.

Нравственное убеждение – это деятельные силы личности, горячее стремление отстоят правильность, доказать истинность своего взгляда, готовность пойти во имя этого на любые лишения. Нравственное убеждение – это идеал, вершина морального развития, путь к которой лежит через единство нравственной привычки и нравственного сознания.

Первые поступки, в которых мы усматриваем основу для формирования высоконравственных привычек, отражают, во многих случаях, отношение к вещам, но в этих вещах очеловечивается труд, воплощается мастерство, трудолюбие, а, следовательно, и моральное достоинство человека. Эмоциональное отношение через вещи к труду, а через труд к человеку и обществу – это исключительно важное условие формирования – нравственных привычек.

На формирование нравственного сознания могут влиять различные факторы: ближайшее окружение ребенка, образовательные учреждения (детский сад, школа), социальные институты (досуговая внеклассная деятельность, двор). Все то, что влияет на воспитание и развитие личности ребенка с ОВЗ.

Вся нравственная деятельность человека складывается из его поступков, которые синтезируют в себе внешние, материально – вещественные его компоненты и внутренние духовно-личностные, а также сами имеют сложную структуру, элементы которой так же оказывают воздействие на их объективную нравственную ценность. Обычно обыденное нравственное сознание не затрудняется при вынесении нравственной оценки того или иного поступка, однако при столкновении различных оценок и необходимости их обосновать, для обыденного сознания начинаются непреодолимые трудности. Неспособность нравственного сознания ребенка с ОВЗ обосновать собственную нравственную оценку с точки зрения ее объективности и истинности, вынуждает его согласиться, что нравственные оценки – это дело субъективного вкуса, симпатий и антипатий, что, безусловно, снижает их авторитет и значение в жизни человека.

Поэтому этика стремится проанализировать саму процедуру нравственного оценивания, выявить факторы нравственной оценки, учет которых только и может способствовать ее обоснованности и объективности.

Вообще человеческий поступок – это не просто физическое действие, взятое с его натурально-вещественной стороны, а мотивированный и совер-

шенный сознательно акт общественно значимого поведения. Действия могут, как известно, совершать и животные, а вот поступки – сугубо человеческая область деятельности.

Для лучшего понимания природы нравственного поступка полезно разделить все действия человека на действия-операции и действия-поступки. Первые означают действия, взятые в их внешнем проявлении безотносительно к их значению, а вторые – мотивированные и совершенные сознательно социально значимые действия.

Их различия особенно заметны при воздержании, отказе от действия в условиях его нравственной необходимости. Например, отказ в оказании помощи человеку, находящемуся в трудной ситуации, даже если при этом не совершены никакие действия, также является поступком, подлежащим нравственной оценке.

Таким образом, нравственное сознание детей с ОВЗ, находясь в единстве с их эмоциональной сферой и поведением, представляет собой сложное явление, которое предполагает овладение определенными знаниями, умениями и навыками нравственного поведения. Нравственное сознание включает в себя принципы и нормы нравственности, морали. Овладение нравственным поведением предполагает сформированность таких свойств личности, как нравственное чувство, нравственное мышление, нравственная воля. Каждый нравственный поступок подвергается моральной оценке, которая складывается из ценностного отношения ребенка с ОВЗ к действительности, установления его значимости, смысла. На формирование нравственного сознания влияют биологические, педагогические и социальные факторы. Овладевая нравственным сознанием и поведением, дети с ОВЗ постигают такие категории нравственности как добро, зло, долг, совесть и счастье.

Литература

1. Атаджанова Ш.А. Эстетическое воспитание личности. – Ашхабад, 1990.
2. Основы эстетического воспитания./ Под ред. Н.А. Кушаева – М., 1986.
3. Пути и средства эстетического воспитания. /Отв. ред. Н.И. Киященко, И.А. Коников – М.: Наука, 1989. – 190с.

Булачёва Р.З. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Акименко В.М.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

В последнее время наметилась тенденция развития логопедической помощи в России. В последнее десятилетие в системе российского образования развивалось образование логопедических кабинетов в детских садах, школах, поликлиниках и специализированных центрах, что было вызвано воз-

росшим количеством детей с нарушениями речи. Ранее развитие логопедической помощи происходило не быстро, так как до 1917 года учреждения для аномальных лиц существовали за счет частных благотворительных средств, где обучение строилось на основе разграничения резко выраженных дефектов (глухота, слепота, умственная отсталость), и логопедическая помощь людям с дефектами речи ещё не оказывалась.

В клинико-педагогической классификации речевые нарушения можно разделить на две группы: устные или письменные.

Нарушения устной речи так же можно разделить на два типа:

- нарушения фонационного (внешнего) оформления высказывания:

а) дисфония (афония);

б) брадилалия;

в) тахилалия;

г) заикание;

д) дислалия;

е) ринололия;

ж) дизартрия;

- нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания:

а) алалия;

б) афазия.

Нарушения письменной речи тоже делятся на две группы:

-дислексия;

-дисграфия

В настоящее время в нашей стране создана и постоянно совершенствуется система помощи детям и взрослым с речевой патологией. Логопедическая помощь детскому и взрослому населению осуществляется по линии образования, здравоохранения и социального обеспечения.

В *системе образования* оказывается помощь детям с нарушениями речи дошкольного и школьного возраста. С этой целью созданы специальные ясли-сады, детские сады, дошкольные детские дома, дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах, специальные группы в детских садах общего типа, школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида), логопедические пункты при общеобразовательных школах.

В специальные дошкольные учреждения принимаются дети с нарушениями речи с трехлетнего возраста при первично сохранном интеллекте и нормальном слухе. Среди этих учреждений есть детские сады с круглосуточным пребыванием, в которые принимаются дети с 4 лет. Основная цель работы дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи согласно «Типовому положению» – всестороннее воспитание детей, развитие у них правильной разговорной речи, правильного произношения и подготовка детей к школе.

По инициативе отделов образования на местах, администрации учреждений и инициативе родителей в настоящее время создаются дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах и специальные группы в детских садах общего типа. В этих группах оказывается логопедическая помощь детям с нарушениями произношения в целях подготовки их к школе.

В школах для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида) могут быть два отделения: а) для детей с тяжелыми нарушениями речи (1-е отделение), б) для заикающихся (2-е отделение). Некоторые из этих школ – интернатного типа. В 1-е отделение зачисляются дети, страдающие общим недоразвитием речи. При комплектовании классов учитывается уровень речевого развития детей и характер речевого дефекта (алалия, афазия, ринолалия, заикание с ОНР, дизартрия). Во 2-е отделение зачисляются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи. В школе для детей с тяжелыми нарушениями речи обучение прово-

21дится по специально разработанным программам в соответствии с программами общеобразовательных школ.

В 1-м отделении – I ступень – начальное общее образование с нормативным сроком освоения – 4-5 лет; II ступень – основное общее образование с нормативным сроком освоения – 6 лет.

Во 2-м отделении – I ступень – начальное общее образование -4 года, II ступень – основное общее образование – 5 лет. Предельная наполняемость классов – 12 человек.

Логопедические пункты при общеобразовательных школах предназначены для коррекции нарушений речи у детей школьного возраста. На логопедические пункты, по инициативе невропатологов, учителей, родителей, зачисляются учащиеся, имеющие нарушения звукопроизношения, общее недоразвитие речи, заикание, нарушения чтения и письма.

В *системе здравоохранения* помощь детям с речевой патологией оказывается в логопедических кабинетах детских поликлиник, в специализированных яслях для детей с нарушениями речи, в специализированных домах ребенка, в детских психоневрологических больницах и санаториях, полустационарах и летних лагерях-санаториях. В условиях медицинских учреждений детям оказывается комплексная медико-психолого-педагогическая помощь, что предполагает коррекционно-воспитательную работу логопеда, воспитателя и психолога, медицинское воздействие (медикаментозное лечение, физиотерапию, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию, массаж, лечебно-охранительный режим, рациональное питание и т.п.).

Логопедические кабинеты детских поликлиник обслуживают детей по месту жительства. Основные направления работы логопеда поликлиники: диспансеризация детей, находящихся в детских дошкольных учреждениях, первичный прием детей, не посещающих детские дошкольные учреждения, участие в комплектовании логопедических учреждений системы здравоохране-

ния и образования, педагогическая работа по исправлению дефектов речи, проведение логопедической санитарно-просветительной работы среди населения.

В специализированные ясли для детей с нарушениями речи принимаются дети в возрасте до 3 лет с заиканием и задержкой речевого развития органического генеза, с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, с сохранной двигательной сферой. Данный тип учреждений работает в режиме круглосуточного пребывания детей. Группы комплектуются по речевому дефекту – для заикающихся детей и для детей с задержкой речевого развития.

В специализированных домах ребенка находятся дети с органическим поражением центральной нервной системы с 3 месяцев до одного года. Коррекционно-воспитательная работа с данной категорией детей предусматривает обследование психомоторного развития и проведение коррекционных мероприятий по формированию речи и психики.

В детские психоневрологические больницы направляются дети с последствиями раннего органического поражения ЦНС (основной контингент – дети с детским церебральным параличом) для получения комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

В детских психоневрологических санаториях находятся дети дошкольного возраста от 4 до 7 лет и школьного от 7 до 13 лет Контингент детей, направляемых в санаторий, включает детей с последствиями раннего органического поражения ЦНС, с ОНР, с ЗПР, с заиканием. Коррецонно-воспитательная работа направлена на исправление речевых нарушений и отклонений в психическом развитии.

В *системе социального обеспечения* находятся детские дома для глубоко умственно отсталых детей и подростков и детские дома для слепоглухих. В учреждения принимаются дети-инвалиды, с ними проводится комплексная коррекционно-воспитательная работа, составной частью которой является логопедическое воздействие.

Горбунова С.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Акименко В.М.

ПАТРИОТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ НА ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ

Государственная и общественная потребность в патриотическом воспитании граждан зафиксирована в государственной программе «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2006-2010 годы». Одним из приоритетных направлений в деятельности общеобразовательных учреждений признается патриотическое воспитание.

Проблеме патриотизма особое внимание уделяли выдающиеся педагоги и общественные деятели прошлого В. Г. Белинский Е. Р. Дашкова, Н. А.Доб-

ролюбов, Н. М. Карамзин, Л. Н. Толстой, К. Д. Ушинский, Н. Г.Чернышевский, которые указывали на необходимость воспитания сознательных граждан, способных отстаивать интересы государства, любящих свое отечество.

Свое дальнейшее развитие их идеи нашли в современных концепциях патриотического воспитания подрастающего поколения. Общеизвестно, что воспитание и патриотическое, в том числе, должно начинаться с самого раннего детства. Проблеме теории и практики патриотического воспитания детей в современных условиях посвящены работы авторов (И. А. Агаповой, М. П.Бузского, В. В. Дьяченко, Т. С. Комаровой, В. Ф. Фроловой и др.).

Система патриотического воспитания предполагает формирование и развитие социально-значимых ценностей гражданственности и патриотизма в процессе воспитания и обучения в дошкольных образовательных учреждениях (Г. Н. Волков, В. В. Зеньковский, Л. Н. Коган, Л. А. Кленов, Ю. П. Сокольников, К. Д. Ушинский и др.).

Исследования проблемы патриотического воспитания детей дошкольного возраста нашли свое отражение в работах Н. В. Алешиной, А. А. Зеленовой, Л. В.Логиновой, М. Д. Маханевой и др.

В настоящее время имеется большой контингент детей дошкольного возраста 5-6 лет с общим недоразвитием речи (ОНР), для этих детей не выявлены и не обоснованы с позиций современных научных достижений сущностные характеристики процесса формирования основ, патриотического воспитания дошкольников с нарушениями речи. Недостаточно определены и не исследованы в практической деятельности педагогические условия, детерминирующие данное явление.

Дети с ОНР испытывают значительные трудности в речевой деятельности, которые носят многоаспектный характер: несформированность чувства языка; неспособность к построению развернутого высказывания; инертность в выборе языковых средств, обусловленную недостатками когнитивно-речевой деятельности. Патриотическое воспитание, являясь важной и неотъемлемой составляющей духовно-нравственного развития личности ребенка с недоразвитием речи, может и должно служить средством в коррекционно-развивающей работе с данной категорией детей.

Анализ основных нормативных документов и литературы по обучению и воспитанию детей дошкольного возраста с нарушениями речи, позволили сделать вывод о том, что в научной литературе не освещен процесс патриотического воспитания дошкольников с речевыми нарушениями. Зарождаясь еще в раннем возрасте, патриотические чувства очень важны для дальнейшего формирования личности и, изучив психолого-педагогические особенности детей с общим недоразвитием речи, мы дали определение понятию «патриотическое воспитание дошкольников с нарушениями речи».

Патриотическое воспитание дошкольников с нарушениями речи – это один из аспектов целостного воспитательного процесса, направленный на

формирование патриотизма как интегративного качества личности и являющегося средством в коррекционно-развивающей работе: для формирования лексического запаса; обучения правильному употреблению грамматических категорий родного языка; развития навыков связной речи.

Следует отметить, что, только организовав оптимальное функционирование целостных педагогических систем в дошкольных учреждениях; учитывая индивидуально-дифференцированный подход и психолого-педагогические особенности детей с нарушениями речи, мы можем обеспечить высокую эффективность воспитания патриотизма дошкольников с речевыми нарушениями, используя патриотическое воспитание как средство в коррекционно-развивающей работе.

Идеи патриотического, гражданского воспитания особенно актуальны в настоящее время, когда наблюдается рост национального самосознания, усваивающееся внимание к сохранению и развитию национальных культур и языков, возрождение народных традиций, религиозных верований, что в свою очередь часто приводит в такой многонациональной стране, как Россия, к межэтническим и межнациональным конфликтам. Ускорить развитие положительных тенденций и снизить по возможности рост пост – отрицательных факторов в процессе возрождения наций, этносов, регионов – новая социальная функция дошкольных учреждений и всей системы воспитания детей.

После анализа научной литературы по патриотическому воспитанию детей дошкольного возраста, мы сделали вывод, что вопросы патриотического воспитания дошкольников исследованы довольно широко и на разных уровнях. Вместе с тем в коррекционной педагогике не изучена проблема патриотического воспитания детей дошкольного возраста с нарушениями речи.

Помимо основных целей и задач занятий учитель-логопед должен стараться воспитать в учащихся патриотические чувства – гордости за свою страну, свой народ, уважения к героическому прошлому и настоящему народа нашей страны. Для чтения, слушания, декламации следует подбирть тексты, развивающие чувство гордости за соотечественников-ровесников, не пожалевших свои жизни во время Великой Отечественной войны. Тем самым расширяя кругозор школьников, формируя патриотическое мировоззрение.

На логопедических занятиях формирование навыка правильного чтения, автоматизацию, введение в речь поставленных звуков можно проводить на материале произведений о Великой Отечественной войне, о родном городе.

Ещё до того, как дети с речевыми нарушениями научатся оценивать поступки героев, они учатся сочувствовать им. Эти произведения открывают перед ними мир новых знаний, опыт первых серьёзных переживаний. Это становится для них открытием мира. Слушая или читая, дети огорчаются, беспокоятся, радуются вместе с героями, что способствует их душевному и духовному росту. На материале этих книг воспитывается человечность – умение волноваться за героев, переживать чужую боль, как свою.

Таким образом, на логопедических занятиях, кроме коррекционной, необходимо ставим цель воспитания гордости за свой народ, свою Родину.

На таких занятиях перед учениками открывается ряд событий и обстоятельств, которые они осмысливают, переживают, пытаются ответить на множество вопросов. Дети учатся рассуждать: почему герои совершали свои подвиги, какие обстоятельства определяли их действия. На занятиях педагог осуществляет индивидуальный подход, некоторым ученикам даёт пошаговую инструкцию в помощь оформления высказывания.

Совместное чтение книги о Великой Отечественной войне с учителем-логопедом систематизирует положительный жизненный опыт, развивает навыки коммуникативной деятельности, воспитывает чувство патриотизма.

Таким образом, на логопедических занятиях, кроме коррекционной, необходимо ставим цели патриотического воспитания, включающее воспитание гордости за свой народ, свою Родину, свою семью и т.д.

Курочева К.М. Руководитель: старший преподаватель Лушина А.П.

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОЦИО-КУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Люди с ограниченными возможностями здоровья как социальная категория людей, находятся в окружении здоровых по сравнению с ними и нуждаются в большей степени в социальной защите, помощи, поддержке. Эти виды помощи определены законодательством, соответствующими нормативными актами, инструкциями и рекомендациями, известен механизм их реализации. Следует отметить, что все нормативные акты касаются льгот, пособий, пенсий и других форм социальной помощи, которая направлена на поддержание жизнедеятельности, на пассивное потребление материальных затрат. Вместе с тем, инвалидам необходима такая помощь, которая могла бы стимулировать и активизировать инвалидов и подавляла бы развитие иждивенческих тенденций. Известно, что для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно – полезную деятельность, развитие и поддержание связей инвалидов со здоровым окружением, государственными учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами. Известно, что в домах – интернатах находятся наиболее тяжелые в соматическом отношении инвалиды.

Так как же можно помочь людям с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Одним из таких видов помощи может выступить арт-терапия. Арт-терапия – это область, которая использует невербальный язык искусства для развития личности в качестве средства, дающего возможность контактировать с глубинными аспектами нашей духовной жизни, с внутрен-

ней реальностью, складывающейся из наших мыслей, чувств, восприятий и жизненного опыта[2].

В качестве основных целей метод арт-терапии при работе с людьми с ограниченными возможностями можно выделить социально-культурную адаптацию, самовыражение, расширение личного опыта, самопознание, внутреннюю и внешнюю интеграцию личности.

При работе, связанной с социально-культурной адаптацией людей с ограниченными возможностями, важным понятием является сублимация – выражение бессознательных инстинктов и влечений (порой деструктивных) с помощью трансформации их в произведениях искусства; искусство может одновременно «направить в другое русло» и выразить также чувства злости, боли, тревоги, страха [3]. Арт-терапия помогает выражать бессознательные инстинкты при помощи различных видов.

Ни для кого не секрет, что каждая картина или фотография имеют свою энергетику. Важно, что изображено, с каким настроением был человек, который писал картину или снимал фото, цветовая гамма и так далее. Приведем пример. Психологи для замедления старения, предлагают женщинам выставлять свои самые удачные фотографии десятилетней давности и смотреть на них ежедневно. Подсознание заставляет организм подстраиваться под образ со снимка и женщины, действительно, визуально становятся моложе.

Картины с изображением полей и лесов приносят ощущение покоя. С расшатанной нервной системой хорошо справляются виды моря, а горные пейзажи – повышают тонус человека.

Существует так называемый прием психической визуализации зрительных образов. Применение этого приема в жизни очень хорошо помогает успокоиться и расслабиться. Он основан на том, что человек некоторое время рассматривает картину или понравившуюся фотографию природы. Затем закрывает глаза и пытается представить себя на этом снимке или картине. Например – это картина с полем, на котором цветут ромашки. Нужно представить, как вы ходите по полю, собираете ромашки, вдыхаете их аромат, слышите жужжание пчел, пение птиц. Вам становиться очень комфортно. Задержитесь там, отдохните, забудьте о том, что вас расстраивало и угнетало. После такой психологической разрядки нервная система приходит в норму.

Если говорить о классической арт-терапия, то она включает в себя только визуальные виды творчества, такие, как: живопись, графика, фотография, рисование и лепка. Но современная арт-терапия насчитывает большее количество видов методик. К ней относят также библиотерапию, маскотерапию, сказкотерапию, оригами, драматерапию, музыкотерапию, цветотерапию, видеотерапию, песочную терапию, игротерапию и т.д.

Самый древний и популярный вид арт-терапии – это рисуночная терапия. Как было выше сказано, картины оказывают на человека огромное воздействие: они создают настроение и вызывают определенные чувства. Одно из

самых мощных выразительных средств, которыми пользуется изобразительное искусство, это краски, воплощающие многообразие окружающего мира. Чтобы выразить свои чувства, не обязательно что-то говорить, можно взять краски выразить свои чувства в рисунке. Если сразу же после того, как человека что-то расстроило, он будет рисовать, то его отрицательные эмоции уйдут, а он полнее и глубже осознает свои эмоции. Выбор цветов расскажет о многом, специалисты (Миронова Л.Н., Буймистру М. и др.) утверждают, что отдельные цвета вызывают особые душевные состояния. Поэтому рисуночная терапия часто используется в совокупности с цветотерапией.

Был разработан и комплексный метод – арт-синтезтерапия. Он основан на использовании сочетания живописи, стихосложения, драматургии и театра, риторики и пластики. Причем, количество методик все время увеличивается.

Техники арт-терапии применяются при достаточно широком спектре проблем. Это могут быть психологические травмы, потери, кризисные состояния, внутри- и межличностные конфликты, постстрессовые, невротические и психосоматические расстройства, экзистенциальные и возрастные кризисы. Арт-терапия помогает развить в человеке креативность мышления и целостность его личности, а также через творчество позволяет обнаружить личностные смыслы.

Нужно отметить высокую эффективность арт-терапии, как при работе со взрослыми, так и при работе с подростками и детьми с ограниченными возможностями. По своей природе эта методика радикальна. Она позволяет раскрыть внутренние силы человека. Арт-терапия способствует повышению самооценки; учит расслабляться; при групповой работе она развивает в человеке важные социальные навыки[1].

Таким образом, занятие арт-терапией дает человеку возможность укрепить свою память, развить внимание, мышление и навыки принятия решений. Арт-терапия применяется в индивидуальной и групповой психотерапии, в различных тренингах. Она также может служить дополнением к другим методам и направлениям психотерапии, системам оздоровления, образования и воспитания. Важно, что для занятий арт-терапией не требуется специальной подготовки.

Литература

1. Арт – терапия – новые горизонты / под ред. А.И. Копытина.- М.: Когито-Центр, 2006.- 336с.

2. Сусанина, И.В. Введение в арт-терапию / И.В. Сусанина. –М.: ВЛАДОС, 2002. – 144с.

3. Шамсутдинова, Д.В. Социально-культурная интеграция личности в сфере досуга / Д.В. Шамсутдинова. – Казань: Изд-во Казанс. ун-та, 2001.- 256с.

4. Юнг, К.Г. Человек и его символы / К.Г. Юнг. – М.: Ренессанс, 1991. – 304с.

Кирина А.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол. н., доцент Францева Е.Н.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Семья ребенка с ограниченными возможностями сравнительно недавно стала объектом изучения и социального действия. Отчасти это обусловлено тем, что в ранних школах семейной теории и терапии не уделялось особое внимание хронически больным индивидам в контексте их семьи. В настоящее время происходит усиление взаимовлияния достижений и теорий семейных систем имеющейся информации о детях и взрослых с ограниченными возможностями, обеспечивающего новый уровень интегрированных знаний в этой сфере.

Особое значение в разработке названной проблемы приобретает факт признания того, что нарушение психического и физического развития человека не является чисто медицинским явлением ни по причинам возникновения, ни по последствиям. Его воздействие на семью, окружение, самого индивида в большей степени определяется тем смыслом, которым наделяет это явление общество и культура. Ограничение возможностей трактуется как состояние – процесс, в котором специфические нарушения (функций организма, условий среды) делают деятельность человека или функционирование его органов затрудненным или невозможным. Причиной ограниченных возможностей может стать, к примеру, недостаток или несовершенство социальных, образовательных программ, медицинских услуг, а также существующие в обществе социальные установки к нетипичным детям и их семьям. Поэтому в поле интереса попадают вопросы социокультурной рефлексии на положение детей-инвалидов и их семей в современном обществе, поскольку характер отношения последнего к тем, кто отличается по определенным своим показателям от общепринятой нормы, во многом определяет стратегию поведения семьи и систему государственной социальной политики. Семья часто выбирает ту стратегию, которая способна поддержать или укрепить ее социальный статус, поэтому образцы и типы семейной жизни конструируются не только на основе личностных качеств и культурных традиций, но и подвергаются влиянию модели социальной политики, проводимой в обществе.

Степень разработки проблем семьи ребенка с ограниченными возможностями отечественными авторами относительно невысока. В то же время данная проблематика не одно десятилетие находится в центре внимания ученых и общественности на Западе. В последнее время в мировой практике растет понимание значимости уникального вклада семьи в формирование у ребенка чувства идентичности. Социальные агентства направляют основное внимание на работу с семьями детей, находящихся в зоне риска попадания в институциональные заведения (к такому контингенту относятся и

дети с ограниченными возможностями). Ее задачей является снижение противопоставления интересов ребенка, с одной стороны, интересам родителей, с другой. Кроме того, многочисленные исследования подтверждают признание тяжести психологических травм, наносимых детям и родителям от помещения ребенка в институциональные учреждения, а также связанных с этим социальных и финансовых затрат, что требует поиска адекватных решений.

Развитие российского общества по пути гуманности требует осознания проблем нетипичности, развития толерантности и предоставления социальных гарантий людям с ограниченными возможностями в аспекте нормализации их жизни, социального участия. Соответственно, программа социальной работы с семьей должна быть основана на экосистемном подходе к проблеме при сохранении широкого социального контекста и на базе анализа реальных семейных затруднений, потребностей и ресурсов их решения.[2]

Социальное окружение может как способствовать, так и противодействовать стрессам и кризисам в жизни семьи. Одна из основных целей родительских стратегий, независимо от типа семьи, – приобретение некоего социального статуса, роли в конкретной социальной группе или сообществе. Ожидания родителей по поводу будущего ребенка могут быть не реализованы как по причине заболевания, так и в силу препятствий социального характера.[3]

. При осуществлении психосоциальной работы с семьями детей с ограниченными возможностями социальный работник выполняет целый спектр ролей, переходящих от косвенного к прямому, неформального к формальному, менее интенсивного к более интенсивному общению. Широкий контекст ролей помогает адекватизировать деятельность в соответствии с быстро изменяющимися потребностями и вместе с тем предъявляет серьезные требования к их исполнению. Прежде всего фокус на работе с семьей обусловливает необходимость отношения к родителям как к партнерам, учет их экспектаций к ребенку, изучения способа функционирования конкретной семьи и выработки индивидуальной программы, соответствующей семейным потребностям и стилям [2, с.45].

Формы сопровождения семьи в кризисной ситуации таковы: диагностическая работа, информационно-просветительская, коррекционная, развивающая. Каждая из этих моделей обладает своими возможностями и ограничениями – на разных этапах семейной истории, на разных этапах переживания семьей кризисной ситуации. Как правило, сочетание этих форм работы предстает как наиболее эффективная модель психологического сопровождения. В ситуации разовых и краткосрочных обращений – менее типичных для клиентов данной группы – центральной должна стать развивающая форма помощи: направленная на активизацию клиентов, их потенциала самопомощи.[1] Таким образом, в последние годы наметилась тенденция улучшения социальной поддержки семей с детьми с ограниченными физическими и умственными возможностями. Этому способствовал ряд обстоя-

тельств, в частности, укрепление и расширение законодательной и нормативно-правовой базы социальной поддержки семей с ограниченными возможностями (прежде всего на региональном уровне).

Литература

1. Ловцова Н. И. Три понятия системной теории семьи по Дэвиду Олсону // Семья Дети Общество Анализ отношений и образовательных программ – Саратов, 1994

2. Смирнова Е. Семья нетипичного ребенка – Саратов Изд-во Поволжского филиала Российского учебного центра, 1996

3. Социальная работа Теория и практика – Под ред. Л. Арутюнян

Коленкина В.И. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Францева Е.Н.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

В нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей с ограниченными возможностями. В России рождение детей с ограниченными возможностями за последнее десятилетие увеличилась в два раза. Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями, среди них 70-75% являются детьми с ограниченными возможностями. У ребенка с ограниченными возможностями имеет место существенное ограничение жизнедеятельности, которое способствует социальной дезадаптации, обусловленной нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Стоит вопрос о необходимости социальной реабилитации таких детей. В настоящее время процесс социальной реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, социологи, педагоги, социальные психологи исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации. К сожалению, существующие государственные организации помощи детям с ограниченными возможностями не всегда справляются с поставленными задачами в связи с малой численностью, недостаточностью финансирования и нехваткой специалистов. Все это говорит о недостаточной помощи семьям, имеющим ребенка с ограниченными возможностями.

В связи с этим, особую значимость приобретает проблема социальной адаптации не только ребенка, страдающего той или иной тяжелой патологией, но и семьей, в которой он воспитывается. Серьезная работа с родителями, воспитывающими ребенка с ограниченными возможностями, направленная как на решение их психологических проблем в нашей стране только разворачивается, проводятся семинары, «круглые столы», выпускаются ин-

формационные материалы. Психологи и педагоги работающие с «особыми» детьми решают многие задачи, касающиеся ребенка, но их работа не ограничивается взаимодействием с ребенком, она также должна включать и работу с семьей. Поэтому знание особенностей такой семьи, понимание того, что испытывают родители поможет социальным работникам и педагогам более эффективно организовывать сотрудничество с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями. Трудности, которые испытывают родители значительно отличаются от повседневных забот, волнующих обычную семью.

Рождение ребенка с ограниченными возможностями функционально деформирует семью. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи. Многие родители в сложившейся стрессовой ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик.

Психологический уровень. Рождение ребенка с ограниченными возможностями воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт появления на свет ребенка «не такого как у всех», является причиной сильного стресса. Стресс, имеющий длительный и постоянный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. Надежды, связанные с рождением ребенка, рушатся в один миг. Обретение же новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. Это обусловливается многими причинами:

- психологическими особенностями личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка);
- комплексом расстройств, характеризующих ту или иную аномалию развития;
- воздействием социума при контактах с семьей.

Семья посвящает себя больному ребенку, родители склонны отрицать собственные проблемы делая акцент на проблемы ребенка. Эти детские проблемы могут помочь родителям объединиться для преодоления кризисных периодов и отодвинуть собственные разногласия на задний план. Ребенок остается в центре внимания и это помогает родителям избежать обсуждения собственных проблем и супружеских взаимоотношений.

Социальный уровень. Семья, воспитывающая ребенка с отклонениями в развитии становится малообщительной, избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу особенностей состояния ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей. Вследствие тех же причин матери больных детей оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности, чтобы ухаживать за ребенком, или переходят чаще всего на надомную работу. Рождение больного ребенка оказывает деформирующее воздействие и на взаимоот-

ношения между родителями. В 32% случаев по исследованиям В.В. Ткачева такие браки распадаются. Однако известны случаи, когда подобные трудности сплачивали семью [4,с.280–290].

Для практического решения проблем семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, необходима разработка основных стратегий, направленных на реализацию помощи семьям данной категории. Однако эти стратегии нельзя определить, не изучив качественные характеристики личностных изменений, возникающих у родителей.

Работу с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями необходимо строить по следующим направлениям:

1. Проведение психологического диагностирования семьи.
2. Разработка основных направлений работы.
3. Использование психокоррекционных и психотерапевтических приемов, направленных на оказание психологической помощи семье.

Если возникает необходимость, то в рамках диагностического этапа, анализируются личностные особенности родителей, в том числе эмоциональные и коммуникативные свойства, определяется уровень тревожности. Примерный инструментарий для диагностирования семьи включает в себя: наблюдение, беседы-интервью, проективные методики, личностные тесты (16-факторный личностный опросник Кеттелла, методика аутоидентификации акцентуаций характера (Э.Г. Эйдемиллер), опросник PARI «Измерения родительских установок и реакции, цветовой тест Люшера).

Основные задачи психокоррекционной и психотерапевтической работы – помочь родителям принять себя и своих детей, такими какие они есть:

- раскрыть собственные творческие возможности,
- изменить взгляд на свою проблему – воспринимать ее не как «крест», а как «особое предназначение»;
- вооружить родителей различными способами коммуникации;
- научить помогать и поддерживать друг друга;
- помочь избавиться от чувства обособленности и брошенности в своем горе;
- помочь в формировании адекватной оценки психологического состояния детей;
- снятие тревоги и страха отвержения;
- формирование адекватного представления об общественных процессах и месте «особых» людей в структуре общества;
- помочь избавиться от комплекса вины и неполноценности себя и своей семьи.

Психотерапевтическая работа может быть осуществлена на нескольких уровнях:

- мотивационном – повышение активности, пессимистически настроенных членов семьи, актуализация потребности в самораскрытии;
- эмоциональном – коррекция, состояния родителей и др. членов семьи и формирование умений саморегуляции, снятие эмоционального напряжения;

- поведенческом – формирование эффективных навыков и умений, переоценка жизненной ситуации [1,2].

Сложность ситуации усугубляется тем, что «эффект в развитии», достижения ребенка подготавливаются длительно, постепенно, скрытно от внешнего наблюдения, и это ослабляет уверенность в том, что путь выбран правильно.

В настоящее время семье необходима социальная и психологическая помощь, которая должна осуществляться одновременно в нескольких направлениях:

Первое – это создание родительских клубов, обществ родителей детей с ограниченными возможностями. Здесь они могут расширить круг общения, узнать о жизни других семей с аналогичными проблемами, найти не жалость, а поддержку и понимание.

Второе – информационное обеспечение подобных семей: выпуск специализированных журналов или отдельных статей в уже зарекомендовавших себя медицинских или образовательных изданиях. Родителям нужны практические советы по уходу за больными детьми, объяснения и рекомендации специалистов по решению повседневных проблем, связанных с процессом воспитания ребенка, знакомство с опытом тех, кто смог преодолеть трудности и создать доброжелательные отношения в семье.

Третье – помощь в поиске источников поддержки семьи (материальной, социальной, медицинской, образовательной, духовной).

Четвертое – определение своего стиля «борьбы» как первого шага к пониманию своих скрытых психологических резервов. Помочь осознать семье, используемый способ реагирования, коррекции или выбрать другой, более подходящий, и в этом должен помочь только специалист. Возможны переоценка проблемы с целью уменьшения стресса; сравнение с жизнью других семей и нахождение каких-то преимуществ в своем положении; духовные поиски высшего смысла в сложившейся ситуации; поиск поддержки среди друзей и знакомых. Консультации специалистов – врачей, юристов, социальных работников и т.д. Необходима психологическая помощь в определении адекватного способа преодоления трудностей на каждом этапе развития семьи и развития ребенка.

Пятое – психолого-педагогическая поддержка. Она должна быть строго дифференцированной и максимально приближенной к реальности, в которой живет семья. В процессе консультаций необходимо сообщать родителям, какие трудности могут возникать на разных этапах его жизни. Нужно развивать у ребенка навыки самообслуживания, включать его в жизнедеятельность семьи, воспитывать «бытовую самостоятельность» с учетом физической или интеллектуальной состоятельности. По мере взросления ребенка родителям необходимо проявлять чуткость и гибкость в предоставлении простора для детской инициативы. Поэтому психологические консультации должны проводиться регулярно с целью обсуждения отдельных случаев и выработки стратегии и тактики поведения родителей в трудных ситуациях.

Еще одно очень важное направление психологической помощи касается проблемы восприятия физического дефекта ребенка родителями и окружающими людьми. Часто родители концентрируют внимание именно на дефекте, поврежденном органе и стремятся все свои усилия направить на его компенсацию или возможное лечение. При этом теряется целый пласт социальных отношений, который мог бы сыграть значительную роль в интеграции ребенка в общество. Родители должны расставить приоритеты в стратегии воспитания ребенка: либо погрузиться в борьбу с заболеванием, чтобы лишь потом, когда-нибудь, в будущем сын или дочь могли войти в общество, либо помогать ребенку уже сегодня жить в нем, развивать чувство собственного достоинства, мужество. Необходимо научить родителей воспринимать собственного ребенка с ограниченными возможностями как человека со скрытыми возможностями. Специалисты должны помочь родителям составить адекватное представление о потенциальных возможностях больного ребенка, раскрыть его перспективы, построить научно обоснованную систему занятий [3].

Таким образом, оказание эффективной помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями сложный процесс, т.к. отсутствует целостный, достаточно проработанный методологический подход к определенно содержания, форм и методов психологической помощи. Развитие и воспитание ребенка с ограниченными возможностями требуют большей информированности родителей о заболевании, причинах болезни, последствиях и потенциальных возможностях как самого ребенка, так и родителей.

Литература

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида: Пер. с англ. – М., 2000.

2. Дж.Браун, Д. Кристенсен. Теория и практика семейной психотерапии. Питер. Санкт-Петербург, 2001.

3. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок. Москва 2006.

4. Ткачева В. В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В. В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. – М.: Академия, 2003. – С. 280–290.

Мигачёва Ю.Н. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Акименко В.М.

ПАТРИОТИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЯХ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ

Семью как фактор воспитания характеризует ее среда – первая культурная ниша, включающая в себя духовно-нравственное, предметно-пространственное, социально-поведенческое, событийное, информационное окружение ребенка.

Патриотическое воспитание взаимно обогащает родителей, педагогов, детей. Результатом педагогического взаимодействия детского сада и семьи в

патриотическом воспитании ребенка становятся приоритетно формируемые личностные качества, интегративно определяемые:

- *знанием* (знание истории народа, его обычаев, традиций; понимание процессов, происходящих во внутренней жизни России, в ее внешней политике, проблем науки и культуры, спорта, экологии, правопорядка; знание государственной символики, правил ее применения и т.д.)

- *отношением* (являются ли отношения к Родине осознанными ; стали ли знания потребностями и мотивами личности, вошли ли в систему ее ценностных ориентаций и установок);

- *поведением* (в какой мере отношения – любовь к Отчизне, гордость за свой народ, желание быть полезным своей стране – реализуются личностью в конкретных поступках и действиях, превратились ли в убеждения) .

Современные ученые (Д. С. Лихачев, А. В. Мудрик) к числу важных субъективных условий, оказывающих особое влияние на особенности семейного, в том числе патриотического, воспитания, относят семейные традиции. Семья и ее ценности представляют собой порождение культуры, поэтому практически любой образец материальной и духовной деятельности может служить основой для возникновения традиций в семье.

Очевидно, что слово “Отечество” происходит от “отец”, в тоже время привычно до тривиальности словосочетание “Родина – мать”. Здесь целесообразно обратить внимание на специфику детско-родительских отношений, которые могут дать ключ к пониманию сущности патриотизма. С одной стороны в патриотизме присутствуют субъективные детские проекции:

· благодарность детей по отношению к родителям (за порождение на свет);

· уважение детьми родителей (признание авторитета отца, отец носитель социальных норм);

· возможности детей получить физическую защиту, моральную поддержку, совет в трудное время (сильный отец – защитник, покровитель, наставник);

· возможности детей получить тепло, ласку, возможность быть принятым, несмотря на все ошибки, обиды, заблуждения (со стороны любящей матери).

С другой стороны, в рамках этих отношений дети несут обязанность заботы о родителях в старости, болезни и т.п.

В этом плане можно констатировать составляющую отношения субъекта и страны, определяемой им в качестве Родины или Отечества – связь функциональную: получатель добра – должник, реализующий свой патриотический долг.

Так, во многих семьях сложились традиции празднования дня рождения ребенка, поступления его в школу, ведение семейной фотолетописи, организация домашнего театра и т.д. Традиции, передаваясь из поколения в поколение, адаптируются к условиям современной жизни, но назначение их остается неизменным: они призваны служить упрочению семейно-родственных связей на основе проявления таких личностных качеств, как любовь, сострадание, доброта, понимание и др.

Традиции отличаются большим динамизмом, реагируя на требования современной жизни. Воспитательные возможности традиций очень высоки, поскольку они формируют сложные привычки, способствуют становлению определенной направленности поведения ребенка, в рамках которой он волен выбирать способы совершения конкретного поступка.

Одними из основных методов воспитания в семье являются пример, организация жизни ребенка, помощь ребенку. Совместные занятия и деятельность детей с родителями: чтение, работа по дому и вне его, игры, спорт, музеи, театр – все это служит патриотическому воспитанию.

Так, одной из форм семейного досуга могут быть музейные экскурсии. Музей – учреждение, занимающееся собиранием, хранением и выставкой для обозрения памятников искусства, предметов техники, научных коллекций, предметов, представляющих исторический интерес и т.п. Знакомство с музейными экспонатами позволяет ребенку окунуться в события прошлых лет, познакомиться с жизнью замечательных людей своего города, края и страны, узнать о достижениях в разных областях искусства, науки и техники.

Поисково-исследовательская деятельность, многие направления которой предполагают непосредственное участие родителей, также обладает большими возможностями в патриотическом воспитании детей. Так, учащиеся на базе музея или проектной деятельности могут выполнить исследовательскую работу на одну из предложенных тем: «Судьба семьи – в судьбе страны», «Герои-земляки», «Истории свидетели живые», «Мой героический дед», «Третье поколение после войны» и т.д.

Таким образом, семье принадлежит одна из ведущих ролей в патриотическом воспитании детей, поскольку родители закладывают базовый уровень патриотического воспитания своего ребёнка – такова реальность человеческого бытия.

Мишина А.Е. г. Ставрополь, ФГБОУ ВПО СевКавГТУ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Кондратьева М. В.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПСИХОЛОГОВ И ПЕДАГОГОВ, РАБОТАЮЩИХ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Термин «эмоциональное выгорание» введен американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергером в 1974 году для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Первоначально этот термин определялся как состояние изнеможения, истощения с ощущением собственной бесполезности. Подверженными «эмоциональному выгоранию» при-

знавались сотрудники медицинских учреждений и различных благотворительных организаций.

В 1982 г. Р. Шваб расширяет группу профессионального риска, куда входят теперь учителя, педагоги, полицейские, юристы, тюремный персонал, политики, менеджеры всех уровней [4]. Как пишет одна из ведущих специалистов по исследованию «эмоционального выгорания» К. Маслач, деятельность этих профессионалов весьма различна, но всех их объединяет близкий контакт с людьми, который, с эмоциональной точки зрения, часто трудно поддерживать продолжительное время [5].

Среди профессий, в которых СЭВ (синдром эмоционального выгорания) встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, педагогов-психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов. Почти 80% врачей психиатров, психотерапевтов имеют различной степени выраженности признаки синдрома выгорания; 7,8% – резко выраженный синдром, ведущий к психосоматическим и психовегетативным нарушениям. По другим данным, среди психологов-консультантов и психотерапевтов признаки СЭВ различной степени выраженности выявляются в 73% случаев; Те или иные симптомы выгорания имеют 85% социальных работников. Сложившийся синдром отмечается у 19% респондентов, в фазе формирования – у 66% [6].

Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает в себя три основные составляющие, выделенные К. Маслач: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [5].

Под эмоциональным истощением понимается чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой. В.В.Бойко выделяет ряд внешних и внутренних факторов предпосылок, которые провоцируют эмоциональное выгорание [2].

В связи с особенностями работы, профессионалам социальной сферы деятельности, в частности педагогам и психологам, приходится сталкиваться со следующими факторами, приводящими к СЭВ:

1. Хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность, которая связана с интенсивным общением, точнее, с целенаправленным восприятием партнеров и воздействием на них. Педагогам и психологам приходиться постоянно подкреплять эмоциями разные аспекты общения: активно ставить и решать проблемы, внимательно воспринимать, усиленно запоминать и быстро интерпретировать визуальную, звуковую и письменную информацию, быстро взвешивать альтернативы и принимать решения.

2. Повышенная ответственность за исполняемые функции и операции. Представители массовых профессий обычно работают в режиме внешнего и внут-

реннего контроля. Процессуальное содержание их деятельности заключается в том, что постоянно надо входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность. Постоянно приходится принимать на себя энергетические разряды партнеров. На всех, кто работает с людьми и честно относится к своим обязанностям, лежит нравственная и юридическая ответственность за благополучие вверенных клиентов.

3. Психологически трудный контингент, с которым имеет дело профессионал в сфере общения. У педагогов и психологов-педагогов это дети с аномалиями характера, нервной системы, с задержками психического развития, с ограниченными возможностями. В процессе профессиональной деятельности почти ежедневно попадается клиент или пациент или ситуация, которые могут вывести из себя или «довести до белого каления». Невольно специалист начинает упреждать подобные случаи и прибегать к экономии эмоциональных ресурсов, убеждая себя при помощи формулы: «не следует обращать внимание». В зависимости от статистики своих наблюдений, он добавляет, кого именно надо эмоционально игнорировать. Механизм психологической защиты найден, но эмоциональная отстраненность может быть использована неуместно, и тогда профессионал не включается в нужды и требования вполне нормального партнера по деловому общению. На этой почве возникают недоразумение и конфликт, таким образом, эмоциональное выгорание проявляется своей дисфункциональной стороной.

4. Склонность к эмоциональной ригидности. Эмоциональное выгорание как средство психологической защиты возникает быстрее у тех, кто менее реактивен и восприимчив, более эмоционально сдержан. Например, формирование симптомов «выгорания» будет проходить медленнее у людей импульсивных, обладающих подвижными нервными процессами. Повышенная впечатлительность и чувствительность могут полностью блокировать рассматриваемый механизм психологической защиты и не позволят ему развиваться.

5. Интенсивная интериоризация (восприятие и переживание) обстоятельств профессиональной деятельности. Данное психологическое явление, как указывает Т. И. Ронгинская, возникает у людей с повышенной ответственностью за порученное дело, исполняемую роль. Судьба, здоровье, благополучие субъекта деятельности вызывает интенсивное соучастие и сопереживание, мучительные раздумья и бессонницу. Постепенно эмоционально-энергетические ресурсы истощаются, и возникает необходимость восстанавливать их или беречь, прибегая к тем или иным приемам психологической защиты [6].

Симптомы эмоционального выгорания условно разделяют на физические, поведенческие и психологические.

К физическим относятся: усталость, чувство истощения, восприимчивость к изменениям показателей внешней среды, частые головные боли и расстройства желудочно-кишечного тракта, избыток или недостаток веса, отдышка, бессонница.

К поведенческим и психологическим относятся следующие:

- работа становится все тяжелее, а способность выполнять ее все меньше;
- профессионал рано приходит на работу и остается надолго;
- чувство неосознанного беспокойства, чувство скуки, снижение уровня энтузиазма и т. д.;
- человек обращает внимание на детали;
- «застревание» на одном виде деятельности;
- трудности в адаптации к новой ситуации и многое другое.

«Выгорание» очень инфекционно и может быстро распространяться среди сотрудников. Те, кто подвержен выгоранию, становятся циниками, негативистами и пессимистами; взаимодействуя на работе с другими людьми, которые находятся под воздействием такого же стресса, они могут быстро превратить целую группу в «собрание выгорающих».

Надо отметить, что эмоциональное выгорание – процесс довольно коварный, поскольку человек, подверженный этому синдрому часто мало осознает его симптомы. Многие психологи считают, что «сгорание» не является неизбежным. Скорее должны быть предприняты профилактические шаги, которые могут предотвратить, ослабить или исключить его возникновение [1].

На сегодняшний день используются разнообразные подходы в разрешении обозначенных выше трудностей. Эти подходы могут быть использованы и в психолого-педагогической деятельности:

1. Наиболее распространенным средством является непрерывное психолого-педагогическое образование педагогов и психологов, повышение их квалификации. Это связано с тем, что знания, полученные в период обучения в ВУЗе, быстро устаревают.

2. Со стороны администрации нужна система поощрений, должны использоваться методы психологической разгрузки, релаксация прямо на работе, акцент должен быть сделан на том, каким образом руководители могут структурировать работу и организовать рабочие места, чтобы дело стало более значимым для исполнителей.

3. Важным аспектом в профессиональной деятельности педагога, психолога является социально-эмоциональная саморегуляция.

4. Регулярное выполнение психотехнических упражнений поможет правильно ориентироваться в собственных психических состояниях, адекватно оценивать их и эффективно управлять собой для сохранения и укрепления собственного психического здоровья и, как следствие, достижения успеха в профессиональной деятельности при сравнительно небольших затратах нервно-психической энергии.

Литература

1. Ахмерова С.Г., Горбушина С.Н., Горбунова В.Ю., Валиахметов Ф.Ф. Психофизическое благополучие и методы коррекции стрессовых состояний. – Уфа, 1999.

2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб, 2005.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб, 2005.
4. Орёл В.Е. Синдром психического выгорания личности. – М., 2005.
5. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются. Статья 1978. Интернет издательство Флинта", 2001 г.
1. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях// Психологический журнал, 2002, Т. 23, № 3.

Оленникова М.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ЗНАЧЕНИЕ ТРУДОВОГО ВОСПИТАНИЯ В КОРРЕКЦИОННО-ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ С УМСТВЕННО ОТСТАЛЫМИ ДЕТЬМИ

Подготовка к труду, являясь одним из важнейших аспектов социальной адаптации и комплексной реабилитации детей с интеллектуальным недоразвитием, направлена на достижение ощущения социального комфорта и равноправия в обществе; она обеспечивает наиболее полную интеграцию лиц с недоразвитием интеллекта в общество, способствует улучшению их морально–психологического состояния и предоставляет им возможность наряду со всеми членами общества жить полноценной активной жизнью [4].

В работах Л.П. Носковой, О.П. Гаврилушкиной, Н.Д. Соколовой, А.А. Катаевой, Е.А. Стребелевой и других авторов, исследовавших вопросы трудового воспитания детей с недоразвитием интеллекта, отмечается, что педагогически правильно организованное трудовое обучение и воспитание является эффективным средством коррекции недостатков развития умственной деятельности старших дошкольников.

Труд развивает умственные способности ребенка: его сообразительность, творческую смекалку. Исключительно велико значение труда в нравственном воспитании детей. Многие педагоги связывали трудовую деятельность с развитием сознания дошкольников. В этой связи К.Д. Ушинский подчеркивал: «Самое воспитание, если оно желает счастья человеку, должно воспитывать его не для счастья, а приготовлять к труду жизни» [1, с. 56].

Существенная функция труда состоит в формировании у детей коллективизма и взаимной требовательности. А.С. Макаренко утверждал: «Только участие в коллективном труде позволяет человеку выработать правильное, нравственное отношение к другим людям – родственную любовь и дружбу по отношению ко всякому трудящемуся, возмущение и осуждение по отношению к лентяю, к человеку, уклоняющемуся от труда» [4, с.18].

Стоящая перед массовыми дошкольными учреждениями задача трудового воспитания детей не менее важна и для специальных дошкольных учреждений. Однако наряду с общими задачами специальные детские сады имеют еще свои специфические задачи, обусловленные особенностями психического развития умственно отсталых дошкольников. Своеобразие их психики и деятельности вызывает необходимость в специальной организации трудового воспитания и применении особых педагогических приемов. Весь процесс трудового воспитания органически связан с коррекционной работой, направленной на преодоление недостатков психического развития детей.

Особенности познавательной деятельности умственно отсталых старших дошкольников накладывают отпечаток на их трудовые действия. В то же время труд влияет на развитие познавательных способностей детей. Обучая умственно отсталого дошкольника определенному виду труда, воспитывая у него правильное отношение к труду, мы в то же время специальными приемами и методами преодолеваем трудности и недостатки его психического развития [5].

На занятиях по труду воспитатель специального ДОУ сталкивается с большими трудностями, обусловленными недоразвитием у детей логического мышления, умения устанавливать причинно-следственные связи и отношения. Вместе с тем следует отметить, что при правильной организации воспитательного процесса можно преодолеть эти трудности и сформировать умение устанавливать необходимые связи и отношения в процессе выполнения трудового задания. Как показали исследования В.Н. Синева, дошкольники плохо понимают причинно-следственные связи. Способности к элементарным формам логического мышления находятся у таких детей в зоне ближайшего развития и проявляются при оказании им необходимой помощи.

Передовой опыт специальных дошкольных образовательных учреждений показывает, что приемами трудового воспитания и коррекции можно значительно продвинуть умственно отсталых детей в общем развитии и, в частности, сформировать у них элементарные способы логического мышления. Экспериментально это было подтверждено Е.С. Бейном [2]. Им было установлено, что при создании определенных условий в процессе трудового воспитания старшие дошкольники действовали продуманно и логически обоснованно.

По мере овладения определенными трудовыми приемами старшие дошкольники учатся действовать целенаправленно и руководствоваться общественными мотивами деятельности. Все это, разумеется, способствует развитию познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы детей. Коррекционная работа, если она правильно организована, содействует также их физическому развитию, развитию моторики и связанных с нею двигательных навыков.

Под влиянием трудового воспитания старшие дошкольники овладевают умением применять усвоенные знания на практике. Подлинное усвоение предполагает умение применять знания на практике. Разумеется, овладение

этим умением происходит под руководством и направляющим воздействием воспитателя и способствует преодолению характерного для умственно отсталых детей формализма в усвоении знаний [3].

Необходимое условие успешного обучения старших дошкольников труду – систематическое изучение их индивидуальных особенностей.

Трудовая деятельность открывает большие возможности для выявления особенностей детей и для формирования у них положительных качеств личности. Изучение старших дошкольников с нарушениями интеллекта в процессе трудового обучения призвано помочь воспитателю совершенствовать педагогический процесс и коррекционно-воспитательную работу, направленную на преодоление недостатков психического развития каждого из детей. Одна из важных задач – развитие мотивационной сферы умственно отсталых старших дошкольников [2].

Общее недоразвитие психики умственно отсталых дошкольников, выражающееся в нарушении познавательной деятельности, ее структуры и мотивации, сказывается отрицательно на отношении к трудовой деятельности, в процессе которой они своеобразно не только воспринимают, запоминают, мыслят, воображают и т.д., но и относятся к выполняемым трудовым заданиям. Для того чтобы подготовить старших дошкольников с нарушениями интеллекта к трудовой деятельности, необходима систематическая и напряженная работа воспитателя по формированию правильного отношения к труду [3].

Неправильное отношение старших дошкольников с нарушениями интеллекта к трудовым заданиям определяется в ряде случаев недостаточным развитием мыслительных процессов. Не будучи в состоянии установить необходимые связи и отношения и наметить обоснованный план действия, умственно отсталый ребенок начинает действовать неадекватно: не стремится получить реальные и значимые результаты, а формально выполняет отдельные операции, имеющие какое-либо отношение к предложенному заданию. Во избежание этого в процессе обучения умственно отсталых дошкольников труду необходимо следить за тем, чтобы задания были достаточно конкретны, понятны и посильны для них [5].

Таким образом, подготовка к труду, являясь одним из важнейших аспектов социальной адаптации и комплексной реабилитации детей с интеллектуальным недоразвитием, направлена на достижение ощущения социального комфорта и равноправия в обществе; она обеспечивает наиболее полную интеграцию старших дошкольников с нарушениями интеллекта в общество, способствует в будущем улучшению их морально–психологического состояния и предоставляет возможность, наряду со всеми членами общества, жить полноценной активной жизнью.

В работах педагогов, исследовавших вопросы трудового воспитания детей с недоразвитием интеллекта, отмечается, что педагогически правильно организованное трудовое воспитание является эффективным средством кор-

рекции недостатков развития умственной деятельности старших дошкольников с нарушениями интеллекта.

Литература

1. Маркова Т.А. Воспитание трудолюбия у дошкольников. – М.: Просвещение, 1991.
2. Мозговой В.М. Коррекционно – развивающая направленность обучения и воспитания детей с нарушениями интеллекта. Межвузовский сборник научных трудов. – М., 2007.
3. Маллер А. Р., Цикото Г. В. Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М.: Педагогика, 1988.
4. Нечаева В. Г., Буре Р.С. Воспитание дошкольника в труде. – М.: Просвещение, 1980.
5. Чуркина А.И. Трудовое обучение во вспомогательной школе. – М., 2008.
6. Шинкаренко В.А. Трудовое обучение и воспитание учащихся вспомогательной школы. – Минск, 2009.

Тюрденева И.Ю. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.психол.н., ст. преподаватель Моздор Н.В.

МЕТОДЫ ПСИХОГИГИЕНЫ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У ПЕДАГОГОВ КОРРЕКЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯ

Психогигиена – это отрасль психологии и гигиены, изучающая факторы и условия окружающей сил образ жизни, благотворно влияющие на психическое развитие психическое состояние человека, и разрабатывающая рекомендации по сохранению и укреплению психического здоровья.

Психическое здоровье предполагает состояние полного душевного равновесия, умение владеть собой, способность быстро приспосабливаться к сложным ситуациям и их преодолевать, в короткое время восстанавливать душевное равновесие.

Предупреждение болезненных психических реакций педагога коррекционного образовательного учреждения в процессе профессионального общения – серьезная задача психогигиены [1].

Важное значение имеют такие психоаналитические качества, как самоконтроль, самооценка, а также стрессоустойчивые качества, физическая тренированность, самовнушаемость, умение переключаться и управлять своими эмоциями.

Чрезвычайно важным для педагогов, работающих с детьми, имеющими те или иные нарушения в развитии, является навык самообладания, который рас-

сматривается в психологии как показатель социальной и эмоциональной зрелости личности. Следует подчеркнуть, что самообладание – это не столько качество личности, сколько процесс управления своим поведением в экстремальной ситуации. В связи с тем, что педагогу коррекционного образовательного учреждения часто приходится бывать именно в таких ситуациях, ему необходимо специально развивать в себе способности и навыки самообладания.

Профессиональная помощь при «эмоциональном сгорании», мнению К. Кондо, может осуществляться с помощью двух видов терапии: работе с лицами, подверженными «сгоранию», и смягчение действия организационного фактора.

Важнейшим принципом предотвращения синдрома «сгорания» является соблюдение требований психогигиены самим педагогом.

Профессиональный и личностный сценарии педагога тесно взаимосвязаны. Карьера – это сознательно выбранный и реализуемый педагогом путь профессионального продвижения к намеченному статусу, что обеспечивает профессиональное и социальное самоутверждение в соответствии с уровнем его квалификации. На карьеру могут влиять и внешние факторы – социально профессиональная среда, тип профессиональной организации, случайность. Профессиональная среда может оказывать влияние на профессиональный рост и карьеру, а организация может способствовать типам карьеры. Педагогу коррекционного образовательного учреждения необходимо учитывать неоднозначное влияние среды на свою карьеру и вырабатывать собственные критерии своего роста и сверять собственную самооценку с мнениями и оценками своих коллег-профессионалов. [1].

Основные задачи психогигиены профессиональной деятельности – разработка и осуществление совокупности мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление психического здоровья профессионала [1].

Для кадров коррекционных образовательных учреждений, как и для персонала других сфер деятельности, важнейшими «требуемыми свойствами» являются здоровье (физическое и психическое), компетентность и профессионализм.

Требование здоровья обусловлено тем, что педагогическая работа была и остается одной из трудных в физическом и психологическом отношении. Здесь сталкиваются с самыми печальными сторонами человеческой жизни –инвалидностью, одиночеством, сиротством, немощностью, беззащитностью, болезнями и др.

Следует учесть, что большинство работников составляют женщины, обладающие более высокой степенью восприимчивости, сопереживания, эмоциональности по сравнению с мужчинами.

Поэтому на практике для поддержания и укрепления здоровья персонала используются (хотя явно не в достаточной мере) индивидуальные, групповые, коллективные системы. Например, психологические приемы самозащиты в ситуациях «негативного общения»; комнаты и методики релакса-

ции, психологической разгрузки; индивидуальная и групповая психотерапия; периодические медицинские осмотры и оказание врачебной помощи; занятия физкультурой и др [2].

Компетентность специалиста, умение быстро и эфективно решать проблемы – фактор профессионального самосохранения. Поэтому важно повышать свое мастерство и квалификацию посредством самообразования в ходе практической деятельности, заимствования опыта у коллег, различными формами краткосрочной учебы – курсы, семинары, разовые программы и др.

Главными направлениями, предотвращающими «выгорание» специалистов в педагогической работе являются:

– развития знаний, навыков и умений.
– улучшения условий труда и отдыха.
– развития содержания труда.
– развития средств труда.
– развития мотивации.
– изменения оплаты труда.
–социальная защиты.
–система психологической разгрузки, снятия напряжения после рабочего дня.
–система улучшения психологического климата в коллективе.

Как весьма значимую и очень болевую расценили опрошенные проблему психологической разгрузки, снятия напряжения. На них ежедневно буквально обрушивается негативная, «черная информация» и фактура – инвалидность, проявление эмоциональной неустойчивости детей с нарушениями в развитии и др. Поскольку большинство работающих в женщины, то они волей-неволей аккумулируют в себе все происшедшее за рабочий день и приносят психологическое напряжение в свою семью, которая в данном отношении выполняет роль «психоразрядника», «психоотстойника»[2].

В некоторых местах уже предприняты организационные и профессиональные усилия по решению этой весьма значимой проблемы, переводу ее в одну из систем развития персонала. Но это только начало. И поэтому она остается в числе весьма неблагополучных.

Психологический профессиональный отбор имеет большое психогигиеническое значение в работах связанных со сложными условиями . Но психотравмирующие факторы, которые могут привести к невротизации, имеются и в обычных широко распространённых профессиях, где отбор практически не проводится. Немногие люди испытывают желание лицом к лицу сталкиваться с несчастьем других.

В задачи психогигиены входит изучение и предотвращение воздействия психотравмирующих факторов, связанных с особенностями данной деятельности.

Существует также немало конкретных способов преградить путь «синдрому сгорания»[2].

– культивирование других интересов, наилучшее решение этой проблемы состоит в том, чтобы сочетать работу с учебой, исследованиями, написанием научных статей,

– внесение разнообразия в свою работу, создание новых проектов и их реализация без ожидания санкционирования со стороны официальных инстанций;

– поддержание своего здоровья, соблюдение режима сна и питания,

– удовлетворяющая социальная жизнь; наличие нескольких друзей (желательно других профессий), во взаимоотношениях с которыми существует баланс,

– чтение не только профессиональной, но и другой хорошей литературы, просто для своего удовольствия без ориентации на какую-то пользу;

– участие в семинарах, конференциях, где предоставляется возможность встретиться с новыми людьми и обменяться опытом;

– периодическая совместная работа с коллегами, значительно отличающимися профессионально и личностно;

– участие в работе профессиональной группы, дающее возможность обсудить возникшие личные проблемы;

– хобби, доставляющее удовольствие.

Литература

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других.– М.:Наука,1996.–154с.

2. Демина А.Д., Кайгородова Н.З., Супрун А.П. Психологическая адаптация к умственному труду в условиях нервно-эмоционального напряжения.– Барнаул,1993.–236с.

РАЗДЕЛ III

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ЛИТЕРАТУРЕ И ИСКУССТВЕ

Батенёва М.С., Долганова А.Е., Нечаева В.В. г. Омск, ГОУ ВПО ОмГТУ

Научный руководитель: к. ист. н. Замиралова Т.А.

ФОРМИРОВАНИЕ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ ТОЛЕРАНТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЛЮДЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ СРЕДСТВАМИ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Проблема людей с ограниченными возможностями в современном мире является одной из актуальнейших. Специалисты из различных областей профессионального образования ведут активную деятельность в этом направлении и, поскольку, в современной гуманитарной науке в области работы с людьми с ограниченными возможностями существует лишь теоретическая база, которая дает довольно неглубокие представления о работе с данной категорией граждан, то актуальным будет введение в программу подготовки специалистов художественных произведений, освещающих данную тематику.

В современной литературе в основном не акцентировалось особое внимание на проблеме людей с ограниченными возможностями, и лишь относительно недавно, с начала девяностых годов двадцатого века, в художественной литературе стали появляться произведения, посвященные данной проблематике. Вспомните массу классических произведений зарубежных и русских писателей, к примеру, «Собор Парижской Богоматери» Виктора Гюго, «Гаргантюа и Пантагрюэль» Франсуа Рабле, «Идиота» Достоевского. Несмотря на то, что они были написаны гораздо раньше произведений двадцатого века, но уже в них четко виден интерес к проблеме людей с ограниченными возможностями.

В хронологии российской истории первые упоминания о людях с ограниченными возможностями появились еще в Древней Руси. Дело в том, что трактовка современного термина в разные исторические эпохи были отличные. Если в современном обществе человеком с ограниченными возможностями признается лицо, у которого возможности его жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений [6], не указывая на какое-либо конкретное заболе-

вание, то со времен Древней Руси и вплоть до девятнадцатого века, лицу с ограниченными возможностями присваивался статус в соответствии с его отклонением (указывая на отклонение напрямую): в умственном развитии – юродивый, в физическом – калека, нарушения слуха – глухой и т.д.

Интересно то, что в дореволюционной России человека с ограниченными возможностями называли инвалидом. Этот термин является аналогом современного термина «ветеран», однако, ветераном в то время признавались военнослужащие, неспособные больше служить по состоянию здоровья [3].

В советское время говорить об инвалидах было не принято. Идеология советского государства, избравшего путь построения коммунизма, предполагала, что в обществе, стремящемуся к «светлому будущему» нет места немощным и больным, коими признавались инвалиды. Историческим фактом, доказывающим третирование и курс на «очищение общества» является тот факт, что в конце 40-х на остров Валаам из Ленинграда вывезли всех самых тяжелых инвалидов войны. Информация об этом пристанище была закрытой, а о проблемах громадного количества оставшихся в городе предпочитали молчать [7].

Более того, в Конституции РСФСР 1937 года ни слова не фиксировалось о правах и вообще в принципе о гражданах с ограниченными возможностями. Исходя из этого, справедливо заметить, что на проблему инвалидности в советское время партаппарат закрывал глаза и всеми возможными силами пытался искоренить этот феномен в идеальном, на первый взгляд, государстве.

И только с 80 –х годов двадцатого века появляются первые документы нормативно – правового характера, напрямую связанные с инвалидами: Постановление Совета Министров СССР от 23.02.81 № 209

«Об утверждении Положения о льготах для инвалидов Отечественной войны и семей погибших военнослужащих», закон от 1 декабря 1990 г. N 1826-I«Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР». Этот закон дал старт социальной политике государства, связанной с приравнением лиц с ограниченными возможностями к полноправным гражданам СССР.

Несмотря на то, что в советское время существовала проблема непризнания инвалидов в обществе, их «невключенности» в социальные процессы, литература советского периода все же имеет в себе произведения, напрямую связанные с людьми с ограниченными возможностями.

К ним относятся прежде всего произведения, такие как «Повесть о настоящем человеке» Б. Полевого, «Самолет по имени Сережка» В. Крапивина и даже всем известное и популярное детское произведение «Цветик – семицветик» В. Катаева. Главные герои этих произведений – люди, имеющие те или иные физические недостатки, либо лица, которые сталкиваются с такими людьми и всеми силами пытаются им хоть как-то помочь.

“Повесть о настоящем человеке” стала любимой у советской молодежи, не только потому, что ее знают во всех странах мира, а у нас она издавалась

более ста раз. Она имеет первостепенное значение еще и потому, что

многим людям помогала в трудную минуту, учила мужеству. Эта книга была написана в 1946 году. В ней рассказывается о советском лётчике-асе- Мересьеве, который был сбит в бою Великой Отечественной войны, тяжело ранен, потерял обе ноги, но силой воли возвратился в ряды действующих летчиков [9].

Несмотря на жесткую цензуру советской литературы, произведение все же было опубликовано.представители государства, посчитав, что это произведение, проникнутое духом патриотизма, поможет советскому народу «воспрянуть духом»,одобрили его и выпустили в печать.

Аналогичная история была и с произведением В. Катаева. «Цветик – семицветик» был написан в 1948 году, как ни странно, для последующей его экранизации. По сюжету девочке Жене достаётся волшебный цветок. Семь его лепестков это семь желаний, которые она может исполнить. Девочка не сразу понимает, что она получила в свои руки и первые шесть её шесть желаний пустые и бессмысленные. Из всех чудес, которые свершились в сказке о цветике-семицветике, самую большую радость его обладательнице принесло исцеление хромого мальчика Вити [5]. Произведения стало одним из первых в советской детской литературе, которое обратилось к проблеме инвалидности. Сказка, вышедшая на экраны в виде анимации в 1968 году перевернула представление общества о данной проблеме. Повсеместная стереотипизация советского гражданина развеялась под впечатлением от произведения, стало формироваться иное отношение к людям с ограниченными возможностями, как в обществе, так и в социальной политике.

Социальное экспресс – исследование, проведенное Всероссийским центром изучения общественного мнения показало, что книги до сих пор остаются читаемыми, не важно в каком виде: бумажные ли, электронные или же аудиокниги. Из 100 % взятых за все население страны лишь 30 % практически не читают книг. Но «практически» не значит «вовсе», а по сему, можно утверждать о том, что книга в современном сохраняет свой практический смысл – создание мировоззрения и отношения к чему-либо, формирование и развитие духовной культуры человека [2].

Среди блока тематической художественной литературы хотелось бы выделить произведение молодого автора Мариам Петросян «Дом, в котором». Эта книга кардинально отличается от всех перечисленных выше. Хотелось бы акцентировать внимание на ту своеобразную социализацию, которую проходят обитатели дома-интерната.

Главные герои – дети-инвалиды, живущие особенной, ни на что не похожей жизнью, которая, тем не менее, совершенно не помогает им адаптироваться потом к обычной жизни и абсолютно не прививает жизненных и социальных навыков [4]. Это формирует у героев особенное отношение к жизни вне дома, которую они именуют «наружностью», к которой они относятся со страхом и трепетом, которой они боятся.

Персонажи живут в своем личном мире, с раннего детства привыкая к самостоятельности и жизни в своей небольшой общине.

В социализации обитателей Дома, безусловно, участвуют и преподаватели и воспитатели. Это сильные личности, тонкие психологи, имеющие внутренний стержень и знающие подход к каждому подростку, их любят и уважают. Но таких совсем немного.

Неотъемлимой частью социализации, безусловно, выступают и книги и музыка, которые обитатели Дома любят и уважают, причем вкусы у них весьма необычные: от Льюиса Кэррола до индийских сказок [8].

Художественная литература о людях с ограниченными возможностями, зачастую пишется людьми, которые так или иначе связаны с данной проблемой, и центре произведения обычно стоит не столько жизнеописание человека столкнувшегося с физическими и, более того, моральные страданиями в связи с заболеванием или травмой, сколько об отношении к людям с ограниченными возможностями, какое, порой бывает, поистине пугающим и ужасающим. Эти произведения важны только для инвалидов, но и для здоровых людей, чтобы они понимали, как надо ценить жизнь, как относиться к тем, кого постигло несчастье, как важно не терять присутствия духа даже в самых сложных обстоятельствах, в которые может попасть любой человек – самый здоровый, самый сильный, самый красивый. Способность к состраданию – одно из лучших человеческих качеств.

Ещё одним из важных, хотелось бы отметить проект современного автора, журналиста по роду деятельности, а так же общественного деятеля Ирины Ясиной. Новая, не так давно вышедшая в свет, книга, название которой говорит уже само за себя – «Человек с человеческими возможностями» – является отголоском, неким выражение внутренней и физической боли [10]. У данного автора есть уже серия книг, посвященная так называемым «ограниченным» проблемам общества. Употребление здесь этого слова обдуманно, т.к. большая часть нашего общества, а именно «не ограниченная» не понимает насколько имеет дорогое и ценное – здоровье и полноту действий. Именно Ирина Ясина в своей книге для детей, которая имеет большую направленность на взрослого читателя, повествует о том, что «жить можно полной жизнью и тогда, когда кажется, что жить невозможно», опровергая факт «ограниченности».

Эти произведения будут интересны и полезны специалистам по социальной работе психологам, социальным педагогам, медицинским работникам. К примеру, специалисты по социальной работе извлекут для себя информацию как теоретическую базу практической деятельности в вопросах социальной медицины в работе с людьми с ограниченными возможностями, как базу для реализации социальных технологий, в то же время как часть истории социальной работы определенного исторического периода нашей страны. Сами произведения интересны не столько с точки зрения интегра-

ции и адаптации людей с ограниченными возможностями, порой воспроизводимые самостоятельно, сколько с точки зрения их социализации. Включенность в общественные процессы – однобокая характеристика данной проблемы, ведь адаптивность в обществе, как часть этой самой включенности, сама по себе, как приспособление может и не дать развития личности, а соответственно лишить самореализации как таковой, не даст человеку того чувства «нуждаемости мира» в нем. То есть, социализация людей с ограниченными возможностями в современном обществе – точка опоры, базис специалиста по социальной работе, который должен как можно раньше и эффективнее помочь преодолеть «общественные» барьеры, с которыми сталкивается человек с ограниченными возможностями.

Отсюда следует, что будущий специалист по социальной работе, как коммуникатор, как посредник в социализации, должен обладать профессиональной подготовкой для воспроизведения эффективного включения. Художественная литература позволяет разносторонне рассмотреть проблемы людей с ограниченными возможностями, как в плане восстановления здоровья, так и в плане интеграции в общество, а так же сформировать мировоззрение и отношение в первую очередь у специалистов, практикующих в данной области. Произведения художественной литературы в этом смысле можно считать одной из социальных технологий, учитывая то, что именно она позволяет, как минимум, отследить эффективность существующих методик работы с людьми с ограниченными возможностями и, как максимум, применить образец наиболее эффективной на практике.

И это далеко не полный перечень произведений, которые, так или иначе, затрагивают тему интеграции, социализации инвалидов, а ныне – людей с ограниченными возможностями, в общество. Благодаря литературным произведениям социумом переосмысливает свое отношение и понимание к проблеме людей с ограниченными возможностями. Так как через книгу мы впервые учились сопереживать, осмысливать мир, книга и будет лучшим помощником для понимания, выработки чувства толерантности в сложных социальных реалиях. На форумах, посвященных проблемам людей с ограниченными возможностями подобные произведения имеют отзывы положительного характера, однако сам термин «люди с ограниченными возможностями» вызывает у них неоднозначные эмоции. Аргументом в этом выступает один из комментариев: «…Я не встречал еще человека, возможности которого не были бы ограничены…» Одно нужно осознать четко и раз и навсегда: человек, с какими бы то ни было физическими (в частности) или иными ограничениями, в первую очередь – человек, и воспринимать его необходимо на равных, без какого либо отторжения, и запомнить на будущее – никто не застрахован от этого [1].

Исходя из анализа произведений, посвященных людям с ограниченными возможностями, из учета статистического исследования, анализа коммен-

тариев, размещенных на форумах, посвященных проблемам людей с ограниченными возможностями, профильным специалистам, обладающим информацией теоретического характера, в качестве рекомендации по роду своей деятельности в работе с людьми с ограниченными возможностями предлагается прочтение тематической художественной литературы в качестве пособия, характеризующего проблему, описывающего методики работы.

Литература

1. Бирман И. Блог, посвященный проблемам людей с ограниченными возможностями,19 октября 2007 [Электронный ресурс]// URL: http://ilyabirman.ru/meanwhile/2007/10/19/1/ (дата обращения: 22.10.2011)
2. Блог научно – методического отдела Харьковского Государственной научной библиотеки им. В.Г. Короленко [Электронный ресурс]// URL: http://metodist-biblioteki.blogspot.com/2011/07/30.html/ (дата обращения: 22.10.2011)
3. Википедия – свободная энциклопедия [Электронный ресурс]//Инвалид [сайт]URL:http://ru.wikipedia.org/wiki/ (дата обращения: 21.10.2011)
4. Караев Н. Дом, который будет всегда / периодическое издание “День за Днем”, 03 августа 2010 [Электронный ресурс]// URL: http://www.dzd.ee/ (дата обращения: 22.10.2011)
5. Катаев В., Цветик – семицветик /- М.: Изд-во Оникс, 2011. 48 с.
6. Ограниченные возможности – Закон и право [Электронный ресурс]// Сайт инвалидов республики Марий Эл «Мы вместе» [сайт] – URL: http://inva.ucoz.ru/publ/ogranichennye_vozmozhnosti/1-1-0-51/ (дата обращения: 21.10.2011)
7. Официальный сайт «5 канал» Петербуржский час. Инвалиды в СССР [Электронный ресурс]// URL: http://www.spbtv.ru/retro.html?program=539/ (дата обращения: 23.10.2011)
8. Петросян М., Дом, в котором/ – М. Петросян// – М.: Изд-во Гаятри, 2009. 960 с.
9. Полевой Б., Повесть о настоящем человеке/- М.: Изд-во Детская литература, 2010. 379 с.
10. Ясина И.,. Человек с человеческими возможностями/ – М.: Изд-во Эксмо, 2010. 88 с.

Гринь А.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Морозова А.В.

ТЕМА СТРЕМЛЕНИЯ К СЧАСТЬЮ И СВЕТУ В ПОВЕСТИ В.Г. КОРОЛЕНКО «СЛЕПОЙ МУЗЫКАНТ»

Среди русских писателей, выступивших в последнюю четверть XIX столетия, почетное место принадлежит В.Г. Короленко. Его повести, рассказы и очерки реалистически изображают жизнь народа в период быстрого роста капитализма на рубеже двух веков и раскрывают многие стороны дей-

ствительности, которые до того не подмечались в литературе. Высоко оценивая общественное и художественное значение творчества Короленко, А. М. Горький писал: « Мне лично этот большой и красивый писатель сказал о русском народе многое, что до него никто не умел сказать» [1,с.245].

Творчество В. Г. Короленко замечательно разносторонним богатством. Одно из значительных произведений Короленко повесть «Слепой музыкант» также заключает идею о стремлении к счастью и свету. Очень трудно, казалось бы, поднять вопрос о вине и ответственности, о гневе и примирении применительно к несчастью слепорожденного, но такой угол зрения был у Короленко в «Слепом музыканте». Самим заглавием – «Слепой музыкант» – Короленко определил одну из важных тем своего произведения. Действительно, главный его герой – слепой, то есть человек, обделенный природой, лишенный способности видеть. Но при этом он – музыкант, а значит, от природы он наделен тонким и острым слухом, музыкальным талантом. Таким образом, он одновременно и «унижен», и «возвышен» природой. Автор не случайно именно так определил жанр своего повествования. Прямой смысл французского слова “этюд” – это изучение, исследование. Слово это имеет и побочные значения (например, зарисовка с натуры), но так или иначе все они связаны с основным. Эта повесть привлекала внимание многочисленных исследователей. Литературоведы рассматривали проблематику, композицию, систему персонажей повести. Однако, на наш взгляд, этюд «Слепой музыкант» требует дополнительного, более глубокого анализа, связи жизни героя с жизнями современных людей, которых настигло несчастье, но которые не потеряли любовь к жизни и веру в светлое будущее.

«Основной психологический мотив этюда, – писал Короленко, – составляет инстинктивное, органическое влечение к свету. Отсюда душевный кризис моего героя и его разрешение» [4]. Поясняя идею повести (или этюда, как он именовал ее), писатель в другом месте сделал признание, что в этом произведении отразилось романтическое настроение его поколения в юности, и в этом своеобразный и живой колорит. В повести раскрыта душевная драма слепого, который через высокое и одухотворенное искусство понял и «увидел» мир. Под стремлением слепого музыканта «к свету» нетрудно было разглядеть глубоко социальное стремление угнетенных достичь таких общественных порядков, при которых было бы соблюдено их естественное право на счастье. Счастье героя повести как отдельной личности стало возможным только в результате сближения с народом, в готовности и способности служить ему своим талантом. «Да, мы тоскуем часто по невозможному, и были целые полосы жизни, когда эта тоска (например, по голубому цветку Новалиса) налагала печать на целые поколения. Теперь, когда я могу перечитывать «Слепого музыканта», уже как читатель, я вижу, что в нем отразилось романтическое настроение моего поколения в юности и в этом его своеобразный и живой колорит»,– писал Короленко А. Г. Горнфельду в

1917 году. Романтический символ голубого цветка заменялся у Короленко символикой света, устойчивой в его творчестве 80-х в 90-х годов [2]. К солнцу и свету тянулся и слепой музыкант в своей романтической тоске по «недостижимому» и «неизведанному». Неизменный интерес к проявлениям героического, яркая незаурядность многих его персонажей, не боязнь прибегнуть к условной, порой аллегорической форме заставляли многих читателей видеть в нем писателя-романтика. Он – реалист, которого неизменно привлекают проявления романтики в жизни. Реалист, размышляющий о судьбах романтического, высокого в суровой, отнюдь не романтической действительности [3]. У Короленко немало героев, чей яркий духовный накал, самосжигающая беззаветность поднимают их над тупой, сонной действительностью, служат напоминанием о «высшей красоте человеческого духа».

Таким образом, можно говорить о том, что слияние социальных, психологических, биологических и романтических аспектов насыщает повесть В.Г. Короленко «Слепой музыкант», и все его творчество в целом, неповторимым идейно-художественным своеобразием. Данная повесть должна стать настольной книгой для каждого из людей, быть опорой и примером не угасающей любви к жизни! Ведь инвалидность – это не приговор, а всего лишь дополнительное препятствие на нашем пути! Главное всегда оставаться человеком и быть верным своим целям и убеждениям, ни смотря ни на что!

Литература

1. Балабанович Е. В.Г. Короленко. М., 1974.
2. Белинский В.Г. Собр. соч. в 9-ти т., М., 1988.
3. Беренштам В.В. В.Г. Короленко как общественный деятель и в домашнем кругу. М, 1922.
4. Богданович Т. А. В.Г. Короленко в последние годы жизни. М., 1922.

Денисова А.В., Емельяненко А.А. г. Омск, ГОУ ВПО ОмГТУ

Научный руководитель: к.ист.н. Станкова М.В.

ПРЕОДОЛЕНИЕ НЕГАТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К ЛЮДЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ СРЕДСТВАМИ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ПРОИЗВЕДЕНИЙ

В современном обществе является нормой отношение к людям с ограниченными возможностями как к полноценным членам социума, проблемы которых обусловлены недостатками самого общества. Однако такие взгляды являются результатом долгой борьбы людей с ограниченными возможностями за свои права и гуманизации современного общества в целом. На протяжении долгого времени в общественном сознании существовали предубеждения, согласно которым, человек с ограниченными возможностями воспринимался как «чудовище». Это преду-

беждение нашло свое отражение в таких произведениях искусства как «Собор Парижской Богоматери» В.Гюго.

В средневековье господствовало представление о физических недостатках как наказании за грехи или знаке овладения злыми духами душой человека. Это отношение часто приводило к тому, что людей с физическими недостатками избегали и боялись и расценивали инвалидов как «больных», причем наиболее подходящим для них образом жизни становились заточение, изоляция, а не участие в работе и нормальной жизни общества. Эти предрассудки отражены в историческом романе Виктора Гюго «Собор Парижской Богоматери», главный герой которого «уродливый звонарь» Квазимодо. Он уже в детстве отличался поразительным уродством и у всех вызывал лишь отвращение, – «…Четырехгранный нос, подковообразный рот, крохотный левый глаз, почти закрытый щетинистой рыжей бровью, в то время как правый совершенно исчезал под громадной бородавкой, громадная голова, огромный горб между лопаток, и другой, уравновешивающий его, – на груди» – это далеко не полный перечень признаков уродства Квазимодо. В те времена аномальная внешность считалось отметкой сатаны, поэтому его окрестили, изгнав таким образом «дьявола», и отправили в Париж, в собор Парижской богоматери. Люди не любили Квазимодо, жестоко оскорбляли и смеялись над ним, не желая увидеть за безобразной внешностью благороднейшую, самоотверженную душу. Лишенный общения он находит утешение в колоколах, они стали его страстью, заменив своим звучанием радость общения с близкими людьми. И именно они привели к новой беде: от постоянного колокольного звона Квазимодо оглох.

После появления в жизни Квазимодо Эсмеральды, когда она единственная из всей толпы пожалела его и дала воды, злобность и дикость сменяются на доброту и открытость. Он, привыкший с детства к жестоким унижениям и гонениям, неожиданно встречает сочувствие и понимание. Он начинает совершенно иначе смотреть на мир, у него появляется смысл существования, а также желание жить и оберегать то самое дорогое, что изменило его, Эсмеральду. Можно сказать, что он «расцветает» в духовном плане, даже начинает писать стихи, пытаясь с их помощью открыть Эсмеральде глаза.

Виктор Гюго воплощает в Квазимодо многогранность человеческого характера, а также обозначает проблему совместимости физического несовершенства и духовной красоты человека. Автор призывает: «Не гляди на лицо, девушка, а заглядывай в сердце. Сердце прекрасного юноши часто бывает уродливо, есть сердца, где любовь не живет». Гюго рисует процесс духовного совершенствования Квазимодо, благодаря которому в озлобленном на весь мир глухом «уроде» пробуждается доброе, человеческое начало.

Что касается современной эпохи, целая волна исследований, посвященных условиям возникновения заболеваний и их последствиям, функционированию мозга, возникла в период после первой мировой войны. Произош-

ли изменения и в социальной политике, заключающиеся, прежде всего в создании системы услуг.

Определенным шагом в признании прав и достоинства людей с ограниченными возможностями является общественная и литературная деятельности слепоглухонемой писательницы Элен Келлер.

Конечно же, зрячему и слышащему человеку почти невозможно представить, что значит быть слепым, глухим и немым одновременно. Тем более удивительной кажется история Элен Келлер (1880-1968) – женщины, сумевшей мужественно бороться со всеми этими тремя физическими недостатками. Она стала автором семи книг («История моей жизни», «Оптимизм», «Мир, в котором я живу» и т.д.), а также окончила Гарвардский университет в Кембридже со степенью бакалавра. Эта слепая и глухая девушка считалась одной из самых образованных женщин в мире; хороший математик, знаменитый лингвист, она основательно знала немецкий, английский и французский, по-латыни или по-гречески читала с наслаждением.

В детстве Элен имела капризный и своевольный характер. Из-за утраченных возможностей ее родители закрывали глаза на поведение дочери, воспринимая ее как неполноценного ребенка. Такое отношение к окружающему миру сложилось вследствие значительного ограничения возможностей девочки. Потеряв в столь раннем возрасте зрение и слух, она не могла удовлетворить свою потребность в познании, поэтому прогрессировало ее негативное отношение к окружающей действительности.

Одной из основных проблем, с которыми сталкивалась Элен – сложности в общении. Как уже упоминалось ранее, болезнь застала ее рано, когда та еще не успела научиться разговаривать и не знала, как называются те или иные явления. В своей книге «История моей жизни» Элен Келлер упоминала об этой проблеме, которую она сумела преодолеть с помощью ручной азбуки.. В этой книге она старалась рассказать весь свой путь с момента заболевания и последующее ее становление как полноценного члена общества с целью показать обществу, что люди с ограниченными возможностями не являются несчастными и убогими.

Элен кроме всего прочего была человеком религиозным, а также увлекалась философией. Ей принадлежит небольшое сочинение под название “Оптимизм”. Э.Келлер заявляет, что вся философия в целом “повторяет, в гигантских размерах, развитие слепоглухонемого”. Идеальный мир Платона особенно близок слепоглухонемому, поскольку все то, чего человек касается, что видит и слышит, “не есть сама действительность, это только несовершенное проявление идеи, духовного начала. Если так, то действительность доступна мне не менее, чем людям, обладающим всеми пятью чувствами”. Э.Келлер убеждена, что философия учит тому, что истинное знание постигается духом, что она возводит всех в ту область, в которой и она, слепая, ничем не отличается от зрячих.

Вклад Элен Келлер в изменении положения слепоглухонемых людей трудно переоценить. Многие из них, узнав о ее жизненном подвиге, сумели изменить свою судьбу. Благодаря своему уникальному подходу к жизни она доказала: инвалидом человека делает не коляска, а отношение окружающих, при желании человек может стать полноценным. Элен и история судьбы, изложенная в ее книгах, способствовала интеграции людей с ограниченными возможностями в общество, трудовую деятельность.

Ограничение возможностей накладывает свой отпечаток на характер таких людей. И, пожалуй, самой яркой чертой становится желание быть нужным и полезным. В подавляющем большинстве такие люди хотят и могут работать.

В Советской литературе жизнь людей с ограниченными возможностями использовалась как пример преодоления трудностей советским человеком, героизма советского народа. О необычайной биографии, характере, мужестве, силе духа рассказывает книга Бориса Полевого «Повесть о настоящем человеке». В основе драматической истории – реальные факты биографии летчика-истребителя Алексея Мересьева. Сбитый в бою над оккупированной территорией, он три недели пробирался по заснеженным лесам, пока не попал к партизанам. Потеряв обе ноги, герой впоследствии проявляет удивительную силу характера, вновь садится за штурвал самолета и пополняет счет воздушных побед над врагом. По книге снят фильм, пользовавшийся огромной популярностью впервые послевоенные годы, и сегодня поражающий силой эмоционального воздействия.

В современном обществе провозглашается социальная справедливость и равноправие в качестве нравственных основ общества, принципы уважения человеческого достоинства независимо от состояния физического и психического здоровья означают и соблюдение прав человека. Поэтому и люди с ограниченными возможностями изображаются как иногда более полноценные, чем обычные люди. Как пример, можно рассматривать слепого героя фильма «Запах женщины», которые не только не является ущербным, но и чувствует жизнь острее, чем окружающие его здоровые люди.

Полякова С.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Хилько О.В.

ВКЛАД ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В ЛИТЕРАТУРУ И ИСКУССТВО

«Он не имел ни рук ни ног, он сам не есть не пить не мог, он человека был кусок, таким его уж создал Бог.. Но у него была душа, большая как воздушный шар… он всей душой любил того, кто сотворил таки его… еще мечтал он рисовать, ведь мог он кисть во рту держать… и рисовать он стал того, кто сотворил таки его… Он не имел ни рук ни ног, он сам не есть не пить не мог, но приукрасил церковь он … взирал Господь с его икон» [2; с. 47].

Не бывает абсолютно здоровых людей, ведь, как известно, понятие здоровья включает в себя следующее определение: «Здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [4].

В условиях современного, мира, наполненного стрессами и различными катаклизмами, очень сложно найти полностью здорового человека. В рамках данной статьи, будут рассмотрены некоторые психологические особенности людей, относящихся к категории людей с ограниченными возможностями, и отражение их в искусстве. Прежде чем рассматривать данную категорию людей, необходимо дать определение понятию «инвалидность».

Инвалидность – препятствия или ограничения деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями [4].

Исходя из самого определения, можно выделить одно из ключевых слов – ограничения или препятствия. Таким образом, на пути человека – инвалида встречается много проблем, как физического характера – трудности из – за отсутствия работоспособности какой – либо части тела, замедленность реакций, так и психологического характера – замкнутость, неуверенность в себе, чрезмерная подозрительность, низкая самооценка, и др.

На наш взгляд, интересно будет рассмотреть данную категорию людей, которые, несмотря на трудности касающиеся здоровья, активно проявляли себя в искусстве и литературной деятельности. Поскольку любой продукт творческой деятельности может сказать о человеке, то будут отражаться и проблемы личности. Данная тема, на наш взгляд довольна, актуальна во все времена. Так как история оставила нам имена – легенды знаменитых людей с ограниченными возможностями как в сфере искусства, так и в литературе. Помимо своих потрясающих произведений, эти люди оставляют нам и загадки, тайны их души, несмотря на свои недуги, создают шедевры. Творческое самовыражение рассматривается с точки зрения психоанализа, как понятие сублимация.

Сублимамция – защитный механизм психики, представляющий собой способ снятия внутреннего напряжения с помощью перенаправления энергии на достижение социально приемлемых целей, творчество. Следовательно, мы можем предполагать, что благодаря сублимации, люди с ограниченными возможностями научились снижать напряжение, компенсировать ограничения здоровья, открывая безграничность в искусстве.

Чтобы лучше понять данную проблему, нужно привести примеры людей, которые просто восхищают своими творческими открытиями, но в душах которых остается боль осознания своей ограниченности как реальной, так и мнимой (психологические проблемы). «Мучительно, когда человек, стоящий рядом со мной, слышит доносящийся издали наигрыш флейты, неслышный для меня; или когда кто-нибудь слышит пение пастуха, а я не могу различить ни звука», – так сказал в своем завещании Людвиг Ван Бетховен, выдающийся композитор и музыкант. Но в то же время, в письме, адресованное доктору Вегеле-

ру, он восклицает: «Я возьму судьбу за глотку!». И музыка, которую он продолжает писать, подтверждает это решение: в то же лето появляются светлая Вторая симфония. Последние произведения Бетховена, созданные им уже при полной потере слуха, нагружены депрессивным звучанием.

Рассмотрев физические отклонения, отраженные в искусстве, приведем примеры выдающихся людей, страдающих психическими заболеваниями. «Талант попадает в цель, в которую другие попасть не могут. Гений попадает в цель, которая другим не видна», – писал философ А. Шопенгауэр. И возникает невольно вопрос, почему то, что видно и ощутимо гению, не видно и не понятно простому смертному? Ответ может показаться одновременно простым и невозможно сложным.

Гений живёт в пространстве – времени, находящемся за гранью реального мироощущения. Его мир иной, нежели мир обычного человека. Он видит и слышит то, что не видит и не слышит простой смертный. В прямом смысле этого слова. Может быть, поэтому великие люди часто и страдают психическими заболеваниями? Одно из самых распространённых заболеваний подобного рода – шизофрения. А великих личностей, страдавших душевными заболеваниями, история знает немало. Великий русский писатель Ф.М. Достоевский входит в их число. Творчество писателя поражало глубиной проникновения в психологическую сущность человеческой натуры, выворачивало наизнанку глубинные, потаённые тайны души. В некоторых произведениях Достоевского звучали автобиографичные нотки. Азартная игра в рулетку в Баден-Бадене дала материал для романа “Игрок”. Была ли столь же автобиографичной повесть писателя “Двойник”, сказать трудно. Но в произведении дан психологический анализ расколотого сознания. Летом 1874, а затем в 1875, 1876 и 1879 годах Достоевский ездил лечиться в Эмс. Это не помешало ему уже в конце 1875 возобновить работу над “Дневником”, имевшим огромный успех [1].

Еще один пример выдающейся личности, страдающей шизофренией, - художник Винсент Ван Гог. Он пытается самостоятельно устроить свою судьбу, пробуя себя на разных поприщах: работает учителем, помощником проповедника, продавцом книжного магазина. Затем записывается на специальный курс миссионеров в университете Амстердама. Однако в 1878 г., не дослушав курс, уезжает проповедником в Боринаж, один из беднейших районов Бельгии. В Боринаже Винсент вновь берется за карандаш. Странствуя по шахтерским поселкам, он живописует жизнь низших слоев общества. Именно здесь Ван Гог решает, что его призвание – искусство. С 1888 г. в его творчестве начинают преобладать трагические образы, выдержанные в болезненно-напряженной, предельно экспрессивной манере, построенной на контрастах цвета, порывистого ритма, нервного пастозного мазка. Именно так выполнены картины “Ночное кафе”, 1888; “Пейзаж в Овере после дождя”, 1890. Напряженная работа в последние годы жизни сопровождалась у Ван Гога приступами душевной болезни, приведшей его в больницу для душевнобольных, а затем к самоубийству [3].

Таким образом, люди с ограниченными физическими возможностями обладают зачастую огромным творческим потенциалом и вносят существенный вклад в развитие искусства.

Литература

1. Модель Л. « Гениальная шизофрения», – М., 2011.
2. С Копылова. (Притчи), – М, 2006.
3. Руднев В. П. « Характеры и расстройства личности». – М, 2002.
4. Философский словарь. – М., 1983.

Растопчина А.Н. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Хилько О.В.

ВЫДАЮЩИЕСЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

«Важно, чтобы люди не чувствовали себя инвалидами… Это люди, которым судьба послала сложные испытания…Только сочувствия мало, надо развивать возможности» [1, с.23].

Мы живем в неспокойное время, когда люди, часто гибнут, теряют близких, получают увечья. Так множество детей рождаются с разнообразными дефектами, будь то заячья губа, или порок сердца и т.д . В жизни таким детям приходится бороться со многими трудностями: в передвижении, социализации и любом развитии и становлении личности. Однако, история имеет много примеров людей, имеющих врожденные физические недостатки и достигших огромных успехов в жизни. Термин «люди с ограниченными физическими возможностями» пришёл к нам из английского языка.

Хотелось подчеркнуть слово «физические». Ведь ограничения есть у любого человека, и не только физические. Нас ограничивают темперамент, образование, трудовой и семейный опыт, врожденные задатки. Даже амбиции у нас разные. Цель человека как раз и заключается в том, чтобы использовать ресурсы личности разумно, учитывая свои ограничения. Миру известно немало выдающихся людей, сделавших важнейшие открытия, написавших замечательные книги, несмотря на инвалидность [2, с. 87].

Известный психолог Эрик Эриксон был спортсменом, а в 19 лет получил серьёзную травму, которая привела его к инвалидности. Однако это не помешало ему стать известнейшим психологом и быть эффективным терапевтом. Впавшие в депрессию клиенты Эриксона видели перед собой умного, сильного, уверенного в себе человека и думали: если ему удаётся быть таким без ног, неужели нам, здоровым, нельзя вернуть себе радость жизни?

Дэвид Бланкет – инвалид по зрению, ходит с собакой-поводырём, но это не помешало ему несколько лет занимать должность министра внутренних дел Великобритании. Великий художник Тулуз-Лотрек ходил на костылях. Ле-

гендарный президент США, победитель Великой депрессии Франклин Рузвельт передвигался на инвалидной коляске.

В России также есть прекрасный пример: Николай Островский, один из популярнейших русских писателей двадцатого века, с восемнадцати лет был лишён зрения и прикован к постели.

Кристи Браун – (5 июня 1932 – 6 сентября, 1981) был ирландским писателем, художником и поэтом. Академия Asard присудила победу его автобиографическому фильму “Моя левая нога”. Кристи Браун был болен церебральным параличом и не мог в течение многих лет двигаться или говорить. Врачи считали его также умственно отсталым. Однако его мать продолжала говорить с ним, работать с ним, и пыталась учить его, пока он лихо не схватил кусок мела у своей сестры левой ногой, чтобы сделать отметку на полу. Ему был около пяти лет, и только левая нога ответила на его волю. Его мать научила его алфавиту, и он старательно скопировал каждое задание, держа мел между пальцами ног. Он научился излагать словами и, наконец, читать.

Стивен Уильям Хокинг (англ. Stephen William Hawking, род. 8 января 1942, Оксфорд, Великобритания) – один из наиболее влиятельных и известных широкой общественности физиков-теоретиков нашего времени.

Мишель Петруччиани (28 декабря 1962, Оранж, Франция – 6 января 1999, Нью-Йорк, США) – французский джазовый пианист. Мишель родился с несовершенным остеогенезом – тяжелым генетическим заболеванием, приводящем к ломкости костей и, в его случае, к невысокому росту и искривлению позвоночника. Также это заболевание зачастую вызывает проблемы с легкими [3, с. 38].

Все эти люди своей жизнью, своими достижениями доказали, что страшный диагноз еще не приговор. Что душа человека может развиться даже при неразвитости тела или повреждении конечностей. Все это еще раз доказывает силу человеческого духа и волю к жизни. А нам, обычным людям нужно научиться не ломать таких людей, а поддерживать. Тогда возможно, человечество шагнет на новый уровень развития, когда недостатки тела будут компенсироваться возможностями мозга. Сегодняшняя политика государства направлена именно на это. Становиться ясно, что из детей с ограниченными возможностями могут вырасти выдающиеся музыканты, ученые, художники.

Литература

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья.- М., 2004.

2. И.Н. Кузнецова, В.А. Любунова и др. Основные направления и перспективы комплексной помощи семье и детям с отклонениями в развитии / Материалы семинара – Череповец, 2002.

3. Камаев И.А. Позднякова М.А. Детская инвалидность. – М., 2000.

4. Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии? – М, 1998.

РАЗДЕЛ IV

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.

Воробей О.А. г. Ставрополь, ГОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Прилепских О. С.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ РЕБЕНКА С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

В современных исследованиях, рассматривающих взаимоотношения в семье, воспитывающей особого ребенка, наблюдается тенденция к выходу за пределы диады мать-ребенок, расширению круга включенных в исследование родственников, к изучению семьи в целом (Ткачева В.В., 2004; Hornby G., Seligman M., 1991; Boyce G.C., Behl D., 1991; Trute B., 1991). Эта нелегкая задача, так как для ее воплощения в жизнь отсутствует удобная теоретическая база и набор понятий. Ведущая роль семьи, являющейся «частью социального и психологического континуума развития детей» в процессе социализации и социальной адаптации детей с нарушениями развития, отмечается в работах многих авторов, таких как Л.И. Аксенова, О.Е. Буланова, Е.Л. Гончарова, Н.Д. Дименштейн, В. В. Коркунов, И.А. Коробейников, Т.В.Лобанова, Н.Н. Малофеев, И.И. Мамайчук, Н.М. Назарова, В.В. Сабуров, В.М.Сорокин, О.В. Тимуца, В.В. Ткачева, Л.М. Шипицына и др. При этом исследователи подчеркивают, что дети с особыми потребностями испытывают повышенную необходимость в опоре на взрослых, что их судьба в значительной степени зависит от позиции семьи [3].

Основной проблемой, имеющей важнейшее значение для воспитания ребенка с особыми потребностями, является отношение родителей к его дефекту. В соответствии с уровнем знаний, культуры, личностных особенностей родителей и ряда других факторов возникают различные типы реагирования, а соответственно и поведения в связи с появлением в семье ребенка с особыми потребностями. Этот момент, как правило, сопровождается потрясением, приводит родителей в стрессовое состояние, вызывает глубокие переживания, чувство растерянности и беспомощности, нередко служит причиной распада семьи

Несмотря на то, что с каждым годом неуклонно растет количество детей с особыми потребностями в развитии, сегодня остаются недостаточно изученными психологические особенности в семейном воспитании таких де-

тей. Семью можно сравнить с живым организмом, в котором роли, действия членов семьи составляют ее жизненный баланс и являются условием ее жизнеспособности. Ребенок не только член семьи, он часть этого организма – семейной системы, а это означает, что от психологического благополучия семьи зависят шансы на решение проблем в развитии ребенка.

Формирование личности ребенка с особыми потребностями в развитии отличается такими особенностями как: высокой степенью зависимости от семьи, слабостью навыков внешних социальных взаимодействий, развитием страхов, боязнью активных действий, самоутверждением в подростковом возрасте через неадекватные реакции [1].

Все перечисленное в той или иной мере присуще и детям, не имеющим проблем в своем развитии. Однако, если родители обычных детей склонны воспринимать эти проявления как проходящие, то родители детей с проблемами в развитии расценивают их как патологию, считают побочным проявлением основного заболевания или нарушением психики. Те личностные отклонения, которые развиваются у ребенка в связи с этим, по своим последствиям значительнее, чем основное заболевание, поскольку в социальном плане формируется дефицитарная личность.

Е.Е. Алексеева к основным особенностям семейного воспитания ребенка с особыми потребностями в развитии относит деформацию семейных ролей (причины этого связаны с тем, что интересы семьи сосредоточены на ребенке, имеющем те или иные отклонения в развитии, и мать, занятая его воспитанием, становится лидером. Наиболее уязвимым к нарушениям во взаимоотношениях являются лица мужского пола, что позволяет говорить о необходимости психологической поддержки детско-отцовских отношений); стремление семьи изолироваться от общества, что ухудшает взаимоотношения родителя и ребенка, наносит вред его воспитанию и способствует его дезадаптации; заострение и легкость возникновения различных нервно-психических нарушений у ребенка (перенапряжение нервной системы, невротические реакции, перерастающие в невротическое состояние и в невроз как заболевание, – такая цепочка нарушений в состоянии нервной системы у ребенка с особыми потребностями в развитии происходит значительно быстрее, чем у обычных детей. Родители, использующие дисгармоничные стили семейного воспитания, усугубляют проблемы в развитии ребенка и способствуют его невротизации). Личностные нарушения родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями в развитии, негативно сказываются на состоянии нервной системы ребенка и создают проблемы во взаимоотношениях детей с родителями. Чувство неполноценности, недостаточность самоуважения и любви к себе, неадекватная самооценка родителей, при которой возникает неадекватное восприятие других, – вот лишь немногие трудности родителей детей с отклонениями в развитии. Многие сильные чувства, которые испытывают родители таких детей, не находят

выхода, не облекаются в словесную форму, а это чревато появлением психосоматических симптомов [1].

Выделяют несколько типов родителей детей с особыми потребностями в развитии: психосоматический тип, невротический тип, авторитарный тип.

Родители психосоматического типа характеризуются: внутренним субъективно-индивидуалистичным переживанием проблемы, что является первопричиной особой ранимости их психосоматической сферы; предрасположенностью к высокой нормативности поведения, ведут себя корректно, сдержанно; отсутствием аффективной форма реагирования на ситуацию стресса, не устраивают скандал и ссор, сдержанностью в проявлении эмоций; проблема ребенка скрывается от посторонних взглядов; частыми сменами настроений.

Родители невротичного типа характеризуются: повышенной тревожностью, различными страхами, депрессиями; подчинением сложившимся обстоятельствам, что может проявляться в педагогической некомпетентности, воспитательной неумелости и в отдельных случаях – в отторжении самого ребенка, вызывающего стресс.; некритичным оцениванием возможностей своего ребенка, подсознательно стремятся скрыть его дефект и выдают желаемые результаты за действительные; эмоциональное бессилие не позволяет позитивно оценить свое будущее и будущее ребенка, которое представляется им бесперспективным и малоинтересным; восприятием прожитой жизни как несчастливой, загубленной рождением ребенка.

Родители авторитарного типа характеризуются: активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями и мнениями; одна категория родителей этого типа может, узнав о проблеме ребенка, отказаться от него, другая (преобладающая) – проявляет стойкое желание найти выход из проблемы, как для себя, так и для ребенка; стремлением преодолевать проблемы, возникающие у ребенка, и облегчать его участь. Также существуют отрицательные свойства: неумение сдерживать гнев и раздражение; отсутствие контроля над собственными поступками, склонность к ссорам и скандалам; свойствен неравномерный характер применения воспитательных мер: довольно часты жесткие формы наказаний (окрик, подавление личности, избиение) [3].

Основными путями решения психологических проблем семейного воспитания детей с особыми потребностями в развитии выступают: формирование адекватных взаимоотношений в родительской и детско-родительской подсистемах; психологическая коррекция личностных нарушений у родителей, оказание им превентивной помощи через повышение самооценки и гибкости реагирования на изменения детей и ситуации взаимодействия; укрепление нервной системы ребенка, предупреждение у него дискомфортного состояния, страха, возбуждения и обучение механизму совладения со стрессом. Существуют формы работы с семьей ребенка с особыми потребностями в развитии: специальные занятия специалистов семейного сопровождения с семьей в ее наиболее полном составе (семейные клубы, семей-

ные центры), формирование межсемейных коллективов или групп семейной взаимопомощи через социальные сети в Интернете.

Литература

1. Алексеева Е. Е. Взаимоотношения родителей и детей с особыми потребностями // Интегративное обучение и воспитание детей с особенностями развития / Учебно-методическое пособие. Изд. 2-е. – СПб., 2008.
2. Бережнова А. И. Предупреждение депривации в образовательном процессе Монография – СПб., 2000.
3. Ткачева В. В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. – Нижний Новгород, 2005.

Книга Л.Н. г.Ставрополь, НОУ ВПО СКСИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Соломатина Г.Н.

СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

С каждым годом возрастает количество детей, рожденных с недостатками развития и неблагополучным состоянием здоровья, нуждающихся в комплексной реабилитации и коррекционно-педагогической помощи.

Трудности психологической реабилитации и адаптации детей с нарушениями в психическом развитии в значительной степени обусловлены сложной структурой и степенью тяжести их дефекта, что проявляется в своеобразных особенностях их умственного и эмоционально-волевого развития. Поэтому своевременная психолого-педагогическая помощь таким детям является одним из важнейших звеньев системы их реабилитации. Важным компонентом в системе такой помощи является психологическая помощь семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии.

Семья – это относительно динамичная, изменяющаяся во времени и пространстве целостная система, пики изменения, состояния которой или её точки бифуркации чаще всего приходятся на периоды событий, связанных со сменами объективных жизненных циклов данной семьи, или же совпадают с периодами общественных катаклизмов [1].

Воспитательная значимость семьи особенно возрастает при формировании личности детей с отклонениями в психофизическом развитии. От взаимоотношения ребенка с родителями зависит, насколько адекватными будут его отношения с социальной средой. Родители ребенка, имеющего проблемы в развитии, нуждаются в существенной психологической поддержке и сопровождении.

В.В. Ткачевой предложено три уровня качественных изменений в семьях, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии:

1. Психологический уровень. Рождение ребенка с отклонениями является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь, матерью. Стресс, имеющий длительный и постоянный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов.

2. Социальный уровень. Семья становится малообщительной, избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу особенностей состояния аномального ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей. Вследствие тех же причин матери больных детей более чем в 30% случаев оставляют работу по избранной до рождения ребенка специальности.

3. Соматический уровень. Переживания, выпавшие на долю матери ребенка-инвалида, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах [3].

Все это обуславливает необходимость оказания психологической помощи как детям с нарушениями в развитии, так и их семьям.

Психологическая помощь является дискуссионным понятием. Рассмотрим основные дефиниции данного понятия:

1) сложная система развивающих, коррекционных и реабилитационных технологий, направленных на создание внутренних и внешних условий раскрытия всех потенциалов психического развития личности и расширения границ взаимодействия с окружающей реальностью;

2) емкое понятие, содержание которого включает в себя многообразие теорий и практик, варьирующихся от специфического применения методов психических обследований до многообразных техник психологического тренинга, понятий и методов, восходящих к медицине (А.Ф. Бондаренко), образующих область практического применения психологии, ориентированную на повышение социально-психологической компетентности людей;

3) система психолого-реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности ребенка с нарушением в развитии, формирование системы ценностных установок и ориентаций, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям ребенка [5].

Психологическая помощь семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, включает следующие направления:

1) психодиагностика детско-родительских отношений;
2) психологическое консультирование;
3) психокоррекция;
4) психологическая поддержка;

5) психологическое сопровождение.

Цель *психодиагностики* семьи – выявление причин, препятствующих адекватному развитию ребенка с ограниченными возможностями здоровья и нарушающих гармоничную внутрисемейную жизнедеятельность [7].

В рамках *психологического консультирования* родителей психологом проводится психологический анализ жалоб родителей, информирование родителей по волнующим их вопросам, создание психологических условий для адекватного восприятия родителями ситуации, связанной с проблемами в развитии их ребенка, создание у них психологической готовности к длительной работе по его развитию, коррекции и воспитанию, освобождение родителей от чувства вины, преодоление стрессового состояния семьи, создание и поддержание по возможности нормального климата в семье.

Психокоррекция семьи ребенка с отклонениями в развитии проводится в следующих направлениях:

1) коррекция неадекватных методов воспитания ребенка с целью преодоления его микросоциальной запущенности;

2) формирование продуктивных видов взаимоотношений ребенка с семьей;

3) формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс [4].

По мнению И.И. Мамайчук *психологическая поддержка* родителей – это система мер, направленных на снижение эмоционального дискомфорта в связи с заболеванием ребенка, укрепление уверенности родителей в возможностях ребенка, формирование у родителей адекватного отношения к болезни ребенка, установление адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания.

В процессе реализации психологической поддержки родителей участвует не только психолог, но и другие специалисты, наблюдающие ребенка: педагог-дефектолог, врач, социальный работник и др. Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей, в зависимости от имеющихся проблем семейного воспитания больного ребенка.

Среди этих мероприятий, оказывающих поддерживающее влияние, выделяют следующие:

а) убеждение во вступлении родителей детей – инвалидов в клубы, ассоциации или другие родительские организации. Общение родителей детей-инвалидов друг с другом предполагает взаимную поддержку, обмен информацией, организацию совместного досуга, оказание пассивной материальной помощи и др.;

б) основными психотехническими приемами психологической поддержки являются родительские семинары, основная задача которых – расширение знаний родителей о психологических особенностях их ребенка, психологии воспитания и психологии семейных отношений.

Психологическое сопровождение семьи осуществляется по следующим направлениям:

1) систематическая психологическая помощь родителям и родственникам детей с проблемами в развитии;

2) организация жизнедеятельности ребенка в семье с учетом его психических и физических возможностей ;

3) оказание необходимой помощи родителям ребенка , педагогам в создании условий, необходимых ребенку с нарушением в развитии для полноценного здорового образа жизни и успешного овладения программами дошкольного учреждения с учетом его психических и физических возможностей;

4) оказание необходимой психологической помощи родителям ребенка, его родственникам, друзьям с целью гармонизации межличностных отношений, оптимизации воспитательного процесса.

Таким образом, семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, нуждаются в специально организованной длительной психологической помощи [1].

Литература

1.Бурмистрова Е.В. Семья с «особым ребенком»: психологическая и социальная помощь // Вестник практической психологии образовании. 2008. №4 (17).

2.Бэндлер Р., Грнндер Дж., Сатир В. Семейная терапия /Пер. с англ. Ю.С.-Уокер. М, 1999.

3.Панкратова М.А., Андреева С.А. Социально-психологический патронаж семей, воспитывающих детей с нарушениями развития // Воспитание и обучение детей с нару-шениями развития. 2009. №2.

4.Поташова И.И., Худенко Е.Д., Кальянов И.В., Луданова Ю.Н., 5.Любимова М.Н. Современные технологии оказания консультативной помощи родителям, воспитывающим ребенка-инвалида: Метод. пособие. М., 2008.

6.Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети: Пер с англ.: 2-е изд. М., 2009.

7.Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. СПб, 2002.

Книга Л.Н. г.Ставрополь, НОУ ВПО СКСИ

Научный руководитель к.п.н., доцент Соломатина Г.Н.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, В ЕГО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями здоровья, имеют сходные проблемы и затруднения с семьями, воспитывающих детей с нормальным психофизическим развитием.

Семья для человека – наиболее значимый фактор социализации и превосходит по влиянию все другие общественные образования. В ней человек усваивает систему норм, правил, ценностей и знаний в соответствии с культурой и традициями общества и апробирует их на практике.

Роль семьи для ребенка с ограниченными возможностями здоровья неизмеримо растет. В связи с его особым образом жизни на семью ложится основное бремя ухода, воспитания и образования таких детей, что неизбежно сопровождается повышенными материальными затратами, психологическими и эмоциональными перегрузками.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья, как и ребенок, не имеющий дефектов, способен под влиянием воспитания успешно развиваться в психическом и личностном отношениях. Воспитание ребенка начинается в семье. Главными участниками воспитательного процесса выступают все члены семьи: мать и отец, бабушки и дедушки, братья и сестры и так далее. От их действий и отношения к ребенку зависти успешность его развития. Если ребенок в семье не желанен, не удовлетворяются его потребности в ласке, любви, эмоциональном контакте, если он переживает состояние внутреннего беспокойства, то все это задерживает развитие личности ребенка. Для нормального психического развития ребенка, ему нужна любовь родителей, спокойная обстановка в семье, доброжелательное отношение [3].

В практике семейного воспитания исторически сложились два типа отношений между родителями и детьми.

· Отношения соподчинения – этот тип вписывается в следующую формулу: « Я взрослый, ребенок – маленький, я знаю, как жить, он не знает. Я веду его за собой». Ребенок не всегда понимает такое благородство со стороны родителей и начинает сопротивляться, тогда взрослые применяют власть и силу. Процесс воспитания превращается в процесс подчинения ребенка. Дети, воспитанные на принципе «Я тебе – ты мне », смотрят на все с позиции выгоды.

· Отношения сотрудничества – сотрудничать с детьми, это значит ценить, уважать их, умение поступиться своими желаниями, нуждаться в них и быть нужными. Воспитание как сотрудничество – это естественное воспитание, которое имеет место в каждой дружной семье [2].

Воспитательная тактика в семье по отношению к ребенку с ограниченными возможностями должна быть точно такой же, как и в воспитании здорового ребенка. Постоянное акцентирование внимания на его «особенностях» – реальный путь к формированию зависимой, неустойчивой, не целеустремленной личности, пассивно воспринимающей все жизненные обстоятельства и не способной преодолевать трудности.

Нередко родителям недостает физических и моральных сил. Все они нуждаются в психологической помощи, потребности поделится с другими своими сомнениями и трудностями. Члены гармоничных семей, в большинстве своем, не

замыкаются рамками отношений только между собой, а имеют друзей, у них есть свои интересы, любимые занятия. Эти связи являются источником психологической поддержки при возникновении тех или иных семейных проблем. У детей, как и у взрослых, также появляются друзья вне семьи, дети с ранних лет приобщаются к любимым занятиям, растут уверенными в себе, у них проявляется более рельефно чувство собственного достоинства, возникает более широкий и устойчивый диапазон интересов. К сожалению, у многих родителей существует тенденция сужения круга знакомств. Они пытаются «уйти» от своих проблем, постоянно испытывают психологическое напряжение, чувство безысходности, подозрительность и недоверие к другим людям, они замыкаются в себе. Таким родителям необходима «психологическая разрядка», необходимо на короткое время отвлечься от семейных проблем, провести его вне семьи, после чего может наступить определенное облегчение, вернуться уверенность в своих силах и мир предстанет в более привлекательном свете. Развитие аномального ребенка ставит перед родителями все новые и новые проблемы. Одной из таких проблем является реализация потребностей ребенка в общении со сверстниками.

Родители не должны допускать, чтобы эти отношения складывались стихийно, и окружающие сверстники смеялись над его психическими и физическими недостатками. Рано или поздно ребенку придется общаться с окружающим миром, и, если у него не будут выработаны необходимые навыки взаимодействия с другими людьми, для него обособленность от сверстников может обернуться еще большей трагедией. В раннем возрасте контакты с другими детьми налаживаются более эффективно, адаптация происходит менее, безболезненно и быстрее. Однако ребенку нужно помочь в установлении этих контактов, наиболее приемлемой является игровая деятельность. Используя этот прием, родитель может организовать такие игры, в которых ребенок не будет чувствовать себя беспомощным. Участие в таких играх здоровых детей поможет больному ребенку обрести уверенность в себе и завоевать определенный авторитет в детском сообществе.[6]

Таким образом, несмотря на многие трудности, возникающие в семье в связи с появлением ребенка с дефектом, их можно преодолеть или смягчить, если родители своевременно избавятся от последствий пережитого стресса, овладеют навыками управления своими чувствами и мышлением, научатся использовать свои воспитательные возможности и опыт воспитания таких детей, накопленный в других семьях. Но не во всех семьях могут справиться с навалившимися проблемами самостоятельно, им нужна своевременная психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь и в этом могут быть полезными специалисты по социальной реабилитации.

Особенности жизненного стиля каждой семьи, семейные взаимоотношения видоизменяются с течением времени. Семьи, воспитывающие детей с отклонениями в развитии, особенно тяжело переживают некоторые кризисные периоды развития семейных отношений[4];

Первый период связан с осознанием того, что ребёнок болен, с получением точного диагноза, эмоциональным привыканием, информированием других членов семьи о случившемся. Первыми реакциями семьи на диагноз врачей могут быть шок, невротические реакции, разочарование, депрессия, поиски виновных в случившемся, после чего семья переживает стадию активизации своих ресурсов для разрешения возникшей критической ситуации, затем постепенно развивается привыкание.

Второй период определяется спецификой развития ребёнка в первые годы жизни. Хронический или эпизодический характер отклонений в развитии ребёнка, их тип и степень выраженности, реакция семьи на них могут иметь определяющее значение в формировании семейных взаимоотношений и поведения. В этот период семейный кризис углубляется значительными финансовыми и временными затратами на услуги, необходимые ребёнку, осознанием того, что интересы нашего общества часто не согласуются с интересами семей, имеющих детей с проблемами в развитии.

Третий период связан с поступлением ребёнка в школу, уточнение форм обучения (в обычной или специальной школе, школе-интернате), переживание реакций сверстников, хлопоты по устройству внешкольной деятельности сына или дочери.

Четвёртый период начинается с переходом ребёнка в подростковый возраст. Семья привыкает к хронической природе заболевания: возникают проблемы, связанные с сексуальностью, изоляцией от сверстников и отчуждением, профориентацией, планированием будущей занятости ребёнка. Это время может оказаться наполненным болезненными напоминаниями о том, что подростку не удаётся успешно завершить переход в следующий этап жизненного цикла, – он продолжает оставаться зависимым от своих родителей.

Пятый период семейных сложностей – начало взрослой жизни, в которой ярко переживается дезадаптация члена семьи – инвалида, дефицит возможностей для его социализации; принятие решения о подходящем месте обучения или проживания повзрослевшего ребёнка. Не обнадёживающая перспектива занятости инвалидов и недостаточные ресурсы для их самостоятельного проживания оставляют семье небольшой выбор альтернатив и вызывают глубокую озабоченность и тревогу в этот период.

Шестой период развития семейных отношений – взрослая жизнь члена семьи с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Обеспечение инвалида жильём, работой, организация его досуга, доступность медицинской помощи, социальное обслуживание интересует и беспокоит родителей. Родители тревожатся о том времени, когда они сами уже не смогут заботиться о своём ребёнке. Происходит перестройка взаимоотношений между супругами в случаях раздельного проживания с повзрослевшим членом семьи.[1]

Отрываясь от семьи, ребёнок лишается самого главного фактора развития – ласки, внимания, родительского тепла, каждодневного общения с семьёй. Отсюда вывод:

если у ребёнка с ограниченными возможностями здоровья есть семья и есть возможность в ней воспитываться, то нежелательно изолировать его от неё, от общества, а находить более приемлемый выход из создавшегося положения.

Логика воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья требует наличия специальных знаний, перестройки при необходимости межличностных отношений в семье, отказа от порочных стилей взаимодействия с ним и выработки наиболее оптимальной стратегии и тактики воспитательной работы с учетом дефекта, типа семьи, условии жизни и других факторов. Но надо осознавать, что готовых рецептов воспитания на все случай жизни никто дать не может. Родители должны сами познать закономерности развития ребенка и соотносить с ними свой действия.[2]

Технологии социальной реабилитации включает совокупность методов и приемов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребенка, имеющего инвалидность.

1. По функциям применения выделяют следующие технологии:

· Психологические (воздействуют на психологические процессы, состояния и функции).

· Социально – психологические (изменяющие процессы в системе человек/ группа).

· Медико-социальные (влияющие на физическое состояние и связанные с ним социальные аспекты существования человека).

· Финансово – экономические (позволяющие обеспечит материальными ресурсами, пособиями и льготами).

2. По области применения выделяют следующие технологии:

· Диагностика – установление социальной проблемы, выявление причины и поиск способов ее решения, сбор информации;

· Коррекция – изменение социального статуса, экономического и культурного уровня, ценностей и ориентации клиента;

· Реабилитация – помощь по восстановлению ресурсов и жизненных сил клиента;

· Адаптация – облегчение вхождения инвалида в сравнительно незнакомое общество.

Различают следующие формы реабилитации, взаимосвязанные между собой:

- Социальная реабилитация – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление социально статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальную адаптацию.

Различают следующие формы реабилитации [3,с.207]:

- Медицинская реабилитация: Она направлена на восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции или на возможное замедление заболевания.

- Психологическая реабилитация: Это воздействие на психическую сферу инвалида, направленное на развитие и коррекцию индивидуально-психологических особенностей личности.

- Педагогическая реабилитация: Под этим понимается целый комплекс мероприятий воспитательного характера в отношении детей, направленный на то, чтобы ребенок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование.

- Социально-экономическая реабилитация: Под ней понимается комплекс мероприятий по обеспечению инвалида необходимым и удобным жилищем, денежному обеспечению и тому подобное.

– Профессиональная реабилитация. Она предусматривает обучение инвалида доступным видам труда, предоставление необходимых индивидуальных технических приспособлений, позволяющих индивиду стать достаточно самостоятельным в быту.

- Спортивная и творческая реабилитация. С помощью спортивных мероприятий, а также восприятия художественных произведений, активного участия в художественной деятельности у детей укрепляется физическое и психическое здоровье, исчезает депрессия, ощущение своей неполноценности.

- Социальная реабилитация. Она включает в себя и меры по социальной поддержке, т.е. выплаты родителям пособий и пенсий, надбавок по уходу за ребенком, оказание натуральной помощи, предоставление льгот, обеспечение специальными техническими средствами, протезирование, налоговые льготы.[5]

В соответствии с задачей полноценной и комплексной реабилитации детей можно отметить психолого-педагогическую, социально-правовую, социально-медицинскую работу.

К основным направлениям психолого-педагогической работы относятся:

·Диагностика уровня психического развития и навыков ребенка;

· Составление индивидуальной комплексной программы реабилитации и своевременная ее корректировка;

·Организация и проведение логопедической, учебной и трудовой деятельности, а также социально-бытовой ориентации;

·Психологическое консультирование родителей;

·Обучение родителей основам реабилитации;

· Освоение и внедрение новых педагогических и социальных технологий;

·Определение критериев эффективности реабилитации;

·Разработка методик для социально-бытовой ориентации.

·Основные функции социально-правовой реабилитации таковы:

·Осуществление связи с учреждениями социальной защиты, чтобы активизировать социальный потенциал семьи и ребенка;

·Сбор информации и формирование банка данных о детях с ограниченными возможностями и их семьях;

· Правовая помощь родителям в разъяснении вопросов законодательства;

·Организация всех форм патронажа семьи, выездов специалистов в районы, области с целью оказания консультативной помощи семье и ребенку, а также работникам местных органов исполнительной власти;

·Привлечение учреждений культуры, спортивных и религиозных организаций для интеграции детей в общество;

·Консультации юриста.

В задачу социально-медицинской работы входят:

·Психодиагностика ребенка с целью прогноза возможности его реабилитации и определения его реабилитационного потенциала;

·Составление карт комплексной реабилитации детей;

·Оказание стационарной амбулаторной и патронажной помощи;

·Проведение диагностических мероприятий;

·Организация необходимой консультативной помощи специалистов;

·Внедрение и использование новых высокоэффективных технологий реабилитации.[3]

Технологии реабилитации детей инвалидов предполагают обязательное включение родителей в реабилитационные мероприятия, посещение мамами и папами занятий по обучению основам социально медицинской реабилитации, собрания родителей, чтобы конкретизировать дальнейшую работу с ребенком в домашних условиях. Таким образом, идет совместное обучение детей и родителей умениям и навыкам независимой жизни.[5]

Литература

1.Безлепкина Л.Ф. Семья нуждается в поддержке. – М.: Просвещение, 1986. – 285 с.

2.Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии./ Т.А.Власова, М.С. Певзнер. М.: Просвещение, 1973. – 175с.

3.Холостова Е.И. Социальная реабилитация: учеб. пособие / Е.И.Холостова, Н.Ф.Дементьева. – 2-е изд., – М.: Издательско – торговая корпорация «Дашков и К», 2003. – 340с.

4.Ковалев С.В. Психология современной семьи. – М.: Просвещение, 1988.– 208 с. М. Юровицкая. Социальная адаптация больных детей. – М.: Просвещение. 1998. – 56с.

5.Н.Володина. Реабилитация тех, кто не «вписался в стандарт». – М.: Просвещение. 1997. – 115с.

6.Психолого-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями / под ред. С.А.Беличевой. – М.: Педагогика, 1998. – 210 с.

Кузьмина А.Б. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГУ

Научный руководитель: д. психол. н., профессор Соловьева О.В.

СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

В связи с ростом в последние десятилетия числа аномальных детей особую значимость приобретает проблема социальной адаптации не только ребенка, страдающего той или иной тяжелой патологией, но и семьей, в которой он воспитывается. Знание особенностей такой семьи, понимание того, что испытывают родители, поможет социальным работникам, педагогам более эффективно организовывать сотрудничество с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями. Трудности, которые испытывают родители значительно отличаются от повседневных забот, волнующих обычную семью.

Рождение ребенка с нарушениями в развитии всегда является стрессом для семьи. Ребенок-инвалид ограничен в свободе и социальной значимости. У него очень высока степень зависимости от семьи, ограничены навыки взаимодействия в социуме. Рождение аномального ребенка функционально деформирует семью. Это происходит вследствие колоссальной психологической нагрузки, которую несут члены семьи. Многие родители в сложившейся стрессовой ситуации оказываются беспомощными. Их положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик.

В психологической литературе (М.С. Певзнер 1971г., Е.М. Мастюкова 1991г., И.И. Мамайчук 1986г.) неоднократно указывалось на необходимость изучения таких семей и на разработку коррекционных мер, предназначенных для реализации им конкретной помощи. В настоящее время известны работы Р.Ф. Майрамяна (1982г.), освещающие данную проблему. Их работы представляют несомненный интерес, но для разработки комплексной эффективной системы помощи семьям, воспитывающим ребенка с отклонениями в развитии, их недостаточно [3, 4].

Семья, в которой родился ребенок с тяжелыми нарушениями развития, находится в условиях психотравматической ситуации. По данным исследований Р.Ф. Майрамяна, сообщение об умственной отсталости ребенка вызывает у 65,7% матерей, острые эмоциональные расстройства, суицидальные намерения и попытки, аффективно-шоковые и истерические расстройства. В дальнейшем затяжной психический стресс приводит к возникновению различных психосоматических расстройств. Со временем он может не только не уменьшиться, но даже усилиться: растут заботы, связанные с взрослеющим ребенком, растет тревога [4].

Р.Ф. Майрамян, М.М. Семаго указывали на высокую вероятность распада семей, не сумевших преодолеть кризис, вызванный рождением ребенка,

с тяжелыми нарушениями развития. По данным Р.Ф. Майрамяна, 24,5% обследованных семей с умственно отсталым ребенком распались из-за взаимных обвинений супругов в ответственности за рождение больного ребенка [4, 6].

В зарубежной литературе отмечается, что каждая семья, воспитывающая аномального ребенка, испытывает хронический стресс (S. Harris, M/ Power 1989г.), В ряде исследований Harris (1991г.) отмечается значимость семейной спаянности, согласованности действий родителей. Кроме того, важно, как семья воспринимает события, связанные с ”особым” ребенком, что именно она говорит себе об ”особых” нуждах ребенка, как видит перспективы. Некоторые родители воспринимают болезнь ребенка как катастрофу для всей семьи, высказывают идеи самообвинения. В связи с этим многие специалисты говорят о необходимости работы по ”замене аффективных и когнитивных фильтров” через которые родители воспринимают своего ребенка [9].

В работах M. Bristol, M. Gill (1990г.) обнаруживается четкая связь между восприятием семьей ребенка и возможностью семьи адаптироваться. M. Bristol отмечает, что стресс в большей степени проявляется у матерей, которые не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени, но и демонстрирует очень низкую самооценку, в связи с тем, что недостаточно хорошо, по их мнению, исполняют свою материальную роль. Воздействие хронического стресса вызывает депрессию, раздражительность, эмоциональную напряженность у матери (M. De Myers 1979г., Z. Wolf 1989). Отцы, как правило, избегают ежедневного стресса, проводя больше времени на работе, тем не менее, и они переживают чувство вины. Они обеспокоены тяжестью стресса, который испытывают их жены; на них ложатся особые материальные тяготы, связанные с воспитанием «особого» ребенка, которые ощущаются еще острее в связи с тем, что обещают быть долговременными, практически пожизненными [8].

Z. Wilker (1984), S. Harris (1984) отмечали особую ранимость семьи, которая усиливается в момент возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего развития. По данным Z. Wilker – совершеннолетие больного ребенка такое же по силе стрессовое событие для семьи, как и постановка диагноза [10].

Воспитательная значимость семьи особенно возрастает при формировании личности детей с ограничениями в развитии. От взаимоотношения ребенка с родителями зависит, насколько адекватными будут его отношения с социальной средой. Родители ребенка, имеющего проблемы в развитии, нуждаются в существенной психологической поддержке и сопровождении [2, 5].

В.В. Ткачевой предложено три уровня качественных изменений в семьях, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии [7]:

1. Психологический уровень. Рождение ребенка с отклонениями является причиной сильного стресса, испытываемого родителями, в первую очередь, матерью. Стресс, имеющий длительный и постоянный характер, ока-

зывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов.

2. Социальный уровень. Семья становится малообщительной, избирательной в контактах. Она сужает круг своих знакомых и ограничивает общение с родственниками в силу особенностей состояния аномального ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей.

3. Соматический уровень**.** Переживания, выпавшие на долю родителей таких детей, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах.

Все это обуславливает необходимость оказания психологической помощи как детям с ограничениями в развитии, так и их семьям.

Целью психодиагностики семьи, на наш взгляд, является выявление причин, препятствующих адекватному развитию ребенка с ограниченными возможностями здоровья и нарушающих гармоничную внутрисемейную жизнедеятельность.

В рамках психологического консультирования родителей осуществляется психологический анализ жалоб родителей, информирование родителей по волнующим их вопросам, создание психологических условий для адекватного восприятия родителями ситуации, связанной с проблемами в развитии их ребенка, создание у них психологической готовности к длительной работе по его развитию, коррекции и воспитанию, освобождение родителей от чувства вины, преодоление стрессового состояния семьи, создание и поддержание по возможности нормального климата в семье.

Психокоррекция семьи ребенка с отклонениями в развитии проводится в следующих направлениях: 1) коррекция неадекватных методов воспитания ребенка с целью преодоления его микросоциальной запущенности; 2) формирование продуктивных видов взаимоотношений ребенка с семьей; 3) формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка путем активного привлечения родителей в психокоррекционный процесс [1].

В процессе реализации психологической поддержки родителей психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей, в зависимости от имеющихся проблем семейного воспитания больного ребенка. Среди этих мероприятий, оказывающих поддерживающее влияние, выделяют следующие: а) убеждение во вступлении родителей детей с ограниченными возможностями в клубы, ассоциации или другие родительские организации. Общение родителей друг с другом предполагает взаимную поддержку, обмен информацией, организацию совместного досуга, оказание пассивной материальной помощи и др.; б) основными психотехническими приемами психологической поддержки являются

родительские семинары, основная задача которых – расширение знаний родителей о психологических особенностях их ребенка, психологии воспитания и психологии семейных отношений [3].

Мы полагаем, что психологическое сопровождение семьи должно осуществляться по следующим направлениям: 1) систематическая психологическая помощь родителям и родственникам детей с проблемами в развитии; 2) организация жизнедеятельности ребенка в семье с учетом его психических и физических возможностей; 3) оказание необходимой помощи родителям ребенка, педагогам в создании условий, необходимых ребенку с нарушением в развитии для полноценного здорового образа жизни и успешного овладения программами образовательного учреждения с учетом его психических и физических возможностей; 4) оказание необходимой психологической помощи родителям ребенка, его родственникам, друзьям с целью гармонизации межличностных отношений, оптимизации воспитательного процесса [6].

В целом, психологическая работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья должна включать результативные приемы и способы действий, выделять конкретную семью, каждого ее члена, с его потребностями и интересами, нуждами и проблемами, настроениями и заботами. Важным условием успешной работы является необходимость учитывать качественные характеристики личностных изменений родителей, ту фазу кризиса, на которой в данный момент находится семья. А наиболее эффективной является конструктивная и динамическая помощь семьям на всех этапах жизни ребенка.

Литература

1. Волконская Т.Н. Возможны способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения // Дефектология. – 1994.

2. Если ваш ребенок не такой, как другие. Под редакцией А.М. Панова и др. – М. – 1997.

3. Мамайчук И.И., Киреева Л.А. «Психолого-педагогическая помощь семье». – Л. – 1986г.

4. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок. – Москва. – 1976.

5. Проблемы родителей детей с синдромом Ушера: некоторые подходы к их решению // Дефектология. – 2001.

6.Семаго М.М. «Консультирование семьи проблемного ребенка (психокоррекционные аспекты работы психолога-консультанта) – Ж. «Семейная психология и семейная терапия». – 1998 – № 1.

7. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология М. – 1998.

8. Bristol, M. M. Family resources and successful adaptation to autistic children. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), The effects of autism on the family (pp. 289-310). New York: Plenum. – 1984.

9. Harris, S. Siblings of children with autism: A guide for families. Rockville, MD: Woodbine House. – 1994.

10. Wikler, L. Chronic stresses of families of mentally retarded children. Family Relations. – 1984. – 30, 281-288.

Мануйлова Ю.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Прилепских О.С.

ФОРМЫ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЁНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В современной специальной психологии и педагогике семья, имеющая ребенка с отклонениями в развитии, рассматривается в контексте системного подхода. Дополнением и развитием теории семейных систем, как указывают Е. М. Мастюкова и А. Г. Московкина, является социально-экологическая модель семьи. Данная модель включает биологические, физические, психосоциальные характеристики семьи и ее окружения как единой системы. Главная идея социально-экологической модели состоит в том, что качество взаимодействия человека с его непосредственным окружением (семьей, близкими людьми, специалистами) самым тесным образом зависит от того, каким способом происходит опосредование этого взаимодействия с участием более широкого социального окружения. Понимание семьи как системы обусловливает необходимость применения комплексного подхода к организации социальной, медицинской, психолого-педагогической помощи ребенку с отклонениями в развитии и всей семье в целом.

Большой круг исследований, проведенных в области возрастной психологии и педагогики (Я. Л. Коломинский, М. И. Лисина, В. С. Мухина, Е. О. Смирнова, Л. М. Шипицина и др.), показывает, что одним из компонентов межличностных отношений является общение как основное условие нормального развития ребенка.

Семья, где растет ребенок с ограниченными возможностями здоровья, нуждается в особом подходе. Чтобы эффективно управлять формированием личности ребенка, требуются глубокие знания психологических закономерностей, объясняющих специфику развития ребенка на всех возрастных этапах [1].

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья является стрессом для семьи. Ребенок-инвалид ограничен в свободе и социальной значимости. У него очень высока степень зависимости от семьи, ограничены навыки взаимодействия в социуме. Проблема воспитания и развития «особого» ребенка становится непосильной для семьи, родители оказываются в психологически сложной ситуации: они испытывают боль, горе, чувство вины, нередко впадают в отчаяние. Таким семьям необходима комп-

лексная психолого-педагогическая помощь. К работе с семьей, имеющей больного ребенка или ребенка-инвалида, следует подходить с гуманистических позиций, ориентировать родителей на опережающую подготовку ребенка к жизни, вырабатывать у него умение мыслить категориями будущего, формировать позитивные перспективы его развития. Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья является одним из важных звеньев в системе их реабилитации.

По мнению А.Н. Леонтьева под психологической помощью подразумевается система профессиональной деятельности, куда включены взаимосвязанные компоненты направленные на создание специальных условий для активизации и коррекции развития ребенка: систематическая психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья в виде психологической поддержки; систематическая психологическая помощь родителям и родственникам детей с ограниченными возможностями здоровья в виде консультирования, бесед, обсуждений; организация жизнедеятельности ребенка с учетом его психических и физических возможностей [2].

Существуют следующие принципы работы при оказании психологической помощи:

1. Личностно-ориентированный подход к детям, к родителям, где в центре стоит учет личностных особенностей ребенка, семьи; обеспечение комфортных, безопасных условий;

2. Гуманно-личностный – всестороннее уважение и любовь к ребенку, к каждому члену семьи, вера в них, формирование позитивной «Я-концепции» каждого ребенка, его представления о себе (необходимо, чтобы слышал слова одобрения и поддержки, проживал ситуацию успеха);

3. Принцип комплексности – психологическую помощь можно рассматривать только в комплексе, в тесном контакте психолога с логопедом, воспитателем, музыкальным руководителем, родителями;

4. Принцип деятельностного подхода – психологическая помощь осуществляется с учетом ведущего вида деятельности ребенка (в игровой деятельности), кроме того, необходимо ориентироваться также на тот вид деятельности, который является личностно-значимым для ребенка.

В работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья нужно стремимся использовать технологию обеспечения социально-психологического благополучия ребенка – обеспечение эмоциональной комфортности и хорошего психологического самочувствия в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду и дома [3].

В психолого-педагогической литературе одной из наиболее распространенных форм работы психологов с родителями является консультирование – дифференцированный подход к каждой семье, имеющей «особого» ребенка. Существуют также семинары-практикумы – где родители знакомятся с литературой, играми, учатся применять полученные знания на практике.

К формам работы относятся и деловые игры – проведение совместных праздников, где родитель может видеть достижения своего ребенка, участвовать совместно с ребенком (мама рядом). В этот период задача психологов помочь родителю не стесняться своего ребенка, воспринимать таким, какой есть, помочь ребенку быть уверенным в себе, развивать его познавательную деятельность и эмоционально-волевую сферу.

Оказание эффективной помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями, сложный процесс, поскольку отсутствует целостный методологический подход к определению содержания, механизмов, форм и методов психологической помощи таким семьям. В России предлагается создание психологического клуба родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Актуальность создания такого клуба обусловлена:

На психологическом уровне – необходимостью профилактики стресса, имеющего пролонгированный характер, который в свою очередь оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей [4].

На социальном уровне – необходимостью установления доверительно-поддерживающих отношений между родителями, поскольку происходит деформация во взаимоотношениях между родителями больного ребенка, вследствие чего нередко наблюдаются разводы, а также семья становится малообщительной и избирательной в контактах, то есть формируется ограниченный микросоциум, в котором преимущественно и воспитывается ребенок.

На соматическом уровне – необходимостью прерывания патологической цепочки, которая от заболевания ребенка ведет к психогенному стрессу у матери (родителей), который, в свою очередь, провоцирует соматические или психические заболевания.

Основной целью психологического клуба родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья является социально-психологическая поддержка семей. Основными задачами являются: оптимизация детско-родительских отношений; улучшение психо-эмоционального состояния родителей; гармонизация супружеских отношений; создание и укрепление отношений между семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья, в целях расширения круга взаимодействия.

Работа психологического клуба родителей предполагает как индивидуальную (семейную), так и групповую формы работы. Эффективность работы зависит от участия родителей в прослушивании лекций по особенностям психического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, в тренингах, направленных на коррекцию эмоциональных состояний, межличностных и детско-родительских отношений.

Учитывая особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, для оптимального сотрудничества с ними важными являются позитивность консультирования, преодоление пассивной позиции семьи.

Таким образом, оказание эффективной помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями сложный процесс, т.к. отсутствует целостный, достаточно проработанный методологический подход к определенно содержания, форм и методов психологической помощи [5].

Анализ литературы по данной проблеме показали, что теоретические и практические аспекты требуют дальнейшей разработки. Семья с «особым» ребенком вследствие психологической нагрузки структурно деформируется, она беспомощна, ее положение можно охарактеризовать как внутренний (психологический) и внешний (социальный) тупик. Члены такой семьи имеют личностные нарушения, т.к. находятся в длительно действующей психотравмирующей ситуации. Вся семья в целом нуждается в психокоррекционной работе. Для определения основных стратегий помощи семьи необходимо учитывать качественные характеристики личностных изменений родителей, ту фазу кризиса, на которой в данный момент находится семья.

Форма работы определяется мотивацией родителей, их личностными характеристиками. Приемлемы как индивидуальная, так и групповая формы работы.

Литература

1. Ипполитова, М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: кн. для родителей / М.В. Ипполитова. – М.: Просвещение, 1993.

2. Левченко,И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студентов / И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько. – М.: Академия, 2001.

3. Мамайчук, И.И., Киреева Л.А. Психолого-педагогическая помощь семье. – М.: Просвещение, 1986.

4. Семаго, М.М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства. – М., 1992.

5. Семья в России. 2008: Стат.сб. / Росстат – М., 2008. – С. 172-175.

6. Ткачева В.В. Психологическая помощь семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии. Дисс. ...канд. психол. наук. – М., 1999.

7. Ткачева В.В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями / В.В.Ткачева // Дефектология. – 2005. – №1. – С.25-34.

Муравьева О.Д. г. Ставрополь, ФГБОУ ВПО СевКавГТУ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Шаповаленко З.И.

РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Детство человека с ограниченными возможностями, его реабилитация и адаптация в социуме являются ключевыми для становления его личности.

Одним из важнейших факторов социализации такого ребенка является семья и ее влияние на социальную адаптацию, так как на нее возлагается ответственность ухода и воспитания ребенка.

За последних несколько десятилетий значительно возросло количество детей с ограниченными возможностями здоровья. В нашей стране возросло примерно в 13 раз. Еще в 1980 году их было зарегистрировано в России около 50тыс., в 1990 году – уже 155 тыс. По данным министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Татьяны Голиковой на август 2009 года, численность детей-инвалидов в России составляет 545 тысяч человек. [7]

По состоянию на 01 января 2011 года в Ставропольском крае проживает более 15 тыс. детей с ограниченными возможностями здоровья (в 2005 году их число составляло около 13 тыс.) наблюдается рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья, в первую очередь, за счет увеличения количества детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью. Объясняется этот рост плохой экологической обстановкой, высоким уровнем заболеваемости родителей, множеством нерешенных медицинских, социальных, экономических, психологических проблем. [8]

Изучением семей, воспитывающих ребенка-инвалида в зарубежной литературе занимались такие ученые как Скиннер Р., Миллер А., Шнейдер Л. Б., Д. Хейли. В отечественной литературе разработкой этой проблемы занимались Е.М. Мастюкова, И.И. Мамайчук, М.М. Семаго, Л.М. Шипицина, М.С.Певзнер, И.Ю.Левченко, Г.А.Мишина, И.А.Скворцов, А.С.Спиваковская. Большинство из них посвящены теоретическим и практическим аспектам работы с самим ребенком, а вот работ, рассматривающих помощь семье, где воспитывается и живет больной ребенок – не достаточно.

Семья, имеющая ребенка с особыми нуждами – это семья, где происходит дезинтеграция семейных отношений. Болезнь ребенка зачастую меняет весь привычный уклад жизни в семье. Возникают неровные, конфликтные отношения между супругами и другими членами семьи. Родители затрудняются определить свою роль в новых сложных условиях, они не всегда умеют создать условия, позволяющие ребенку нормально развиваться, обучаться и самореализоваться.[5]

Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья, с точки зрения М.Н. Андреевой, всегда тяжелый психологический стресс для родителей. Неблагоприятная динамика нарушений в развитии у детей оказывает сильное деформирующее воздействие на психику родителей, так как они находятся в длительно действующей психотравмирующей ситуации. Как следствие у них, формируются личностные нарушения, проявляющиеся в разных эмоциональных состояниях и реакциях, в эмоциональной неустойчивости родителей. [1]

Поскольку изначально именно семья является ресурсом для личностного развития ребенка-инвалида, возникает необходимость сохранения и под-

держания психического и психологического здоровья членов семей, имеющих такого ребенка. В этой связи, по мнению М.М Семаго, возникает необходимость обобщения и систематизации информации о детской инвалидности в целом и о семьях, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями с целью разработки эффективных мер предупреждения и коррекции личностных нарушений родителей, а также с целью описания основных направлений и форм работы с такими семьями.[4]

В последнее время, как указывает Л.П. Боровая, в учреждениях, где воспитываются и обучаются, проходят реабилитацию дети с ограниченными возможностями здоровья, развивают сотрудничество специалистов с родителями, активизируют формы работы по взаимодействию учреждения с семьей, совершенствуют систему комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения.[2]

По мнению И.И.Мамайчук, для специалистов установление отношений сотрудничества с родителями, взаимодействие с семьей предполагает изменение перспективы профессиональной деятельности, дает ощущение востребованности собственной деятельности, пробуждает ресурсы для творчества, поиска новых форм работы, выбора методического подхода, повышает эффективность и результативность деятельности. [3]

Для родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, сотрудничество со специалистами расширяет представление о собственной компетентности, придает уверенность в своих силах, влияет на понимание своих возможностей и компенсаторных возможностей ребенка, способствует активному участию в процессе обучения и воспитания, помогает родителю и ребенку адекватно взаимодействовать друг с другом.

Родители, включаясь в процесс социальной поддержки, становятся более объективными в оценке проблемы, связанной с болезнью ребёнка. Они начинают проявлять социальную активность, не замыкаясь на своем ребенке.

Таким образом, как утверждает В.В. Ткачева, необходимо проводить целенаправленную работу с родителями, в первую очередь, с матерями больных детей. Эта работа должна включать обследование внутреннего состояния матерей, выявление наиболее трудных в психологическом плане моментов в жизни семей, оказание консультативной и практической помощи. Необходимо, чтобы родители не оставались один на один со своей бедой, чтобы ограниченные возможности ребенка не становились только личным делом семьи. Родители детей с нарушениями должны поверить в свои силы и активно совместно решать насущные проблемы своих детей и своей семьи.[6]

В связи с этим в Ставрополе, на базе ГУ «Центр психолого-педагогической помощи населению» для родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, организуется двухлетний групповой проект. Проект предполагает параллельную работу группы для родителей и детей. В ходе работы группы родители смогут обмениваться опытом конст-

руктивного взаимодействия со своими детьми, получать социально-психологические знания эффективного решения конфликтов в семье и в отношениях с подрастающими детьми, получать поддержку от психологов и других участников группы.[9]

Литература

1.Андреева М. Н. Проблемы семьи, воспитывающей ребенка-инвалида на разных возрастных этапах развития / М. Н. Андреева // Социальное обеспечение. – 2006.

2.Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей / Л. П. Боровая // Социально-педагогическая работа. – 1998.

3.Мамайчук, И.И., Киреева Л.А. Психолого-педагогическая помощь семье. – М.: Просвещение, 1986.

4.Семаго, М.М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства. – М., 1992.

5.Семья в России. 2008: Стат.сб. / Росстат – М., 2008. – С. 172-175.

6.Ткачева, В. В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями / В. В. Ткачева // Дефектология. – 2005.

7. www.deti.rian.ru

8. www. News.1777.ru

9. www.stavregion. ru

Омелянчук О.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Ершова В.В.

СЕМЕЙНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С НАРУШЕННЫМ СЛУХОМ

Рождение ребенка с отклонением в развитии оказывается испытанием для всех членов семьи. Поскольку родители связывают с детьми свои надежды, в том числе по реализации своих неисполненных мечтаний, они тем самым как бы поднимаются на более высокую ступень личностного развития, принимая на себя обязанности воспитателей следующего поколения. Ребенок с отклонениями в развитии в силу своих особенностей лишает родителей многих возможностей. Создается психологической противоречие между созреванием новых отношений в семье и возможностью их осуществления, которое усугубляется в случае единственно возможного ребенка. В большей степени это затрагивает слышащих родителей. Значимым аспектом является тот факт, что “все усилия профессиональных работников зачастую в первую очередь сконцентрированы на ребенке и его потребностях, а исключительные потребности родителей либо отходят на второй план, либо вообще не учитываются”.

Взаимное непонимание в процессе социальных контактов становится причиной значительного своеобразия в эмоциональных отношениях глухих детей

с окружающими. Однако, при активной работе и правильных отношениях к ребенку как вне, так и внутри семьи, можно добиться значительных успехов в социализации ребенка с нарушением слуха. Именно поэтому так важно и актуально на сегодняшний день понимать ценность психолого-педагогической работы с семьями, воспитывающими детей с нарушениями слуха.

Потребность в оказании специальной психологической помощи таким семьям возникает из-за огромного числа разнообразных проблем, с которыми эти семьи повседневно встречаются, очевидна. Важнейшее значение имеет создание благоприятной реабилитационной и коррекционно-обучающей среды для ребенка в период его пребывания дома. Это требует от родителей определенного объема знаний, способствующих пониманию потребностей и возможностей ребенка. Они также должны владеть практическими навыками, позволяющими методически правильно общаться с ребенком и правильно его воспитывать.

Консультирование семьи, воспитывающей ребенка с любыми отклонениями в развитии, в том числе и с нарушениями слуха, включает не только советы и рекомендации психолога, но и процедуру ее психологического изучения. Психолого-педагогическое консультирование и семейное консультирование чаще осуществляются в рамках единой консультативной процедуры.

Практическая работа с семьями, воспитывающими детей с нарушениями слуха, подразумевает следующую организационную форму консультирования семей.

Первый этап. Знакомство. Установление контакта и достижение необходимого уровня доверия и взаимопонимания.

Первое впечатление о психологе оказывает огромное влияние как на дальнейший ход исследования, так и на возможность достижения положительного результата консультации. Тональность первой фразы, выразительность мимики, движений, открытость улыбки – это те невербальные средства, которые используются психологом для установления контакта и вхождения в мир проблем семьи ребенка с отклонениями в развитии. Родители и ребенок с первой минуты общения могут находиться в некотором напряжении. Об этом свидетельствуют выражения лиц, позы, повышенные или пониженные голоса близких ребенка. Не стоит забывать, что для членов семьи ребенка с отклонениями в развитии это еще одно испытание в череде попыток найти истину, исцеление и покой. Поэтому позитивная тональность беседы, которую ведет психолог, его бодрое приветствие позволяют снять напряженность и приступить к изучению проблем в этой семье.

Второй этап. Определение проблем семьи со слов родителей или лиц, их замещающих. Вначале психолог беседует со всеми членами семьи, выясняя проблемы, которые их волнуют. Он внимательно слушает родителей ребенка и лишь изредка ставит вопросы для уточнения деталей. Затем беседа продолжается отдельно (без ребенка) с каждым взрослым, со-

провождающим ребенка, по его желанию. Но беседа с матерью и отцом проводится обязательно.

В индивидуальной беседе с родителями психолог собирает информацию о семье. Он знакомится с историей жизни семьи, уточняет ее состав, выясняет анамнестические данные о ребенке, историю его рождения и развития, изучает документацию, принесенную родителями на консультацию (результаты клинических и психолого-педагогических исследований, характеристики из образовательных учреждений), анализирует творческие и контрольные работы ребенка.

На этом этапе у психолога формируется первичное обобщенное представление о проблемах ребенка и его семьи.

Третий этап. Психолого-педагогическая диагностика особенностей ребенка. На этом этапе консультирования на беседу и обследование приглашается ребенок. С этого момента осуществляется диагностика интеллектуальных и личностных особенностей ребенка, прогнозируются его возможности к обучению по определенной программе.

В процессе диагностики педагог-психолог изучает как уровень сформированности высших психических процессов у ребенка в соответствии с возрастными нормативами развития, так и его личностные характеристики.

Следует отметить, что если родители консультируются у специалиста учреждения, в котором уже обучается их ребенок, то они могут быть ознакомлены с результатами психологического изучения ребенка, основная часть которого была проведена заранее в рамках коррекционно-диагностических мероприятий учреждения.

Четвертый этап. Определение модели воспитания, используемой родителями, и диагностика их личностных свойств. Необходимым и важным этапом консультирования и изучения семьи является определение характера межличностных взаимоотношений родителей с ребенком и модели его воспитания. Особенности этих взаимоотношений во многом определяются личностными характеристиками самих родителей (психологическим типом).

Одновременно родителям сообщается, что вся информация, которую они доверяют психологу, строго конфиденциальна и никогда не будет использована во вред ребенку или его семье, что предписано этическим кодекса психолога.

В начале обследования с целью снятия опасений и лишних сомнений родителям предлагаются самые элементарные тесты: методика М. Люшера, методика “Моя семья”. В качестве домашнего задания родителям предлагают методику “История жизни с проблемным ребенком”, подробно объяснив инструкцию к ее выполнению.

Обследование родителей при первичном консультировании продолжается не более 40 – 50 минут. Это время, которое большинство родителей, по оценкам специалистов, соглашается потратить на обследование. В случае

если возникла необходимость в дополнительной информации, семья приглашается на повторное консультирование.

Пятый этап. Формулирование психологом реальных проблем, существующих в семье. Этот этап продолжает процедуру диагностики и консультирования семьи. Он посвящается обсуждению с родителями реальных проблем, которые были выявлены в беседе и в процессе психологического изучения ребенка и его семьи. Психолог уточняет проблему, а при необходимости ее и переформулирует. Задача психолога на этом этапе заключается в том, чтобы обратить внимание родителей ребенка на действительно существенные и значимые стороны проблемы. Он подсказывает родителям возможный выход, а в случае неверной трактовки проблемы стремится убедить в неправильности их собственной позиции.

Шестой этап. Определение способов, с помощью которых проблемы могут быть решены. Основные проблемы семей, воспитывающих детей с нарушениями слуха, решаются в результате осуществления следующих мер: правильного выбора для ребенка программы обучения и вида специального (коррекционного) образовательного учреждения; организации коррекционной работы с ребенком в домашних условиях; выбора адекватной модели воспитания и обучения практическим навыкам воспитания родителей ребенка; формирования у ребенка адекватных отношений со всеми членами семьи и другими лицами (родственниками, учителями); изменения мнения родителей о “бесперспективности” развития их ребенка; установления адекватных взаимоотношений между всеми членами семьи и формирования на этой основе благоприятного психологического климата.

Одновременно специалист осуществляет поиск дополнительных мер, которые могут быть необходимы для решения основных проблем.

Специалист дает подробные разъяснения по поводу того, что необходимо делать и как осуществлять работу с ребенком по каждому из перечисленных выше направлений. Психолог предупреждает родителей о возможности существования отсроченного решения проблем, т.е. отдаленного результата предлагаемых к реализации мер. Если же родители не демонстрируют согласия с позицией специалистов или же сомневаются в том, что способны осуществить намеченный план, им предлагается посещение коррекционных обучающих занятий с ребенком.

Седьмой этап. Подведение итогов, резюмирование, закрепление понимания проблем в формулировке психолога. Завершая консультирование, педагог-психолог заново формулирует проблемы семьи, предлагает родителям свою интерпретацию существующих трудностей и указывает способы их разрешения. При этом учитывается, что для достижения понимания интерпретации семейных проблем, данной психологом, родителю необходимо время для обдумывания и формирования нового взгляда. У родителей может возникнуть неудовлетворенность от результатов консультирования, особенно если

их позиция подвергалась сомнению. В таком случае семья (или один родитель с ребенком) приглашается на дополнительное консультирование.

Как видим, консультирование семей с детьми, имеющими нарушение слуха является хорошо разработанной формой взаимодействия семьи и специалистов-дефектологов. Данная форма работы призвана помочь родителям преодолевать многие внутриличностные конфликты и проблемы, настроить родительско-детские взаимоотношения, развивать коммуникативные формы поведения, формировать навыки правильного взаимодействия и общения с ребенком.

В заключении следует отметить, что только совместная работа социальных работников, педагогов и родителей в работе с детьми с ограниченными возможностями позволит решить проблемы развития личности ребенка, его социальной реабилитации и адаптации в будущем.

Литература

1.Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие / Т.Г. Богданова. – М.: Академия, 2002. – 224 с.

2.Боровая, Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющих тяжело больных детей / Л.П. Боровая // Социально-педагогическая работа. – 1998. – № 6. – С.59 – 63.

3.Головчиц, Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Л.А. Головчиц. – М.: Владос, 2001. – 304 с.

4. Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: книга для родителей / А.Р. Маллер. – М.: Педагогика – Пресс, 1996. – 80 с.

5. Мастюкова, Е.М. Они ждут нашей помощи / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. – М.: Педагогика, 1991. – 160 с.

6.Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. – М.: Гном и Д, 2000. – 64 с.

Предыбайло А.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Мишина А.В.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

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, на мой взгляд, её испытаний – утрата здоровья и связанная с ним инвалидность.

Дети с ограниченными возможностями здоровья – дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ общего образования вне специальных условий обучения и воспитания, то есть это дети-инвалиды либо другие дети в возрасте до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом или психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения [5]. Как правило, проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей.

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями здоровья 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[3].

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.

Отмечая государственное внимание к детям с ограниченными возможностями здоровья, 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 здоровья. Правильный выбор профессии с учетом индивидуальных возможностей позволяет ему быстрее адаптироваться в обществе.

Значимой составной частью социальной работы является психолого-педагогическая подготовка родителей.

Общеизвестно, что в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья происходят качественные изменения на трех уровнях: психологичес-

ком – 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 [4].

Очевидно, 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, имеющими инвалидность, – особая категория, относящаяся к «группам риска». Известно, что количество психических (невротически и психосоматических) расстройств в семьях с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья выше, чем в семьях, не имеющих детей данной категории в 2,5 раза.

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

На первый взгляд ребенок с ограниченными возможностями здоровья 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. Нужно быть готовым к трудностям и разочарованиям. Снятие межличностных или куль-

турных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и социальным работником (или любым другим специалистом комплекса услуг по реабилитации) может потребовать определенных усилий. Однако нужно помнить, что при отсутствии взаимодействия специалистов и родителей результат работы с ребенком может быть нулевым [1]. Что же значить 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, можно сделать следующий вывод: 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.

Литература

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М., Инфра-М, 2001.

2. . Инвалиды: язык и этикет. – М.: РООИ “Перспектива”, 2000.

3. Специальная педагогика/ Под ред. Н.М.Назаровой. – М.: Академия, 2000. – С.247-278.

4. Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования: приказ Минобрнауки России от 6.10.2009 г. №373 // Администратор образования (ОвД). 2010 г. – №3. – С.12-34.

5. Примерные программы начального общего образования в 2-х частях – М.: Просвещение, 2008 г. – (Стандарты второго поколения).

Тулинова М.С. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Долганина В.В.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Появление в семье психически или физически неполноценного ребенка всегда связано с сильными эмоциональными переживаниями родителей. Корен-

ным образом меняются жизненные позиции родителей. Узнав о рождении ребенка с каким-либо отклонением, родители испытывают подчас противоречивые чувства – от недоверия и нежелания соглашаться с мнением врачей до полного отчаяния. Особенности психологического климата в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, описаны в исследованиях Ю. А. Блинкова, Т. Г. Богдановой, Т. Н. Волковской, С. А. Игнатьевой, М. В. Ипполитовой, Е. М. Мастюковой, А. Г. Московкиной, М. М. Семаго, В. В. Ткачевой [7].

Среди зарубежных исследователей можно выделить работы таких учёных как B. Lagerheim, C. Gillberg, J. Weis, J. Zuber и другие. Следует отметить, что в этих работах в той или иной степени характеризуются семейная атмосфера и влияние социального окружения на особенности развития больного ребенка. Однако в работах вышеуказанных ученых в значительно меньшей степени отражены особенности взаимоотношений матери и ребенка с ограниченными возможностями здоровья и их влияние на личность ребенка.

Межличностные отношения между матерью и ребенком с ограниченными возможностями здоровья в силу специфических особенностей социальной ситуации развития могут рассматриваться как основной механизм формирования и развития личности ребенка. Известно, что эмоциональные связи между матерью и ребенком являются основой формирования ценностного отношения ребенка к себе, к другим, к окружающему миру. Состояние эмоциональной сферы является показателем личностного здоровья ребенка, обусловливающим его социальное поведение [1].

Отношения между детьми и родителями, в частности отношения ребенка с матерью, являются чрезвычайно важными для становления ребенка как социального существа, ибо они оказывают решающее влияние на развитие его самосознания и личность в целом [6].

Исследования показывают, что матери детей с ограниченными возможностями здоровья, независимо от характера патологии, имеют те или иные личностные проблемы. Они часто подавлены и переживают чувство вины из-за рождения аномального ребенка, испытывают социальную изоляцию, а чрезмерная погруженность в воспитание ребенка приводит к фрустрации их базовых потребностей. Депрессии, внутриличностные конфликты, невротические и психопатические реакции, искажение родительских установок и отношения к ребенку со стороны матери – все это свидетельствует о нарушении адаптации к сложившейся ситуации, связанной с рождением «особенного» ребенка. Подавляющая часть матерей испытывает острую необходимость в квалифицированной психологической помощи [3].

Личностное состояние матери имеет определенную стадиальность, связанную с динамикой родительского кризиса. Эта стадиальность раскрывает действие различных механизмов адаптации к ситуации «особого» материнства [1].

На первой стадии – эмоциональной дезорганизации преимущественные состояния и реакции матери: шок, растерянность, беспомощность, страх.

Этот период сложен тем, что родители оказываются просто не в состоянии адекватно понять и переработать полученную информацию. Матери испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности, рассматривая себя как ответственных за произошедшее, они испытывают неослабевающее чувство вины, усиливается самокритика, растет чувство неудовлетворенности собой. Чувство вины зачастую перерастает во всепоглощающие страдания и переживания по поводу поступков и ошибок, приведших, как они считают, к заболеванию ребенка. Чувство вины может также вызвать преувеличенную родительскую заботу. Сопоставление действительности с идеальной моделью семьи и ролью в ней матери выливается в субъективное ощущение личной неадекватности. И здесь велика опасность в формировании негативного мироощущения, которое становится средством моральной самозащиты, позволяющей оправдать и принять как должное весь спектр наличествующих негативных ощущений.

Вторая стадия или фаза рассматривается исследователями как период негативизма и отрицания. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувства стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом защитного устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Крайней фазой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо корректирующих мероприятий. Отрицание болезни родителями играет защитную функцию. Частая реакция на поставленный врачом диагноз – это просто неверие в существование болезни. Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов в этой области. В основе такого поведения лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Родители могут отрицать наличие отставания в развитии и верить, что лечение или какой-то тип терапии решит проблему. На этой стадии развивается так называемое «копинг-поведение»: это бесчисленные консультации, начиная с медицинских светил и заканчивая различными знахарями и целителями. Такая погоня за «чудесным средством» искажает восприятие реальной ситуации, мешает адекватной адаптации родителей к факту рождения аномального ребенка [3].

Дополнительной реакцией может быть попытка переложить ответственность за состояние ребенка на других, растет напряженность в отношениях с окружающими. При этом часто отмечаются эмоциональная неустойчивость и рост уровня тревожности. Утрата произвольного контроля над эмоциями проявляется в невозможности справиться со своим состоянием, навязчивости характера переживаний. Любое, даже малозначительное, событие может привести к утрате контроля. При этом масштаб переживаний несоразмерен событию. Следствием этого становится снижение уровня соци-

альной и психологической компетентности матери, неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях, социальная изоляция.

Третья фаза родительского стресса – горевание. Чувство гнева или горечи может породить стремление к изоляции, но в то же время найти выход в формы «эффективного горевания». Перед необходимостью заботы о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, специального непрерывного ухода за ним у родителей могут возникать амбивалентные чувства в отношении форм выражения печали. Синдром, получивший название «хроническая печаль», является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, «несоциализируемости» его психического и физического дефекта, неутихающей боли. Эта стадия характеризуется состоянием глубокой депрессии матери [1].

На стадии эмоциональной реорганизации родители начинают ценить и любить своего ребенка. Мать понимает, что рождение ребенка с нарушением в развитии – это факт, с которым нужно смириться. Родители развивают реалистичный взгляд на дефект их ребенка, его роль в семье и приходят к тому, что принимают этот груз и длительные последствия. Здесь мать может переключиться с собственных переживаний на интересы ребенка и выработать оптимальный стиль взаимоотношений с окружением. К этому моменту происходит формирование позитивной установки по отношению к себе у мамы и преодоление социальных стереотипов в отношении ребенка.

Особо негативно на психику матери, ее личностные особенности и отношение к ребенку влияет патологический симбиоз, как довольно частый неблагоприятный тип детско-родительских отношений, складывающийся в семье с ребенком с ограниченными возможностями. В норме стадия симбиоза постепенно сменяется возрастающей автономией ребенка, в случае аномалии ребенок длительное время сильно зависим от матери и отношения симбиоза растягиваются на неопределенный, связанный с тяжестью дефекта срок. Идентификация себя со своим ребенком приводит к тому, что мать воспринимает неудачи ребенка как свои собственные, любая несправедливость, даже порожденная субъективным восприятием матери, переносится ею на собственное «Я», снижает самооценку, формирует протестные реакции и повышает уровень психологических защит. Это сопровождается повышенной ранимостью, формированием комплекса вины и неполноценности у многих матерей. Отношение к ребенку носит амбивалентный характер, возникает острый внутриличностный конфликт, растет общая невротизация.

Таким образом, рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья – сильный травмирующий фактор для всей семьи, связанный с изменением семейного уклада и мировосприятия. Семьи, воспитывающие детей таких детей, испытывают значительные трудности. Наибольшие трудности в данной ситуации приходятся на долю матери. Выше обозначенные осо-

бенности отношений матери к такому ребенку, свидетельствуют о необходимости оказания им специальной психологической помощи не только в вопросах воспитания, но и в вопросах восприятия, принятия ребенка с ограниченными возможностями здоровья и взаимодействия с ним. Социальная адаптация этих детей напрямую зависит от грамотного родительского, прежде всего материнского, поведения.

Литература

1. Горячева Т. Г., Солнцева И. А. Личностные особенности матери ребенка с отклонениями в развитии и их влияние на детско-родительские отношения / Под ред. В. К. Шабельникова, А. Г. Лидерса. – М., 2008. С. 285-298.

2. Добряков И. В., Крыжко Е. В. Психическое развитие детей с церебральными параличами: особенности, отклонения, расстройства, психокоррекция и психотерапия / Под ред. И. В. Добрякова, Т. Г. Щедриной. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2009. Гл. 3. С. 113-137.

3. Добряков И. В., О. В. Защиринская О. В. Психология семьи и больной ребенок : хрестоматия. – СПб. : Речь, 2007.

4. Карпова Н. Е., Стрекапова Т. А. Особенности самопринятия матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом / Под ред. В. К.Шабельникова, А. Г. Лидерса. – М., 2010. С. 111-119.

5. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Под ред. В. И. Селиверстову. – М.: «ВЛАДОС», 2009. С. 306-318; 331-333.

6. Романова О. Л. Психологическое исследование особенностей материнской позиции женщин, дети которых страдают церебральным параличом / Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2010. № 9. С. 109-114.

7. Селиверстов В. И. Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учебное пособие / Под редакцией: Селиверстов В. И. Денисова О. А. Кобрина Л. М. М.: «ВЛАДОС», 2009. – 360 с.

РАЗДЕЛ V

АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Александрович А.А., Трухин П.Т. г. Ессентуки, филиал ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: ст. преподаватель Черноиванова Т.Н.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – УДИВИТЕЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН

Адаптивная физическая культура – воистину социальный феномен, целью которого является налаживание и укрепление социальных связей человека, ранее имевшего ограниченный доступ или вообще не включенного в социальный процесс приобщения его к полноценной жизни, наполненной новым смыслом и положительными эмоциями. Адаптивная физкультура-это не метод лечения, а способ переключения внимания инвалидов с болезни на общение, активный отдых и развлечения… Важно то, что людей с проблемами здоровья ориентируют на соревнования и на достижение максимальных результатов.

Адаптивная физическая культура интегрирует в себе физическую культуру, медицину, коррекционную педагогику и специальную психологию, а это значит, что мы выбрали непростую, но интересную и крайне необходимую многим и многим профессию.

Профессия учителя, как и профессия врача – что называется от Бога. Взгляд на этих людей как на не имеющих права на ошибку, затрудняет профессиональный и личностный рост, ведёт к эмоциональному выгоранию. Противостоять этому может только осознание собственного несовершенства и готовность к лучшему изменению. По понятным причинам к учителю адаптивной физкультуры предъявляются особые требования, призванному коренным образом поменять взгляды на себя и на образ жизни. Оценка профессиональной компетентности учителя, поиск эффективных моделей обучения, как учащихся, так и самих учителей – эти проблемы перекочевали в третье тысячелетие. Утешает правда то, что нет ни одной страны в мире, где образовательная система не испытывала бы серьёзных проблем. Практически все реформы несостоятельны потому, что истоки этих проблем – не столько социально-экономические, сколько морально-этические или духовно-нравственные. Здесь нужны принципиально новые решения, у которых другие средства, нацеленные на коррекцию души человека и уровень

его нравственности. Учителю крайне необходимо освободиться от догм и стереотипов, постоянно совершенствуя свой личностный и профессиональный рост. Очень важны такие личностные особенности и качества как психоэмоциональное состояние, ценностные ориентации, собственный индивидуальный стиль и уровень субъективного контроля.

Специфика нашей будущей профессии требует преодолеть отчуждение от обездоленного ребёнка. чувствовать всегда состояние другого человека, постоянно делать обучение и воспитание более эффективным, получая при этом удовольствие, что в этом мире кому-то стало интереснее жить, а у кого-то на лице всё чаще стала появляться улыбка.

Мы считаем, что хороший учитель должен быть всегда справедливым и честным перед собой, своими учениками и коллегами, умеет наладить контакт, как со своими учениками, так и с их родителями. Он умеет задавать тактичные побуждающие вопросы, показать свою компетентность в сфере своего педагогического мастерства. Демонстрируя желание помочь своим подопечным, сможет установить четкие процедуры проверки знаний. Он в меру мягкий и, при необходимости предельно строгий. Как в популярной песне «с любовью вспоминаю я о строгих, а добрых, если б знали вы, ругаю я…». Желая помочь учащимся, необходимо постоянно искать новые формы и методы работы при условии положительного восприятия всех учеников, самого себя и своих коллег

А ещё наша будущая профессия интегрирует в себе 6 компонентов:

-адаптивное физическое воспитание (АФВ),

-адаптивный спорт(АС)

-адаптивные двигательные реакции (АДР)

-физическая реабилитация (ФР)

-креативно-телесноориентированные практики (КТОП)

-экстремальные виды двигательной активности (ЭВДА). Все они довольно значимы в плане оздоровления.

Как важно информировать об оздоровительном значении тех или иных физических упражнениях и возможное использование креативных художественно-музыкальных и телесно-ориентированных практик, которые параллельно с физкультурой развивают интеллектуальные способности, способствующие быстроте и точной ориентации в получении информации.

В процессе занятий адаптивной физической культурой важно формировать умение рассуждать, способность анализировать и обобщать, критически оценивать все движения. Очень важно помогать овладеть информацией и умением в постановке вопросов, требующих сравнений и выводов как дедуктивных так и индуктивных. Надо вырабатывать навыки решения проблемных ситуаций.

Адаптивная физическая культура в значительной мере направлена на благоприятное изменение морфофункциональных свойств учащихся в онтогенезе, т. е. управление их физическим развитием. Следовательно, реализация

развивающейся функции предполагает постепенное развитие физических качеств учащихся (силы, быстроты, выносливости, ловкости и гибкости) и, основанных на них двигательных способностей, которые в свою очередь благоприятно влияют на улучшение общей физической подготовленности учащихся с отклонениями в состоянии здоровья, включая детей инвалидов. Учитель АФК обязан также воспитывать личностные качества учащихся специальных коррекционных классов (чувства коллективизма, трудолюбия, целеустремлённости, ответственности, дисциплинированности).

Воспитанию должно способствовать само содержание занятий по адаптивной физкультуре и педагогическое мастерство учителя АФК. Важно овладеть методами убеждения, умением использовать воспитательную силу примера, в том числе и личного примера и ряд других значимых положительных примеров.

Крайне важно развивать интерес к жизни и к физической культуре и спорту, вызвать осознание необходимости ежедневно выполнять физические упражнения как в учебное, так и в не учебное время. В нашей будущей профессии очень важно овладеть психологией общения, развивая в себе умения легко и быстро устанавливать деловой контакт с отдельными учениками, с классом и с родителями детей, имеющих проблемы со здоровьем.

В руках учителя адаптивной физкультуры всегда наготове универсальное средство и надёжны метод воздействия на организм аномальных детей, т.е. детей с достаточно серьёзными отклонениями в здоровье. И это удивительное средство – упражнение!

Гордеев Р.М. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: д.п.н., профессор Магомедов Р.Р.

«БЕЗБАРЬЕРНЫЙ ТУРИЗМ» ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Человек с инвалидностью связан не только с физическими, но и с моральными страданиями. Люди с ограниченными возможностями здоровья находятся в изоляции, боятся общества, боятся передвижения, часто опасаются покидать квартиру, что-то изменить в своей жизни. Не верят, что мир за порогом квартиры готов их принять. А общество, в свою очередь, не принимает инвалидов, не понимает их проблем и страхов, предпочитает не замечать тех трудностей, с которыми сталкиваются эти люди в своей современной жизни.

Мы твердо убеждены в том, что туризм – одно из наиболее мощных средств не просто интеграции инвалидов в общество, но и их реабилитации.

Туризм помогает нам всем понять эти проблемы и начать активно, совместными усилиями, решать их. Государство должно включить туризм в

программу реабилитации инвалидов, сделать их поездки такой же необходимостью, как лекарства или технические средства.

Мы пока мало говорим о положительном эффекте любого путешествия или хотя бы экскурсии для человека, который долгое время был, замкнут в четырех стенах, погружен в свои проблемы, свою боль. Инвалиды, которые пробовали путешествовать, очень хотят продолжить, этот род занятий. Когда они начинают путешествовать, исчезает страх – переступить порог дома, полететь на самолете, войти в море, начать общаться с другими людьми. Ведь даже люди с тяжелейшими травмами способны летать на парашютах или опускаться с аквалангом на морское дно! Представляете, как меняется их отношение к себе, к миру, если они достигают этого? Тот страх, который делает инвалида «другим» человеком в обществе, постепенно и навсегда уходит из его жизни.

По оценкам специалистов в Европе 70 % общего числа людей с ограниченными возможностями путешествуют, при этом большая часть таких людей путешествуют не в одиночку, а с сопровождающими. Спрос на «доступный туризм» (accessible tourism – термин, который чаще всего применяется в отношении туризма для людей с ограниченными возможностями здоровья) постоянно растет, и мировой опыт показывает, что туристы с ограниченной мобильностью занимают важный сегмент туристского рынка.

В связи с растущим спросом происходит обновление туристских продуктов и сервиса. Таким образом, в мировой туристской отрасли формируется новая целевая группа – туристы-инвалиды. В России по данным Минздравсоцразвития насчитывается около 14,5 миллионов инвалидов, что составляет около 10% всего населения страны. При этом туристская индустрия и инфраструктура доступного туризма в России фактически не получили своего развития.

Около 30% людей с ограниченными возможностями здоровья достаточно активны. Они занимаются бизнесом, принимают участие в политической жизни страны. Еще около 30% – это люди, которые могли бы путешествовать, если бы им создали условия, дали какие-то, хотя бы частичные, компенсации, а туристская и транспортная индустрия подходила к ним более щадящее. Они входят в категорию среднего класса. Остальным 40% людям с ограниченными возможностями здоровья путешествия материально не осилить. Но это не значит, что на них не надо обращать внимания. Государство должно отнестись к «доступному туризму» для людей с ограниченными возможностями здоровья, как к необходимому реабилитационному мероприятию. Желание инвалида путешествовать, осмысление того, что он на это способен, многих приведет к желанию зарабатывать. Создание «безбарьерной среды» – это и социализация, и интеграция в общество, а также социальная реабилитация.

Туроператоры должны отнестись к инвалидному сообществу, как к значимой и полезной категории потребителей – с точки зрения именно бизнеса, а

не благотворительности. В стране уже около 15 миллионов инвалидов, у них есть родные и близкие, которые могли бы ездить вместе с ними. Это та категория потребителей, которая сегодня полностью упущена турбизнесом.

Говоря принимающей стороне: если привезем группу детей, больных ДЦП, сможете ли вы организовать специальную физкультуру, иппотерапию? Предоставить четыре номера, а не два? Если туроператор поставит задачу перед своими партнерами, перед гостиничным бизнесом, перед транспортниками, чтобы потом удовлетворить нужды своих потенциальных клиентов с ограниченными возможностями здоровья – будет меняться и все остальное. Сейчас туроператоры молчат, гостиницы считают, что особой потребности нет, не приспособлены многие туристические объекты, на которые люди хотели бы попасть, в их числе храмы и монастыри, которые очень востребованы людьми, страдающими различными недугами.

Очень мало объектов, подготовленных для слепых и слабовидящих. Им нужны макеты, которые можно потрогать, чтобы понять, нужна возможность ориентироваться в пространстве, по которому они передвигаются, безопасное передвижение по улицам, в зданиях. Туристические автобусы для глухих могут быть оборудованы специальными экранами, чтобы люди видели переводчика-синхрониста, который повторяет слова экскурсовода. Информацию необходимо дублировать в письменном варианте везде. Особых вложений все это не требует, надо просто об этом задуматься.

Доступность туристских объектов для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в России и разных странах неодинакова.

Общепризнано, что лидерство в этом отношении принадлежит США. Далее государства Северной Европы – Швеция, Норвегия, Финляндия. Здесь инвалидов очень много, поскольку часто совершаются браки между людьми, имеющими кровную связь. Приток населения со стороны невелик, и все жители по большому счету родственники. В Германии поражает пунктуальность немцев. В маленькой деревне работает школа с 1970 года. В ней – пандусы, туалеты для инвалидов, стопроцентная доступность всех категорий. На вопрос, сколько инвалидов этой школе обучалось? Ответ: ни одного. Есть строительный стандарт, который надо соблюдать. В соседней Дании это уже не так строго. В Японии лифты на станциях метро адаптированы для инвалидов. В Париже и Лондоне проходит много благотворительных концертов для инвалидов. Вход свободный. Информацию о графике концертов можно почерпнуть в специальной прессе. В частности, в Лондоне – это газета Disability now. Англия, Франция – все хорошо, но не сто процентов. Египет – абсолютный нуль. Даже в благоустроенных зонах Хургады и Шарм-эль-Шейха для инвалидов нет ничего. Республики бывшей Восточной Европы, а также бывшего Советского Союза оставляют желать лучшего.

Среди инвалидов очень много людей, тяготеющих к так называемому экстремальному туризму. В силу того, что полученная травма или болезнь

ограничила телесно-двигательные возможности, им нравится преодолевать это состояние. Туроператоры учитывают это и предлагают инвалидам большой выбор экстремальных развлечений (скалолазание, альпинизм, горный туризм, сплав по реке, горные лыжи, парашютные прыжки и др.

Все «бешеные» аттракционы «Диснейленда» доступны для любой категории посетителей. Во Флориде вы можете полетать на вертолете, погонять в Дайтоне на гоночной машине, понаблюдать за аллигаторами на крокодиловых фермах, поиграть в мини – гольф для инвалидов и т.д.

Для людей с ограниченными возможностями здоровья развлекательный туризм оказывает большое влияние на физическое, психологическое и моральное оздоровление, создает среду полноценного общения, устраняет чувство потери достоинства, неполноценности и помогает интеграции в общество, предоставляет возможности для развития личности.

Познание истории, культуры, жизни других народов несет в себе большой гуманитарный потенциал, обогащает человека-инвалида, расширяет кругозор. Гуманитарное значение туризма не только в его познавательности, но и в мирной направленности, в интеллектуально-воспитательном воздействии.

Люди с ограниченными возможностями получают огромное удовольствие от общения с природой, наблюдают за ней в разное время года, учатся быть ответственными за сохранение природы и исторического наследия. Эти люди испытывают гордость от ощущения собственной значимости, радость от преодоления своего недуга и радость самоутверждения.

Таким образом, развитие доступного «безбарьерного туризма», разработка туристских программ с учетом доступности для людей с ограниченными возможностями здоровья – все это создает равные возможности для осуществления права на отдых, для приобщения к культурным ценностям.

Обеспечение равных возможностей в области туризма, должно быть приоритетной задачей. Мы хотим способствовать осуществлению желаний многих людей с ограниченными возможностями здоровья, ведь желание жить качественно и интересно не должно умирать в человеке, а, наоборот, должно получать развитие и тем самым способствовать укреплению социальных основ правового общества и, что самое главное, ВЕРЫ В СЕБЯ!

Кононенко Е.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Литвина Г.А.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Многолетняя отечественная и зарубежная практика работы с инвалидами, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, показывает, что

физическая культура и спорт для них – наиболее действенные методы реабилитации. Физическая активность, которая начинается уже во время пребывания инвалида в стационаре и продолжается после его выписки, препятствует уходу инвалида в свою болезнь. Физическая культура и спорт противодействуют ненормальному психологическому и асоциальному поведению, которое часто возникает на почве тяжелой инвалидности.

Цель физкультуры и спорта – развитие самодисциплины, самоуважения, духа соревнования и дружбы, т.е. тех характерных качеств, которые имеют существенное значение для интеграции или реинтеграции инвалида в обществе. Таким образом, физкультура и спорт в значительной степени «способствуют освобождению человека с тяжелой инвалидностью из изоляции, в котором он прозябал многие столетия из-за недостаточного понимания и отрицательной реакции окружающих его людей»[3,].

В настоящее время 7 миллионов взрослого населения России зарегистрированы как инвалиды I, II, III групп, возраст половины которых – до 45 лет. Ну, а если к тому же учесть общее количество хронических больных, находящихся на диспансерном учете, временно нетрудоспособных людей в результате травм или заболеваний, детей-инвалидов и лиц, не оформивших инвалидность, то в стране будет насчитываться 20-25 миллионов человек, нуждающихся в срочных реабилитационных мероприятиях. Особенно важно использовать средства и методы физической культуры, так как они уникальны и универсальны при реабилитации всех видов: медицинской, физической, психической и социальной[2].

Категории инвалидности и статистика

Принято условно разделять ограничения функций по следующим категориям:

-нарушения статодинамической функции (двигательной),

-нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции,

-сенсорные (зрения, слуха, обоняния, осязания),

-психические (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли)[1].

Роль физической культуры и спорта в жизни инвалида

-терапевтическое значение: занятия оздоровительной физкультурой и спортом- естественная форма лечебных упражнений, которую можно использовать в качестве дополнения к обычным методам физической реабилитации. Трудно переоценить их значение для восстановления сил инвалида, способности координировать свои действия, развития скорости и выносливости. Вступая в соревнование с самим собой, стремясь улучшить свою работоспособность, инвалид учится преодолевать усталость- основной симптом в ранних стадиях восстановления;

-психологическое значение спорта как отдыха: инвалид должен рассматривать каждую тренировку не только как победу, мышечную борьбу за

восстановление силы, но и как источник радости. У спорта есть значительное преимущество перед формальными физическими упражнениями- это фактор отдыха. Спорт как образец игровой деятельности восполняет потребность выражать жизненную радость и удовлетворение, заложенные в каждом человеке;

-физкультура и спорт- средство социальной реинтеграции инвалидов в общество, мощный стимул восстановления или установления контакта с окружающим миром. Таким образом, физкультура и спорт облегчают и ускоряют возвращение инвалидов в общество, способствуют признанию их как равноправных граждан. Существуют виды спорта и игры, в которых инвалиды могут принимать участие наравне со здоровыми людьми (например, сидя в креслах-колясках стрелять из лука, играть в кегли, настольный теннис и др.)[3].

Тренировка физическими упражнениями совершенствует организм, значительно повышает его возможности. Отличительные особенности тренированного организма в состоянии покоя:

-устойчивость – оптимальный уровень биохимических и физиологических констант и их высокая стабильность. Эти свойства обеспечивают значительную неподатливость организма к возмущающим влияниям физических упражнений;

-сопротивляемость – способность тренированного организма к более полной мобилизации функций, что связано со значительным диапазоном сдвигов во внутренней среде и всей вегетативной сфере. Это позволяет тренированному организму без ущерба выдерживать большие отклонения гомеостатических констант при мышечной деятельности;

-переносимость – выработанное в процессе тренировки свойство организма сохранять определенный уровень работоспособности при крайне неблагоприятных условиях, связанных с выполнением тяжелой и утомительной работы, большим недостатком кислорода, воздействием высокой и низкой температуры и т.д. При этом возникают такие сильные отклонения от гомеостатических констант, которые нетренированный организм вообще не в состоянии перенести, а тренированный к ним адаптирован[3].

Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа должна начинаться сразу по завершении этапа медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара[3].

Исходные условия для начала занятий:

-наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний;

-устойчивая мотивация, интерес и функциональные предпосылки;

-стабилизация, достигнутая в результате восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий после травмы или заболевания.

Противопоказания в большинстве случаев определяются различными заболеваниями внутренних органов и касаются инвалидов всех категорий, независимо от причины наступления инвалидности[3].

К регулярным занятиям физкультурой и спортом могут быть допущены инвалиды:

-с поражением спинного мозга на различных уровнях (оперированные или прошедшие курс консервативного лечения). После травм легкой или средней тяжести занятия рекомендуется начинать через 6 месяцев, постепенно увеличивая физическую нагрузку; после тяжелых травм- через 1 год (за исключением повреждений шейного отдела позвоночника);

-после перенесенной нейроинфекции; занятия физкультурой показаны в стадии ремиссии (не ранее, чем через год)[3].

Основные факторы, определяющие возможность занятий физкультурой и спортом инвалидов по зрению:

-состояние здоровья;

-характер глазной патологии;

-общая физическая подготовленность;

-уровень психологической подготовленности.

Эти факторы – основа определения показаний к ограничению и противопоказаний к физическим нагрузкам. Цель любой деятельности (трудовой, бытовой или спортивной) – удовлетворение той или иной потребности. В большинстве случаев потребность инвалида- обретение работы, восстановление здоровья, выступление на соревнованиях и т.д. Мотивация может быть сильной или слабой, в этом случае ее необходимо усилить с помощью внешнего воздействия (например, занятий физкультурой и спортом), т.е. создать мотивационную установку. У нее есть важное свойство, которое имеет значение при работе с людьми с ограниченными возможностями: она долго хранится в памяти и трансформируется в готовность при появлении соответствующих условий. Это, по сути, потенциальный мотив, который сформировался, но не проявляется в данный момент[3].

Следует учитывать депрессивное состояние у инвалидов, обусловленное многими факторами. Депрессивное настроение рано или поздно проявляется депрессивным поведением. Д. Майерс схематично проиллюстрировал порочный круг депрессии. Порочный круг депрессии – это негативные переживания, сосредоточение на себе и самобичевание, депрессивные настроения, депрессивное поведение. И так по кругу[3].

Физкультура и спорт должны стать толчком, который может помочь восстановлению или установлению контакта инвалидов с окружающим миром, тем самым облегчая и ускоряя их возвращение в общество, признание в качестве равноправных граждан. Действительно, существуют такие виды спорта, в которых инвалиды могут принять участие, сидя в креслах-колясках: стрельба из лука, настольный теннис, баскетбол, некоторые виды легкой атлетики (гонки на колясках на определенную дистанцию, толкание ядра, метание диска и др.); вне коляски – волейбол (сидя), плавание, тяжелая атлетика и др. Для ампутантов, помимо перечисленных видов спорта, – прыжки в высоту и длину (легкая атлетика), волейбол (стоя), лыжные гонки, слалом и слалом-гигант, футбол.

Многие выдающиеся спортсмены-инвалиды успешно преодолели свои физические недостатки (ампутации, параплегии) благодаря интенсивной и регулярной тренировке, достигнув при этом своих прежних спортивных и артистических результатов[3].

Из раннее сказанного можно сделать вывод, что все люди, независимо от своих физических недостатков могут заниматься спортом и физической культурой, кроме тех, кто имеет тяжелую степень инвалидности. Ведь если у человека есть желание, то следует ему помочь, дать ему возможность заниматься, пусть не на ровне со всеми, но с определенными нагрузками, так как эти занятия помогут преодолеть сосредоточенность на своем недуге и ослабить возможную боль, которую испытывает лицо с ограниченными возможностями здоровья, находясь постоянно в одном положении и ограничении движений. Занятия физической культурой и спортом дают не только поддержку в физическом плане, но и в эмоциональном, так как они укрепляют не только тело, но и дух человека, уменьшают риск появления депрессивных состояний, потому что даже когда человек в норме не может ничем себя занять, у него появляется склонность к депрессии.

Литература

1. Википедия. Словарь. Инвалидность.

2. Кебкало В.И., Мосунов Д.Ф. Исследование особенностей движения при купании с протезом голени. Отчет по НИР. Л., 1976.

3. www. eurolab. ua. Белая клиника доктора Вдовина. Физкультура и спорт в системе реабилитации инвалидов.

Молчанова Ю.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: д.п.н., профессор Магомедов Р.Р.

РАЗРАБОТКА ТУРИСТСКО-ЭКСКУРСИОННЫХ МАРШРУТОВ В ОКРЕСТНОСТЯХ ГОРОДА-КУРОРТА КИСЛОВОДСКА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Мы живем в удивительном месте. Наш город, как магнит, притягивает сюда разных людей, которые приезжают не только лечиться, но и узнавать новое, изучать далекое прошлое. Город – курорт Кисловодск предоставляет для этого все возможности и особенно большие туристические, рекреационные и реабилитационные возможности для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Согласно федеральному закону принятому Государственной думой 20 июля 1995 года от 24.07.1998 № 125-ФЗ, и в постановление от 17 марта 2011 года № 175 о государственной программе Российской федерации «Доступная среда» на 2011 – 2015 годы говорится о создании равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизнедеятельности. По ее результатам будет

увеличено количество школ, в которых создана универсальная без барьерная среда, позволяющая обучаться совместно инвалидам и здоровым детям (сейчас таких школ всего 2% по России, к 2015 г. показатель будет увеличен до 20%). Будет увеличено число транспорта, оборудованного для перевозки инвалидов. Большее число телепрограмм будут иметь субтитры – к 2015 г. 50% от общего объема вещания общероссийских телеканалов (в настоящее время – не более 15%.) Будет увеличено количество рабочих мест для инвалидов, а также улучшены условия главных бюро медико-социальной экспертизы. Результаты социологических исследований показывают, что 60 процентам граждан с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата приходится преодолевать барьеры при пользовании общественным транспортом, 48 процентам – при совершении покупок. Две трети инвалидов по зрению отмечают трудность или полную невозможность посещения спортивных сооружений и мест отдыха [2, 3, 4, 5].

К нам в гости приезжают люди со всех концов России, из-за рубежа. Их поражает красота и чистота Кисловодска, приветливость и гостеприимность жителей, которые делают все, чтобы гостям было уютно. Круглогодично в городе работает множество санаториев, пансионатов и домов отдыха.

Президентом Российской Федерации Д.А. Медведевым на сегодняшний день остро поставлен вопрос о развитии туризма в регионе Кавказских Минеральных Вод. Особенно остро проблема реабилитации средствами туризма стоит перед людьми с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим, мы решили внести свою хоть и маленькую, но практически значимую роль в решение поставленной правительством задачи.

Цель работы определить возможности развития всероссийского и международного туризма на территории города-курорта Кисловодска для людей с ограниченными физическими возможностями и разработать эколого-краеведческие реабилитационные экскурсионные маршруты.

Цель определила следующие задачи:

- разработать маршруты походов – учебных экскурсий выходного дня для школьников и гостей города;
- изучить природно-культурное наследие территории и окрестностей Кисловодска;
- повысить уровень знаний о природных, исторических, архитектурных и культурных памятниках города Кисловодска.

Проблема реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья средствами туризма актуальна на сегодняшний день, не только для взрослых, но и для детей.

В приведенной ниже таблице все маршруты разрабатывались учащимися и педагогами МОУ СОШ № 9 г. Кисловодска. Начальной точкой каждого маршрута является школа, а конечная цель природный памятник города или окрестности г. Кисловодска. Маршруты имеют промежуточные точки ос-

Маршруты составлены в следующих направлениях: Восточное, Юго-Восточное, Южное, Юго-Западное, Западное, Северное, Северо-Западное, направления города.

№	Маршрут
ВОСТОЧНОЕ, ЮГО – ВОСТОЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
1.	МОУ СОШ № 9 – Экологическая тропа дендрологического парка МОУ СОШ № 9
2.	МОУ СОШ № 9 – Три пещеры печи
3.	МОУ СОШ № 9 – Белоглинская балка
4.	МОУ СОШ № 9 – Нарзанный источник
5.	МОУ СОШ № 9 – Долина Очарования
6.	МОУ СОШ № 9 – гора Кабан – МОУ СОШ № 9
7.	МОУ СОШ № 9 – Джинальский хребет
ЮЖНОЕ, ЮГО – ЗАПАДНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
8.	МОУ СОШ № 9 – Олимпийский комплекс
9.	МОУ ОШ № 9 – Лермонтовская скала – Лермонтовский водопад
ЗАПАДНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
10.	МОУ СОШ № 9 – Нарзанный источник- скала замок коварства и любви
11.	МОУ СОШ №9 – Аликоновское ущелье
12.	МОУ СОШ № 9 – Медовые водопады
13.	МОУ СОШ № 9 – Аликоновское ущелье, геологический карьер
14.	МОУ СОШ № 9 – Березовское ущелье
15.	МОУ СОШ № 9 – Березовское ущелье – скала Викинги
СЕВЕРНОЕ, СЕВЕРО – ЗАПАДНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ	
16.	МОУ СОШ № 9 – Боргустанский хребет
17.	МОУ СОШ № 9 – Монахова пещера – пещера Бабушкины окна -пещера Новая
18.	МОУ СОШ №9 – Кольцо гора
19.	МОУ СОШ №9 – Рим – гора
ПРОГУЛКИ ПО КИСЛОВОДСКОМУ ПАРКУ	
20.	МОУ СОШ №9- Кисловодский парк (обзорная экскурсия) – Красные камни, Барельеф В.И.Ленина
21.	МОУ СОШ № 9 – Каскадная лестница- Серые камни
22.	МОУ СОШ № 9 – по ущелью реки Ольховки
23.	МОУ СОШ № 9 – Сосновая горка.
24.	МОУ СОШ № 9 – По долине реки Подкумок

тановок, которые представлены историческими, архитектурными достопримечательностями города.

Кисловодск – самый южный из этой группы городов. Для нас нет ничего роднее и любимее, чем город, где мы родились и выросли. Кисловодск – необыкновенное место, это райский уголок, утопающий в зелени. «Город солнца! Город пьянящего воздуха! Город богатырского ключа – нарзана!», – писал о Кисловодске Е.А.Смирнов-Каменский. Расположенный в котло-

вине, между Джинальским, Боргустанским и Кабардинским хребтами, город надежно защищен от туманов и ветров. Благодаря этому, здесь почти всегда тихая и солнечная погода. Но главное богатство и слава этой солнечной долины – чудесные источники. Именно целебным «кислым» водам город – курорт обязан не только своим названием, но и возникновением [1].

Кисловодск, славится своим Курортным парком, в котором высажены местные и экзотические растения. Курортный парк – один из крупнейших в Европе – стал поистине лечебным фактором.

Кисловодск – старейший курорт России. В настоящее время это одни из самых крупных и наиболее благоустроенных курортов юга страны. За долгие годы существования нашего города его посетило множество великих деятелей науки, литературы, искусства. В городе под государственной охраной, находятся 85 памятников археологии, истории, градостроительства и архитектуры, искусства, из них 13 республиканского значения. Среди них Курзал, Нарзанная галерея, дом Реброва, Крепость, нарзанные ванны, усадьба и могила Н.А. Ярошенко, дача Шаляпина. Это здания, созданные по проектам известных братьев Бернардацци, Уптона, Клепинина, и др. [1] Поэтому считаем, что именно здесь должны быть разработаны туристско- оздоровительные и рекреационные маршруты для людей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с их особенностями и пожеланиями.

Один из составленных нами маршрутов проходит через Долину Очарования. Данный маршрут может выступать как однодневный, так и многодневный. Долина с таким поэтическим названием находится в северных отрогах Джинальского хребта, между городами Кисловодск и Ессентуки.

В Долине Очарования у водопада раньше находилось здание ресторана, в котором бывали многие известные люди: Лермонтов, Пушкин, Ребров. Во время гражданской и Великой Отечественной войн здесь располагались отряды партизан. В долине встречаются интересные деревца, похожие листвой на лавровишню. Это – эвкоммии из далекого Китая. Они содержат гуту – ценное сырье для выработки гуттаперчи. Эвкоммия ценится и как лекарственное растение.

Именно Долину Очарования описал в своем известном романе «Молоко волчицы» А. Т. Губин.

Побывав в Долине очарования, мы поняли, что данная местность является уникальной и достойной того, чтобы люди знали ее историю, любовались красотой и восстанавливали свое здоровье.

Литература

1. Воронина Г.Е. СОЗВЕЗДИЕ НЕЖНОСТИ – Кисловодск: АКК, 1997
2. http://ria.ru/online/20110408/362378895.html
3. http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=72269
4. http://www.referent.ru/1/175371
5. http://www.dislife.ru/flow/theme/9999/

Тютюнникова А.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: д.п.н., профессор Магомедов Р.Р.

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗВИТИЮ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

В «Концепции формирования здоровья лиц, имеющих ограниченные возможности, средствами адаптивной физической культуры» (Р.Р. Магомедов, Е.В. Евмененко, С.В. Бобрышов, 2011) среди основных целей и задач Государственной политики в области реабилитации и социальной адаптации инвалидов средствами физической культуры и спорта на первое место выделяют создание инвалидам условий для занятий физической культурой и спортом, формирование у них потребности в этих занятиях [1].

Называя пути достижения основных целей в работе с инвалидами, разработчики «Концепции…» отмечают: «… создать адекватную сложившимся социально-экономическим условиям структуру государственного и общественного управления физической культуры и спорта инвалидов». Такая запись невольно приводит к мысли о том, что сложившаяся кризисная социально-экономическая ситуация в России требует адекватного управления и финансирования этого важного направления. Общество может и должно создать условия, необходимые для жизнедеятельности инвалидов.

Среди приоритетных направлений деятельности по развитию адаптивной физической культуры разработчики «Концепции…» справедливо называют:

- вовлечение как можно большего числа инвалидов в занятия физической культурой и спортом;
- физкультурное просвещение и информационно-пропагандистское обеспечение развития физической культуры и массового спорта среди инвалидов;
- обеспечение доступности для инвалидов существующих физкультурно-оздоровительных и спортивных объектов;
- подготовка, повышение квалификации и переподготовка специалистов для физкультурно-реабилитационной и спортивной работы с инвалидами;
- создание нормативно-правовой базы развития физической культуры и спорта инвалидов.

Несомненным достоинством данной концепции являются предложения по разграничению полномочий и функций в системе физической реабилитации инвалидов между федеральными и региональными органами государственного управления в области физической культуры и спорта.

В этой связи следует подчеркнуть, что центр тяжести в работе перемещается на места. Именно местные органы власти, в первую очередь, должны создавать равные условия для занятий физической культурой и спортом среди всех категорий населения. Но анализ принятых во многих субъектах Российской Федерации Законов о спорте показывает, что этой работе региональные и местные органы власти уделяют пока явно недостаточное внимание.

Необходимо, чтобы в ближайшее время государственные спортивные организации на местах внесли в свои законодательные собрания конкретные дополнения в принятые законы. Особенно это касается создания физкультурно-оздоровительных и спортивных клубов для инвалидов по месту жительства.

В настоящее время отсутствует интеграция в работе общественных организаций разных категорий инвалидов. Заметно ощущается крен в сторону спортизации. Практически вся работа в клубах сводится к организации и проведению спортивных соревнований среди небольшой группы элитных спортсменов. Хотя при остроте социальных проблем более приоритетной и перспективной является задача развития физкультурно-оздоровительной работы среди инвалидов.

К сожалению, в России службы реабилитации инвалидов как таковой до сих пор нет. Проблемами людей с ограниченными возможностями занимаются различные ведомства и министерства, но деятельность их никем не координируется и между ними нет взаимодействия.

Что же касается научно-методических разработок по физической, психической и социальной реабилитации инвалидов, в России они, несмотря на экономические трудности, успешно проводятся: достижения российских ученых и методистов-практиков находятся на мировом уровне.

Активизация работы с инвалидами в области физической культуры и спорта, несомненно, способствует гуманизации самого общества, изменению его отношения к этой группе населения, и тем самым имеет большое социальное значение.

Литература

1. Магомедов Р.Р., Евмененко Е.В., Бобрышов С.В., Попова М.Р. Система формирования здоровья лиц, имеющих ограниченные возможности, средствами адаптивной физической культуры. /Инновационные преобразования в сфере физической культуры, спорта и туризма. Научные труды XIV Международной научно-практической конгресс-конференции. Под ред Евсеева Ю.И, Князева А.А., Потапова И.А., Пожидаева С.Н. Том II, Ростов-на-Дону, 2011.-340 с. – С.7-13.

РАЗДЕЛ VI

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Аскерова С.М. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЁНКА О СЕБЕ КАК СУБЪЕКТЕ ПОЗНАНИЯ ОКРУЖАЮЩЕГО МИРА

Первоначальные представления о себе являются основой приобщения ребенка к социальному миру и стимулом познавательной деятельности в отношении окружающего. В дальнейшем это необходимо для стимулирования развития личности ребенка, его обучения в школе, успешной социализации [1].

С точки зрения психологии и социальной психологии, личность есть носитель психических свойств, присущих дееспособному члену общества, который осознает свою роль в нем; личность есть индивидуально своеобразная совокупность психофизиологических систем – черт личности, которые определяют своеобразие данного человека, его мышление и поведение [2]. В философской, психологической и социологической литературе понятие «социализации» в его наиболее общем значении рассматривается как процесс социального становления человеческого индивида, формирования и развития его социальной сущности. При этом учитывается, что сущность человека изменяется и развивается вместе с обществом: изменяется социальная среда, и адаптируясь к ней, изменяется человек. Таким образом, социализация может рассматриваться как процесс вхождения и функционирования личности в системе социальных, то есть общественно значимых и подверженных социальному регулированию, общественных связей и отношений.

Социализация – это сложный процесс общественного формирования и развития личности, который означает «весь многогранный процесс очеловечивания человека, включающий как биологические предпосылки, так и непосредственно само вхождение индивида в социальную среду и предполагающий: социальное познание, социальное общение, овладение навыками практической деятельности, включая как предметный мир, так и всю совокупность социальных функций, ролей, норм, прав и обязанностей и т.д., активное переустройство окружающего (как природного, так и социального) мира, изменение и качественное преобразование самого человека, его всестороннее и гармоническое развитие».

Социализация рассматривается как непрерывный процесс, проистекающий всю жизнь человека, зависящий не только от форм связей человека и социальной среды, но и от степени зрелости самого общества. Социализация включает в себя, с одной стороны, целенаправленное воздействие социальных условий, различных социальных институтов на человека с целью приобщения его к системе понятий, оценок, представлений, социальных норм и иных ценностей культуры, принятых в обществе, с другой – социальную деятельность самого человека в процессе социализации, становления личности.

На протяжении всего дошкольного возраста представления ребенка о самом себе существенно изменяются: он начинает более правильно представлять себе свои возможности, понимать, как относятся к нему окружающие, чем вызывается это отношение. К концу дошкольного возраста у нормально развивающихся детей складываются первичные формы самосознания – знание и оценка ребенком своих качеств и возможностей, открытие им для себя своих переживаний, что составляет основное новообразование этого возраста [3].

По словам Д.Б. Эльконина, ребенок в дошкольном возрасте проходит путь от «я сам», от отделения себя от взрослого к самосознанию, к открытию своей внутренней жизни, теснейшим образом связанной и скоординированной с внешней деятельностью.

Вместе с тем, как отмечают исследователи, у детей с нарушениями интеллекта первое проявление самосознания, отделение своего «Я», которое обычно находит выражение в негативных реакциях на замечания, порицания, на неудачу, возникает лишь после 4-х лет [5].

Воспитание социальной направленности личности представляет важную задачу детской психологии и дошкольной педагогики. Согласно положению Л.С. Выготского, для каждого возраста существует своя специфическая социальная ситуация развития, определенное соотношение условий социальной среды и внутренних условий формирования индивида как личности.

Возрастная характеристика развития личности отражает определенную систему требований, предъявляемых обществом к человеку на том или ином этапе его жизни. С точки зрения педагогической науки социализация может быть понята как формирование у детей представлений об окружающем мире, отношения к воспринимаемым социальным явлениям, поведения, соответствующего общественным нормам. В дошкольном детстве ребенок приобретает основы личностной культуры, ее базис, в состав которого включается ориентировка ребенка в природе, предметах, созданных руками человека, явлениях общественной жизни, явлениях собственной жизни и деятельности, в себе самом. В концепции дошкольного воспитания в рамках личностно ориентированного подхода к взаимодействию взрослого и ребенка процесс воспитания означает приобщение ребенка к миру человеческих ценностей, в ряду которых одно из центральных мест занимает отношение к дру-

гим людям, отношение к себе. Таким образом, для дошкольника наиболее значимыми являются социальные отношения, которые возникают у него в процессе взаимодействия с близкими взрослыми и со сверстниками. Представления ребенка о себе (возникновение феномена «Я сам»), о своей семье, о людях, близких по каждодневному общению, качественно влияют на его отношения с людьми и на развитие всех видов детской деятельности (предметной, игровой, изобразительной, элементарной трудовой). В ряде исследований доказано, что общественные явления доступны пониманию дошкольников и, более того, дети проявляют к ним интерес и способны устанавливать причинно-следственные связи [1].

У нормально развивающихся дошкольников при соответствующем воспитании и обучении к концу дошкольного возраста имеются все необходимые предпосылки для установления с взрослыми, и сверстниками взаимоотношений, основанных на совместном выполнении деятельности. В возникновении потребности общения детей со сверстниками и взрослыми немаловажную роль играет накопление ими социального опыта (Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, Л.И. Божович, А.Л. Венгер, Л.С, Выготский; А.В. Запорожец, М. И. Лисина, А.В. Петровский, Д.Б. Эльконин и др.).

Данная потребность является одним из важнейших факторов, определяющих психологическую готовность детей к школьному обучению. Известно, что умственно отсталые дети испытывают трудности при поступлении в школу, с одной стороны, из-за несформированности познавательной деятельности, и с другой – из-за отсутствия психологической готовности к вхождению в новый детский коллектив. Отсутствие средств общения со взрослыми и сверстниками, несформированность ориентировочно-исследовательской деятельности, непонимание условий разрешения проблемной ситуации ведут к тому, что умственно отсталые дети в большинстве случаев оказываются вне детского коллектива, что приводит их к коммуникативной несостоятельности и способствует появлению патологических черт личности: отказа от деятельности, замкнутости, а порой и агрессивности (А.А. Катаева, Н.Г. Морозова и др.). Несмотря на значительные успехи, достигнутые современной педагогической наукой в организации коррекционной работы с умственно отсталыми дошкольниками при опоре на сохранные стороны их развития и с учетом сензитивных периодов развития (работы А.А. Венгер (Катаевой), О.П. Гаврилушкиной, С.И. Давыдовой, С.Г. Ералиевой, Г.В. Кузнецовой, Н.Г. Морозовой, Н.Д. Соколовой, Е.А. Стребелевой, Г.В. Цикото и др.), многие важнейшие аспекты этой проблемы до сих пор специально не исследовались. У дошкольников с нарушениями интеллекта, нередко сочетающимися с нарушениями эмоционально-волевой сферы и вторичным недоразвитием речи, возникают трудности в понимании и осмыслении событий своей жизни, жизни окружающих его людей, событий социальной жизни. Они не умеют строить и анализировать взаимоотношения с

близкими взрослыми, сверстниками. Все эти особенности сказываются на поведении и развитии личности ребенка с нарушениями интеллекта.

Поведение человека, ребенка не есть просто система действий, направленных на какую-либо цель. Это активность, побуждаемая какими-либо мотивами, т. е. ради его-то совершаемая: ради собственного довольствия, ради собственной выгоды эгоистические мотивы) или ради блага другого человека, коллектива (моральные, нравственные мотивы). Чем шире круг людей, ради которых действует человек (ребенок), тем более нравственны мотивы его поведения. Поведение складывается из ряда поступков по отношению к другим и определяется частным побудительным мотивом.

У детей умственно отсталых, приходящих в детское учреждение, поступки бывают обычно импульсивными, необдуманными или же диктуются непосредственным желанием получить для себя тот или иной предмет, игрушку, не считаясь с другими детьми. Поэтому задача воспитания правильного (нравственного) поведения состоит в привитии умения думать о другом, читаясь с ним, сочувствовать ему. Следовательно, необходимо не только развить представления ребенка о собственном Я, но и о Я другого человека, пробудить понимание других и соответствующее эмпатийное поведение [1].

Литература

1. Кожалиева Ч.Б. Особенности содержания образа Я у младших умственно отсталых учащихся школьного возраста //Дефектология. 1995. № 1.
2. Парыгин Б.Д. Основы социально-психологической теории. М., 1971.
3. Сорокотягин И.Н. Общая психология. Екатеринбург, 1993.
4. Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика. М.: Владос, 1998.
5. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М., 1995.

Бекетова О.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Шаповаленко З. И.

ЛЕВОРУКОСТЬ И ЛЕВШЕСТВО КАК ОСОБЕННОСТЬ И АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ОКРУЖАЮЩИМ МИРОМ

С древних времен люди – левши вызывали особый интерес и некоторое настороженное отношение со стороны окружающих. Отношение к левшам в большинстве стран (в том числе и в России) было, в основном, негативным. Считалось, что левши обладают низкими интеллектуальными способностями, предрасположены к некоторым нервно-психическим заболеваниям, имеют значительные трудности в плане социальной адаптации и т. д. Отмечалось, что среди лиц с девиантным поведением (в частности, среди совершивших противоправные действия) процент леворуких значительно выше, чем среди законопослушных граждан.

Леворукость (син. левша) – преимущественное пользование левой рукой при выполнении двигательных действий.

Амбидекстрия (лат. ambi – приставка, обозначающая: кругом, вокруг, около + dextra (dextera) – правая рука) – способность человека выполнять двигательные действия правой и левой рукой с одинаковой скоростью и эффективностью.

Праворукость – преимущественное пользование правой рукой при выполнении различных двигательных действий [1].

Распространенность леворукости, по данным разных авторов, – от 5 до 35% в различных странах. В соответствии с теорией английской ученой М. Аннет леворукие, амбидекстры и праворукие в человеческой популяции распределены в соотношении 4%, 33% и 66% соответственно. Доказана генетическая зависимость леворукости: если в семье оба родителя леворуки – то до 50% детей тоже леворуки.

Систематическое изучение левшества в связи с проблемой межполушарной асимметрии началось во II-й половине XX столетия. В 1970-е – 2000-е годы, как в нашей стране, так и за рубежом стали появляться многочисленные публикации (в том числе и монографического плана) по проблеме левшества (М. М. Безруких; Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова; Э. Г. Симерницкая; С. Спрингер, Г. Дейч и др.). Г.Г. Аракеловым и Е.К. Шоттом были выявлены особенности стрессовых реакций у правшей и левшей [2].

Вопрос о леворукости в настоящее время считается достаточно актуальным. Причина такой актуальности заключается в неоднозначности и противоречивости литературных данных, относительно малым числом исследований по диагностике и изучению левшества у детей младшего школьного возраста, отсутствием строгого количественного анализа памяти, мышления и других показателей у младших школьников и недостаточной разработке. Ведь исследователи больший интерес проявляют именно к левшеству, а не к леворукости как таковой. Дело в том, что леворукость определяет только ведущую руку, тогда как левшество – комплексная характеристика.

Можно выделить 3 основных фактора, определяющих предпочтение левой руки: генетическую латеральность или наследственную основу; патологическую латеральность, обусловленную в значительной мере пре- и перинатальными нарушениями в развитии мозга; вынужденную латеральность. Причем возможны различные варианты сочетания этих факторов, что значительно усложняет выделение их природы и требует разработки специальных методов диагностики причин и степени предпочтения руки [3].

Одним из важнейших вопросов, обуславливающих подход к левшам, является вопрос о причинах леворукости. Чаще всего встречается так называемое генетическое левшество – в 10 – 12 раз чаще встречается в семьях, в которых левшой является хотя бы один из родителей. Также выявлено «компенсаторное» левшество, связанное с каким-либо поражением полушарий мозга. Существу-

ет и «вынужденное» левшество, выбор ведущей руки при котором связан с травмой правой руки или основан на подражании окружающим [4].

Пристальное внимание педагогов и психологов привлекает проблема школьного обучения левшей. При рассмотрении данного аспекта нельзя не коснуться вопроса о переучивании леворуких детей. По сравнению с более ранним периодом, сейчас отношение к природному выбору изменилось, но тем не менее встречаются случаи насильственного или ненасильственного переучивания. Поэтому в обязанности психолога должна входить профилактическая работа, заключающаяся в объяснении учителям и родителям возможных последствий такого переучивания, так как запуская этот процесс, мы неизбежно вызываем перестройку в деятельности головного мозга. Согласно статистике, каждый третий заикающийся ребенок – переученный левша [2].

Наиболее частым негативным последствием является астенический невроз, при котором отмечается повышенная утомляемость, быстрое истощение нервной системы, резкое снижение работоспособности. Появляются головные боли, неспокойный сон, раздражительность, несдержанность, снижается аппетит. Отмечаются аффективные реакции: бурные взрывы недовольства, отказ от работы.

У мальчиков и девочек невроз может проявляться по – разному. Мальчикам свойственны расторможенность, неусидчивость, двигательное беспокойство. А для девочек более характерны пониженный фон настроения, вялость, плаксивость. Довольно часто леворуких детей беспокоят страхи перед неудачами, порицаниями со стороны воспитателей и родителей. У некоторых детей страхи кратковременны, и если нет новых стрессов, они могут исчезнуть.

Нередко у леворуких детей при переучивании возникают неврозы навязчивых состояний, особенно в семьях, где родители тревожно относятся к этому «недостатку». Когда взрослые при помощи угроз и запугивания заставляют детей выполнять все действия правой рукой, малыши обычно стараются, но это им плохо удается, а родители расценивают такое поведение как непослушание и наказывают. В итоге у детей появляется тревожное ожидание неудачи, а в дальнейшем – навязчивые мысли о своей неполноценности.

Кроме того, могут проявиться истерические неврозы. Перед уходом в школу или накануне какого-нибудь важного, волнующего события у ребенка может возникнуть рвота, возможны и психомоторные припадки: ребенок с громким плачем падает навзничь, беспорядочно колотя по полу руками и ногами.

Также возможно развитие различных невротических реакций, таких как частые головные боли, нервные тики, энурез, писчий спазм, нарушается функциональное сосояние нервно – психической сферы [3].

При воспитании и обучении левши необходимо учитывать особенности его эмоционального статуса. Родителям и педагогам следует построить общение с ребенком таким образом, чтобы не акцентировать его внимание на леворукости и вместе с тем создать благоприятные условия для проявле-

ния и развития его индивидуальности. Отличаясь чувствительностью, ранимостью, хорошим пониманием социальных норм и в тоже время испытывая присущие левшам затруднения ребенок чрезвычайно нуждается в сочувствии и принятии. Задача взрослого – развить в нем чувство оптимизма, уверенности в себе, самоценности, активного отношения к жизни. Принимая во внимание повышенную энергоемкость протекания психических процессов у левшей, необходимо придерживаться установленного режима дня и пристально следить затем, чтобы ребенок не переутомлялся [4].

Отказ от смены ведущей руки должен сочетаться с работой по развитию содружественного действия обеих рук. Здесь могут быть рекомендованы игры и упражнения с мячом, занятия плаванием, лепкой, вышиванием, вязанием, плетением макраме и прочие виды деятельности, развивающие координацию движений пальцев, кистей рук. Такие занятия по развитию моторики и зрительно-моторной координации должны быть ежедневными и занимать 15-20 минут.

При работе леворукого ребенка за столом свет должен падать с правой стороны. Располагая детей в классе, учителю целесообразно посадить левшу таком образом, чтобы доска находилась от него справа, это снизит вероятность ошибок зрительного восприятия, которые обусловлены левосторонним игнорированием пространства, характерным для неправоруких. Посадка при письме стандартная, но выдвинуто немного вперед не правое, а левое плечо [4].

У всех левшей наблюдаются диспропорции формирования речи, чтения, пространственных представлений и эмоций. Это может выражаться как в опережении, так и в отставании от общепризнанных норм, и ребенок страдает в любом случае: при опережении ему становится скучно на уроке, при отставании возникают пробелы в знаниях.

Что всегда следует иметь в виду взрослому, обучающему левшу?

1. Левшам свойственна медлительность с характерным застреванием в начале любого вида деятельности, и это не должно стать предметом упреков.

2. Необходимо создать спокойную доброжелательную атмосферу во время занятия, призванной успокоить в большинстве своем эмоционально неустойчивых и тревожных малышей, глубоко переживающих свои неудачи и промахи. Такая обстановка увеличит шансы на успех.

3. Следует учитывать главную причину левшества – отличную от правшей организацию деятельности полушарий головного мозга. Левши ведут себя иначе, пытаясь всеми силами добиться ясности в интересующем их вопросе, иногда игнорируя тактичность и перебивая собеседника, невзирая на возраст.

4. Важно помнить а наличии в той или иной степени путаницы в пространственных представлениях с вытекающей отсюда необходимостью искать ошибку.

5. Необходимо использовать пошаговую подачу материала с выделением необходимых этапов в процессе усвоения любого алгоритма. Поэтому

при объяснении способа действия необходимо выделять этапы выполнения в их четкой последовательности, а порядок оформления заданий унифицировать, сделав его пригодным для любого вида работ.

6. Использования в работе творческих заданий, поддерживающих как интерес, так и стремление к победе любознательных по своей сути левшей, и показывающих, что не все так просто, как может показаться на первый взгляд.

7. Нужно поддерживать постоянную обратную связь с ребенком. Дав строгий алгоритм и научив им пользоваться, вы победите бессилие ребенка, но, не разобрав допускаемых им ошибок или не устранив внезапно возникающей заминки, вы лишите его уверенности [2].

Все вышесказанное убеждает в том, что нельзя пытаться изменить природу так, как это угодно учителям и родителям. Вероятно, в этой ситуации лучший выход – приспособиться к особенностям леворукого ребенка самим и помочь ему адаптироваться в правоориентированном мире.

Литература

1. Безруких М.М., Фабер Д.А. Психофизиология. Словарь // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь: В 6 т. / ред.-сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского. – М.: ПЕР СЭ, 2006.

2. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.Л. Функциональная ассиметрия человека / Н.Н. Брагина, Т.Л. Доброхотова. – М, 1988.

3. Безруких, М.М. Леворукий ребенок в школе и дома / М.М. Безруких. – Екатеринбург, 1998.

4. Брагинский, В.А. Левши. Будь здоров / В.А. Брагинский. – М.: «Триада – Х», 2000. – №2

Бондаренко В.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ.

Научный руководитель: к.п.н., ст. преподаватель Русинова С.В.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ В РОССИИ

По официальным данным, в России 1,5 миллиона детей имеют отклонения в развитии. Педагоги уже сделали для себя кое-какие важные выводы. Например, то, что самые сложные дети – это дети с аутизмом. Жизнь таких людей показал Дастин Хоффман в фильме “Человек дождя”.

В России идет эксперимент по инклюзивному (включенному) образованию. Для детей, имеющих отклонения в развитии – физическом и умственном, в обычных школах создают условия и учат их вместе со здоровыми сверстниками.

В США, Канаде, некоторых европейских странах у инклюзивного образования богатая история и огромный опыт. Россия делает первые шаги. И по-

тому, к сожалению, пока нет никаких педагогических рекомендаций и методичек для учителей, работающих по системе инклюзива.

Эксперимент по инклюзивному образованию идет не только в столице, но и в одиннадцати российских регионах. Но большинство российских школ к инклюзиву все же не готовы. Трудности возникают и с психологической, и с организационной точки зрения. Нет взаимодействия между педагогами обычных школ и коррекционных, которые могли бы поделиться опытом. Для каждого такого ребенка требуется пять-семь разных специалистов. Но логопедов, дефектологов, сурдопереводчиков не хватает. Между тем в госпрограмме развития образования на 2009-2012 годы сказано, что доля детей, получающих инклюзивное образование, вырастет на 10 процентов.

Ранний детский аутизм (РДА)- проблема не новая на сегодняшний день. И в нашей стране, и за рубежом за последние годы появилось много новых оригинальных исследований, посвященных проблемам этиологии, патогенеза детского аутизма, проявлениям аутистических состояний в различных клинических структурах [3].

До сих пор не существует однозначного представления о том, что означает само понятие – аутизм, что является его основными характеристиками.

В. А. Гиляровский говорил об аутизме как “своеобразном нарушении сознания самого “Я” и всей личности с нарушением нормальных установок к окружающему”, при этом подчеркивая, что такие больные замкнуты и отчуждены от всего остального [2].

Аутизм многолик: под этим словом часто подразумевают “расстройства аутистического спектра”, то есть целый ряд нарушений разной степени тяжести, у которых, тем не менее, много общего.

К. С. Лебединская предлагает следующую классификацию РДА [3]:

1 группа – с преобладанием отрешенности от окружающего (нецеленаправленного дрейфа от одного объекта к другому, карабканья по мебели, туловищу взрослого, длительного пассивного созерцания беспредметных объектов; случайных непроизвольных действий, указывающих на определенное запечатление окружающего и ориентацию в пространстве; ритмические вокализации);

2 группа – с преобладанием аутического отвержения окружающего (одержимостью двигательными, сенсорными, речевыми стереотипиями, импульсивными действиями, однообразием игры с привлечением неигровых предметов, выраженностью нарушений чувства самосохранения, “феноменом тождества”, многочисленными страхами гиперсензитивного характера, симбиотической связью с матерью, а также нередко отставанием в психическом развитии);

3 группа – с преобладанием аутистического замещения окружающего (особые, отвлеченного характера, интересы и фантазии, расторможенность влечений);

4 группа – с преобладанием сверхтормозимости в отношениях с окружающим (пониженный фон настроения, сверхценные страхи, тихая малопод-

вижная игра; нарастание боязливости и скованности при малейшем изменении привычного стереотипа).

М. Руттер сформулировал критерии выраженный форм РДА: глубокие нарушения в социальном развитии, задержка и нарушения развития речи вне связи с интеллектуальным уровнем, а также стремление к постоянству, проявляющееся в стереотипах.

Л. Каннер выделил аутизм как отдельную проблему, как расстройство аффективного общения, обозначив это явление как “инфантильный аутизм”, появляющийся уже в раннем детском возрасте. Так возник термин “ранний детский аутизм” (РДА), носящий также название “синдром Каннера”. Ученый рассматривал аутизм как психическое расстройство, отражающее неправильное воспитание, отчуждение ребенка “холодной” матерью, охарактеризовав аутистические проявления как защиту по своей природе [3].

Проблема коррекционной помощи детям с РДА в последнее время в России встает все острее. Одной из первых описала систему коррекционной помощи детям с РДА В.М. Башина. Коррекционно-воспитательную работу характеризуют такие черты, как: целостность проводимых мероприятий, системность мероприятий и их взаимосвязь друг с другом, комплексность используемых средств и расширение границ проведения коррекционно-воспитательной работы за пределы учреждения.

Исследования таких ученых, как Л.С. Выготский, А.Н. Граборов, Г. М. Дульнев и существующий опыт коррекционной работы показывают, что в основу такой работы должны быть положены следующие принципы: принцип принятия ребенка, принцип помощи, принцип индивидуального подхода, принцип единства медицинский и психолого-педагогических воздействий и принцип сотрудничества с семьей.

Построение коррекционно-воспитательной работы с детьми в соответствии с названными принципами обеспечит наиболее полное раскрытие потенциальных возможностей развития каждого ребенка.

В.М. Башина также считает, что пребывание в больницах таких детей ведет к социальной депривации, явлениям госпитализма. Тогда как организация специализированной лечебно-коррекционной реабилитации ведет к социальному приспособлению более трети детей с РДА. Оказание такой помощи на базе дневных стационаров для аутичных детей и смешанных стационаров, по ее мнению, будет значительно более эффективным.

Однако, индивидуальное домашнее обучение – не лучший выход для такого ребенка прежде всего потому, что не способствует его социальному развитию. Для него важно не столько накопление знаний и освоение навыков, сколько приобретение возможности взаимодействовать с другими людьми, способность использовать свои знания и умения в реальной жизни. Обучение же в домашних условиях лишь создает почву для вторичной аутизации такого ребенка [1].

Очень многое говорит о том, что при обучении аутичных детей действительно требуется нестандартный подход. Учителю необходимо учитывать их особый темп работы, трудности организации внимания. Им нужно соответствующее устройство школьной жизни с тщательно продуманным функциональным пространством класса, рабочего места, устойчивым порядком занятий. Само учебное здание должно быть структурировано для них так, чтобы дать им дополнительную опору в организации учебного поведения.

По-особому должно строиться и речевое взаимодействие: ребенок может длительное время теряться при восприятии инструкции, и его собственные возможности развернуто изложить усвоенный материал могут длительное время оставаться ограниченными. Возможно также возникновение отдельных локальных проблем с освоением навыков письма или счета. Само содержание обучения в случае аутичного ребенка должно отличаться от обычного [3].

Реализовать такой специальный подход легче всего, конечно, в условиях специального класса для детей с аутизмом. Однако ограничиться этим невозможно, поскольку при таком объединении дети попадают в обедненную среду, они не могут видеть образцов естественного поведения одноклассников, их реакций на происходящее. Кроме того, слишком хорошо организованная учебная ситуация не дает навыков жизни в обычном, меняющемся мире.

Подход должен быть комбинированным. Специальные классы необходимы для детей с наиболее выраженными формами аутизма, наиболее тяжелыми трудностями организации учебного процесса. Вместе с тем, при малейшей возможности ребенок должен переходить к более естественным формам школьной жизни, к более разнообразным контактам с детьми, близкими ему по общему уровню развития, но не испытывающими столь серьезных трудностей в коммуникации. Каждый такой шаг должен сопровождаться поддержкой психолога и педагога.

Аутизм диагностируют исходя из поведения. Такие люди испытывают проблемы в общении и взаимодействии с другими и имеют ограниченный “репертуар” действий.

Таким людям сложно понять эмоции других – и иногда они могут показаться бесчувственными. Им трудно представить, о чем думают другие, предугадать, что может произойти в ближайшую минуту, и освоиться в незнакомой обстановке.

В некоторых регионах России есть коррекционные центры, созданные по инициативе родителей детей с аутизмом – иногда при поддержке государства, иногда по доброй воле директоров школ, так как Государственной программы поддержки аутичных детей в России нет.

Таким образом, нерешенных вопросов в этой проблеме остается немало.

Литература

1. Электронный ресурс http://children.csa.ru/psihiatriya/autizm/

2. Лебединский В.В., “Нарушения психического развития в детском возрасте. Учебное пособие для вузов”, из-во “Академия”, 2006

3. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. – М., 1991.

Гопкало Г.М. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Акименко В.М.

АГРЕССИЯ КАК НАРУШЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Напряженная, неустойчивая социальная, экономическая, экологическая обстановка, сложившаяся в настоящее время в нашей стране, обуславливает рост различных отклонений в личностном развитии и поведении детей. Среди них особую тревогу вызывает не только прогрессирующая отчужденность, повышенная тревожность, духовная опустошенность детей, но и их цинизм, жестокость, агрессивность.

Повышенная агрессивность детей является одной из наиболее острых проблем не только для врачей, педагогов и психологов, но и для общества в целом. В последние десятилетия серьезную тревогу общественности вызывает значительный рост асоциального поведения, агрессивности и жестокости детей. И число детей с таким поведением стремительно растет. Это вызвано суммацией целого ряда неблагоприятных факторов:

- ухудшение социальных условий жизни детей;
- кризисом семейного воспитания;
- невниманием образовательных учреждений к нервно-психическому состоянию детей.

Агрессивность – это свойство личности, выражающееся в готовности к агрессии.[2]

Агрессивность, как явление, привлекает к себе внимание исследователей в различных областях знаний.

Этой проблемой в науке занимались: Бандура А., Бэрон Р., Берковиц А., Корнадт Г., Реан, Ричардсон Д., Фрейд З., Фромм Э. и другие, но при этом, недостаточно психологической литературы, содержащей практические рекомендации по коррекции агрессии, а также закреплению навыков конструктивного поведения.

М. Раттер рассматривает детскую агрессивность и связывает ее происхождение с такими факторами: тяжелая обстановка в семье, многодетность, стиль воспитания и т.д.

А. К. Осницкий связывает проявление агрессии у детей в первую очередь с условиями воспитания и условиями социализации.

По мнению А. С. Завражина агрессивное поведение ребёнка дошкольного возраста структурируется вокруг двух сфер игры как инструмен-

тально-деятельного начала и взаимоотношений в семье как эмоционально – оценочного [4].

Бэрон Р., Ричардсон Д. перечисляют следующие основные источники, из которых дети получают знания о моделях агрессивного поведения.

Если попытаться охарактеризовать развитие агрессивности в разные возрастные периоды, то картину можно будет представить следующим образом. В целом детская агрессивность является обратной стороной беззащитности. Если ребенок чувствует себя незащищенным (например, когда его потребности в безопасности и любви не получают удовлетворения), в его душе рождаются многочисленные страхи. Стремясь справиться со своими страхами, ребенок прибегает к защитно-агрессивному поведению. Другим возможным способом преодоления страха может стать направление агрессии на самого себя. Аутоагрессия может проявляться по-разному, например в саморазрушительных фантазиях, в робости или идеях самонаказания [4].

В настоящее время появляется все больше научных исследований, подтверждающих тот факт, что сцены насилия, демонстрируемые в кино или на экранах телевизоров, способствуют повышению уровня агрессивности зрителей и в первую очередь, детей [3].

В своей книге «Откажись от привычки к телевизору» Дж.А. Вилкинз пишет, что за каждый час телевизионного времени на экране совершается девять актов насилия и двадцать один акт приходится на каждый час детских мультфильмов. По мнению автора, телевидение совершает своего рода насилие над детьми и учит их агрессивному поведению.

Но все же, основным социальным источником формирования агрессивного поведения является семья. Именно в семье ребенок проходит первичную социализацию. На примере взаимоотношений между членами семьи он учится взаимодействовать с другими людьми, обучается формам отношений, которые сохраняются у него в подростковом периоде и в зрелые годы. Реакция родителей на неправильное поведение ребенка, характер отношений между родителями и детьми, уровень семейной гармонии и дисгармонии, характер отношения с родными братьями и сестрами – вот факторы, которые могут предопределять агрессивное поведение ребенка в семье и вне ее, а также влиять на его отношения с окружающими в зрелые годы [4].

Семьи агрессивных детей имеют свои особенности, присуще только им. Анализ особенностей семей агрессивных детей проводились на основе исследования влияния воспитания и семейных отношений на агрессивное поведение детей, сделанного А. Бандурой [3].

Особенности семей агрессивных детей

1. В семьях агрессивных детей разрушены эмоциональные привязанности между родителями и детьми, особенно между отцами и сыновьями. Родители испытывают скорее враждебные чувства по отношению друг к другу; не разделяют ценности и интересы друг друга.

2. Отцы часто сами демонстрируют модели агрессивного поведения, а также поощряют в поведении своих детей агрессивные тенденции.

3. Матери агрессивных детей не требовательны к своим детям, часть равнодушны по отношению к их социальной успешности. Дети не имеют четких обязанностей по дому.

4. У родителей агрессивных детей модели воспитания и собственного поведения часто противоречат друг другу, и к ребенку предъявляются взаимоисключающие требования. Как правило, очень жесткий отец и попустительская мать. В результате у ребенка формируется модель вызывающего, оппозиционного поведения, которая переносится на окружающий мир.

5. Основные воспитательные средства, к которым всегда прибегают родители агрессивных детей, – это:

- физические наказания;
- угрозы;
- лишение привилегий;
- введение ограничений и отсутствие поощрений;
- частые изоляции детей;
- сознательное лишение любви и заботы в случае проступка.

Причем сами родители никогда не испытывают чувства вины при использовании того или иного метода наказания.

6. Родители агрессивных детей не пытаются разобраться в причинах деструктивного поведения своих детей, оставаясь равнодушными к их эмоциональному миру [4].

На сегодняшний день не вызывает сомнения, что между строгостью наказания и уровнем агрессивности детей существует прямая зависимость, которая распространяется и на те случаи, когда наказание является реакцией родителей на агрессивное поведение ребенка, то есть используется в качестве воспитательной меры, направленной на снижение агрессивности и на формирование неагрессивного поведения ребенка [2].

Но попытки сдерживать агрессивное поведение ребенка с помощью физического наказаний зачастую напоминает метание бумеранга. Попытки свести агрессию на нет или хотя бы контролировать ее проявления с помощью суровых наказаний фактически являются подкреплением и могут потворствовать агрессивному поведению и увеличивать уровень демонстрируемой агрессии [4].

Использование физических наказаний как средства воспитания детей в процессе социализации скрывает в себе ряд специфических особенностей.

Во-первых, родители, наказывающие детей, фактически могут оказаться для тех примером агрессивности. В таких случаях наказание может провоцировать агрессивность в дальнейшем. Во-вторых, дети, которых слишком часто наказывают, будут стремиться избегать родителей или оказывать им сопротивление.

В-третьих, если наказание слишком возбуждает и расстраивает детей, они могут забыть причину, породившую подобные действия. Если после сурового наказания ребенок расстроен или рассержен, он из-за боли может забыть, за что его наказали. И, наконец, дети, изменившие свое поведение в результате столь сильного внешнего воздействия, скорее всего не сделают нормы, которые им пытаются привить, своими внутренними ценностями. То есть они повинуются только до тех пор, пока за их поведение наблюдают. Возможно, эти дети так никогда и не примут правил приемлемого в обществе поведения, тех правил, которые предотвратили бы необходимость наказания в дальнейшем. По сути дела, наказание заставляет скрывать внешние проявления нежелательного поведения, но не устраняет его [4].

Агрессивные дети нуждаются в понимании и поддержке взрослых, поэтому главная наша задача заключается в оказании посильной и своевременной помощи ребенку [1].

Для того чтобы действительно помочь детям, которые испытывают трудности в поведении, необходимо выполнять следующие рекомендации:

- принимать ребенка таким, каков он есть;
- предъявляя к ребенку свои требования, учитывайте не свои желания, а его возможности;
- расширяйте кругозор ребенка;
- включайте ребенка в совместную деятельность, подчеркивая его значимость в выполняемом деле;
- игнорируйте легкие проявления агрессивности, не фиксируйте на них внимание окружающих.

Бороться с агрессией нужно:

- терпением – это самая большая добродетель, какая может быть;
- объяснением – подскажите ребенку, чем интересным он может заняться; – поощрением – если вы похвалите ребенка за хорошее поведение, то это пробудет в нем желание еще раз услышать эту похвалу [3].

Литература

1. Бреслав Г.Э. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессии: учебное пособие для специалистов и дилетантов – СПб., 2007.

2. Бэрон Р. Агрессия – Спб.,1997.

3. Заостровцева М.Н. Агрессия дошкольников: коррекция поведения – М.,2006.

4. Смирнова Т.П. Психологическая коррекция агрессивности поведения детей – Ростов н/Д, 2007.

Дрововозова Я.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ассистент Манакина Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

В отечественной психологии аксиомой является положение о детерминации развития высших психических функций условиями социума. Особенности развития психики ребенка непосредственно обусловлены характеристиками социального окружения, в частности, фактом общения с родителями и его стилем [2].

Нормальное психическое развитие ребенка представляет собой сложный процесс, в основе которого лежит видовая и генетическая программа, реализующаяся в условиях постоянной смены средовых факторов. Психическое развитие тесно связано с биологическими свойствами организма, его наследственными и конституциональными особенностями, врожденными и приобретенными качествами, опосредованными постепенным формированием структуры и функции различных отделов центральной нервной системы [1].

Особенности психического развития детей-сирот активно изучались зарубежными (А. Адлер, А. Фрейд, Дж. Боулби, С. Прованс, Р. Липтон, Р. Шпиц и др.) и отечественными (Т.М. Землянухина, М.И. Лисина, С.Ю. Мещерякова, Н.М. Щелованов и др.) исследователями-психологами.

Установлено, что эти дети – наиболее уязвимая категория детей, оставшихся без попечения родителей. Педагоги, врачи и психологи считают, что они значительно отстают от своих сверстников в физическом и психическом развитии [6].

К основным факторам, влияющим на психическое развитие, относятся наследственность, семейная среда и воспитание, а также внешняя среда с многообразием ее социальных и биологических воздействий. Все эти влияния выступают в едином комплексе, что может обусловливать как усиление, так и нивелирование влияния каждого из факторов.

Роль семьи как важнейшего института социализации формировании и развитии высших психических функций ребенка переоценить трудно. Семья является той первичной социальной средой, в рамках которой формируется личность ребенка, развиваются коммуникативные навыки[3].

Естественно, что факт отсутствия «семейных» условий воспитания, отсутствия возможности общаться с родителями или лицами, их замещающими, не может не отразиться на развитии психики ребенка. В отечественной научной литературе в настоящее время описан ряд своеобразных личностных качеств воспитанников школ-интернатов, которые, являясь следствием отсутствия опыта жизни в родительской семье и воспитания в деформированных социальных условиях, создают негативные условия их социализации и способствуют формированию дезадаптивного стиля поведения. К таковым

качествам необходимо отнести в первую очередь неумение вступать в эмоционально близкие межличностные отношения и эффективно участвовать в них вследствие отсутствия необходимого опыта общения, приобретаемого изначально в семье [5].

Присутствие факторов дезадаптации, порождающих многочисленные личностные деформации, ведет в итоге к формированию у воспитанников интернатов принципиально иной структуры личности, максимально приспособленной к той деформированной социальной микросреде, в которой осуществляется процесс воспитания детей, лишенных родительского попечительства. Эта же личностная структура максимально препятствует нормальной адаптации воспитанников в социуме, следствием чего являются ранняя алкоголизация, наркотизация, активное участие в преступных группировках, многочисленные суицидальные попытки. Присутствие столь масштабных деформаций психического развития воспитанников школ-интернатов делает актуальным и необходимым их изучение с целью коррекции деформаций психического развития и развития социально адаптивного личностного потенциала [4].

Отрыв ребенка от родителей способствует развитию так называемых депривационных психических расстройств, которые тем тяжелее, чем раньше ребенок оторван от матери и чем длительнее воздействует на него фактор этого отрыва. В раннем детском возрасте депривация приводит к характерным нарушениям раннего развития (отставание в общем и речевом развитии, недостаточное развитие тонкой моторики и мимики), в дальнейшем проявляются и эмоциональные нарушения в виде общей сглаженности проявления чувств при нередкой склонности к страхам и тревоге, поведенческие отклонения (частые реакции активного и пассивного протеста и отказа, недостаток чувства дистанции в общении, или наоборот затруднения при контакте) [3].

Детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, свойственны процессы общего отставания в психическом развитии, которые охватывают интеллектуальную, волевую, эмоциональную сферу жизнедеятельности. Так же проявляются деформация личности, искажения в формировании самосознания, спровоцированные нереализованной потребностью в любви, привязанности и признании. Именно это приводит к возникновению серьезных проблем в сфере эмоционального развития.

У них наблюдаются снижение познавательной активности, ограниченность кругозора, искаженные воспоминания о себе в прошлом, скудные представления о настоящем и будущем. Эти дети почти не отличаются от сверстников уровнем развития наглядно-действенного мышления, но оперирование образами вызывает у большинства из них серьезные трудности. Психологи (Э.А. Минкова и др.) отмечают свойственную этим детям крайнюю ситуативность умственных действий, которая определяется либо предметным окружением, либо прямыми указаниями взрослого, неразвитое воображение, отсутствие познавательной инициативы и целеустремленности. Дети не уме-

ют фантазировать, мечтать, их желания ограничены сиюминутными потребностями. При этом отмечается целый набор негативных черт характера: замкнутость, зависть, недоверие к людям и миру, болезненное честолюбие, упрямство, эгоизм, агрессивность. Психологи и педагоги отмечают нервозность многих воспитанников, повышенную возбудимость, подверженность ночным страхам, фантазиям и выдумкам либо о страшном, либо о хорошем, что демобилизует ребенка. На многих детях даже внешне появляется отверженность: нередко наблюдаются психическая мышечная напряженность лица и тела, общее подавленное состояние, тики, дефекты речи и т.д. У детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, проявляются деформация личности, искажения в формировании самосознания, спровоцированные нереализованной потребностью в любви, привязанности и признании. Именно это приводит к возникновению серьезных проблем в сфере эмоционального развития[6].

Этим детям мало знаком язык жестов и мимики, изменчивых интонаций. Они редко проявляют сочувствие, сопереживание в отношениях с окружающими людьми. Им часто свойственны замкнутость, заторможенность, упрямство, негативизм.

Таким образом, проблемы эмоциональной депривации оказывают сильнейшее негативное влияние на личностное развитие детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, что обуславливает необходимость осуществления специализированной психологической помощи, включающую консультативную психологическую помощь и психокоррекционную работу с психологами, клиническими психологами, логопедами, социальными педагогами[5].

Литература

1. Дьяченко О.М., Лаврентьева Т. В. Психическое развитие детей. М, 1984. -С.61-62.

2. Запорожец Д.В. Основные проблемы онтогенеза психики // Избр. психологические труды. М., 1986. С. 223-224.

3. Психическое развитие воспитанников детского дома. М.: Педагогика, 1990, Под ред. И.В. Дубровиной, А.Г. Рузской. С. 175-204.

4. Прихожан А. М., Толстых Н. Н. Психология сиротства. 2-е изд.- СПб: Питер, 2005. -С.28-29.

5. Сидорова Л.К. Организация и содержание работы с детьми-сиротами и детьми, оставшимися без попечения родителей. – М, 2004 -С. 9-10.

6. Чепурных Е.А. Признание социального сиротства в России в современных условиях. – М.,2001. – С. 23-24.

Кононенко Е.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.п.н., доцент Кабушко А.Ю.

РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

В последние годы в нашей стране отмечается тенденция роста числа детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, в том числе и детский церебральный паралич (ДЦП). Детский церебральный паралич за последние годы стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его проявлений достигает в среднем 6 на 1000 новорожденных (от 5 до 9 в разных регионах страны).

ДЦП является сборным термином для группы заболеваний, которые проявляются в первую очередь нарушениями движений, равновесия и положения тела. Его причиной является нарушение развития мозга или повреждение одной или нескольких его частей, которые контролируют мышечный тонус и моторную активность (движения). Общими для детей с ДЦП являются сложности контроля над сознательными движениями и координированием работы мышц.

В структуре дефекта у детей с ДЦП значительное место занимают нарушения речи.

Изучению состояния речевых функций при ДЦП посвящено достаточно большое количество работ. Многочисленные отечественные и зарубежные авторы отмечают, что при ДЦП наряду с нарушениями опорно-двигательного аппарата очень часто отмечаются разнообразные речевые расстройства. По мнению разных исследователей, такие нарушения имеют место у 70 – 80 % данного контингента больных (К.А. Семенова, Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова и др.).

Особенностью расстройств речи у детей с церебральными параличами является их патогенетическая общность с двигательными нарушениями, что находит свое выражение в взаимосвязи между развитием речи и формированием общей моторики (Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова и др.).

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждении определенных структур мозга, но и более позднее формировании или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности Отставания в развитии речи при ДЦП связаны с ограничение объема знаний и представлений об окружающем, недостаточность предметно-практической деятельности [2, с.325].

Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология. Отмечается взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает отрицательное

влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают и нарушают формирование голосовой активности и звукопроизносительной стороны речи. Недостаточность кинестетического восприятия проявляется в том, что ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей[2,с.325].

Отмечается зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и тяжестью нарушений функции рук. Наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей, у которых значительно поражены верхние конечности. Различные нарушения двигательной сферы обусловливают разнообразие речевых расстройств. для каждой формы детского церебрального паралича характерны специфические нарушения речи. Речевые нарушения затрудняют общение детей, страдающих церебральным параличом, с окружающими и отрицательно сказываются на всем их развитии.

У детей с церебральным параличом выделяют следующие формы речевых нарушений: дизартрия, задержка речевого развития, алалия, нарушения письменной речи. Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде. Например, наиболее частая форма речевой патологии – дизартрия – часто сочетается с задержкой речевого развития или реже – с алалией[2,с.326].

Дизартрия – это нарушение произношения звуков из-за патологической иннервации речевых мышц, поражения речедвигательных механизмов ЦНС. Алалия характеризуется системным недоразвитием речи в результате поражения корковых речевых зон (встречается как моторная алалия, так и сенсорная).

Особенностью дизартрии при ДЦП, отражающей общность нарушений скелетной и речевой мускулатуры, является недостаточность кинестетического восприятия. Ребенок не только с трудом и в ограниченном объеме выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение своих конечностей и органов артикуляции, что затрудняет выполнение целенаправленных действий и усиливает нарушения звукопроизношения. Нарушения речи происходят в форме псевдобульбарной, мозжечковой или экстрапирамидной дизартрии. При псевдобульбарной дизартрии повышается тонус мышц языка, лица, шеи, нарушается голосообразование, дыхание, жевание. Мозжечковая дизартрия приводит к гипотонии мышц языка, губ; при этом речь замедленная, толчкообразная, затухающая к концу фразы. Экстрапирамидная дизартрия возникает при гиперкинетической форме ДЦП. Гиперкинезы распространяются на мышцы языка, губ, диафрагму; при этом нарушается плавность и размеренность речи.

Взаимосвязь нарушений общей и речевой моторики при ДЦП проявляется также в том, что тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук [2].

Речевые нарушения у детей с ДЦП включают:

- фонетико-фонематические, которые проявляются в рамках различных форм дизартрии;

- специфические особенности усвоения лексической системы языка, обусловленные спецификой самого заболевания. При формировании лексической системы языка у детей с церебральным параличом необходимо широкое опосредование всех занятий практическими задачами с опорой на игровые приемы, активизирующие познавательную деятельность ребенка. При этом детей специально обучают способам сенсорного обследования предметов;

- нарушения грамматического строя речи, которые неразрывно связаны с лексическими и фонетико-фонематическими расстройствами, их формирование осуществляется как единый неразрывный процесс;

- нарушения формирования связной речи и понимания речевого сообщения, которые имеют некоторую специфику при разных формах церебрального паралича. Эти нарушения могут иметь как специфически лингвистическую природу, так и неспецифический характер в связи с общими психическими особенностями детей с церебральным параличом;

- все формы дисграфии и дислексии. В генезисе этих нарушений большая роль принадлежит несформированности зрительно-моторных и оптико-пространственных систем. Их формирование, а также развитие артикуляционно-акустических навыков имеет важное значение в предупреждении и коррекции дислексии и дисграфии у детей с церебральным параличом [3].

Нарушения артикуляционной моторики при ДЦП не только затрудняют формирование произносительной речи ребенка, но и вторично нередко вызывают нарушение фонематического восприятия. Это может вызывать у ребенка трудности звукового анализа слов и искажения их звуко-слоговой структуры. Однако не у всех детей трудности в овладении звуковым составом слов выражены в одинаковой степени. Одни дети испытывают выраженные трудности даже в расчленении слов на отдельные звуковые элементы; другие справляются лишь с простыми формами звукового анализа. Чаще наблюдается трудность звукового анализа слов лишь с дефектно произносимыми звуками. И, наконец, в более редких случаях у детей может не отмечаться выраженных трудностей звукового анализа слов даже с дефектно произносимыми звуками. Это определяет необходимость дифференцированного подхода при коррекции фонетико-фонематических нарушений у детей. Специфические нарушения речевых кинестезии при ДЦП препятствуют формированию слухо-двигательно-кинестетических связей, что и затрудняет процесс письма. Все дети с церебральным параличом и дизартрией нуждаются в комплексной системе логопедических мероприятий, направленных на развитие артикуляционных навыков, фонематического слуха, восприятия и анализа.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические трудности в усвоении лексической системы языка.

Нарушения речи нередко сочетаются с расстройствами дыхания и голосообразования. У детей с церебральными параличами преобладает учащенное, аритмичное, поверхностное дыхание. Часто нарушена координация между дыханием, фонацией и артикуляцией. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме церебрального паралича, при этом произвольный контроль за дыханием затруднен. Нарушения голоса связаны с парезами и параличами мышц языка, губ, мягкого неба, гортани. При этом голос ребенка слабый, тихий, глухой, монотонный, эмоционально невыразительный [2].

Дети с церебральными параличами с трудом овладевают чтением и письмом. Дислексия и дисграфия обычно сочетаются с недоразвитием устной речи и бывают при различных формах дизартрии. Длительное время дети медленно читают по слогам, переставляют буквы, пропускают строчки. В письме искажается графический образ букв, с трудом соединяются буквы в слова, а слова во фразы, встречается зеркальность письма[1].

Нарушение чтения и письма связано с оптико-гностическими расстройствами, спастичностью мышц кисти, глаз, сужением поля зрения, нарушением взаимодействия речеслуховой, речедвигательной и зрительно-моторной систем.

Неблагоприятное влияние на развитие речи у детей с ДЦП оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом не формируется потребность в речевой деятельности, ребенок лишается важного для него речевого общения.

Формирование определенного вида речевых расстройств у ребенка с ДЦП тесно связано с характером поражения и уровнем компенсаторных возможностей его церебральных структур, ответственных за речевые функции. Исследования показывают, что логопедическая работа с детьми, страдающими ДЦП, является такой же необходимой задачей их реабилитации, как и оптимизация патологического двигательного стереотипа. Эффективность коррекционной работы по развитию речи у детей с ДЦП может быть достигнута только при комплексном подходе к умственному и речевому развитию детей.

Литература

1. Ершова В.В., Кабушко А.Ю. Ребенок с нарушением функции опорно-двигательного аппарата в семье, обществе, образовательном учреждении. – Ставрополь, 2010.

2. Назарова Н.М. Специальная педагогика. – М., 2001.

3. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов. – СПб., 2004.

Литвинова В.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол. н,. доцент Прилепко Ю.В.

СПЕЦИФИКА МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЦП

Детский церебральный паралич развивается вследствие поражений головного мозга – внутриутробного, в родах, а также в период новорожденности, т. е. когда основные структуры мозга еще не созрели.

Так, по утверждениям Бадалян Л.О., примерно в 57% случаев заболевание является врожденным, в 40% – обусловлено патологическими родами и только у 3% детей связано с инфекционными заболеваниями, черепно-мозговой травмой или другими патологиями, развившимися уже после рождения [1].

Характерная черта детского церебрального паралича – нарушение психомоторных функций. Двигательные расстройства проявляются в виде параличей, парезов, насильственных движений, нарушений координации движений. Эти симптомы нередко сопровождаются задержкой психоречевого развития, судорожными припадками, нарушениями зрения, слуха, чувствительности и другими патологиями .

Детский церебральный паралич отличается большим разнообразием клинических проявлений, сопутствующих симптомов, тяжести двигательных и психических нарушений, степеней компенсации, причин, вызвавших заболевание [2].

В зависимости от тяжести и распространенности различают следующие формы детских церебральных параличей: спастическую диплегию, спастическую гемиплегию, двойную гемиплегию, параплегию, моноплегию, атонически-астатической синдром (“вялая” форма детского церебрального паралича), гиперкинетическую форму.

При всех формах детского церебрального паралича главной особенностью является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер, диспропорциональность в формировании отдельных, главным образом высших корковых функций, ускоренное развитие одних, несформированностью, отставание других.

У детей с церебральным параличом нарушена возрастная последовательность формирования двигательных навыков. Моторное развитие у детей с церебральным параличом не просто задержано в темпе, а качественно нарушено на каждом возрастном этапе. Имеется несколько форм детского церебрального паралича в зависимости от повреждения определённых систем мозга.

Всё это обуславливает специфическое своеобразие психического развития ребёнка, в том числе, и общение. В общении с окружающими людьми дети используют средства общения всех категорий, которыми уже овладели, в совокупности, выдвигая на передний план те или иные из них в зависимости от решаемой в данный момент задачи и своих индивидуальных особенностей. Из мнения отдельных аспектов, характеризующих развитие раз-

ных структурных компонентов общения – потребностей, мотивов, операций и т.п., в совокупности порождают интегральные, целостные образования, представляющие собой уровни развития коммуникативной деятельности. Эти качественно специфические образования, являющиеся этапами онтогенеза общения были названы формами общения.

М.И. Лисиной (1974- -1981) были выделены три основных этапа в процессе овладения речью как средством общения: довербальный, этап возникновения речи и этап развития речевого общения. Эмоциональное ситуативно-личностное общение со взрослым, доминирующее в первом полугодии жизни ребенка, является необходимой предпосылкой для формирования речи. При этом важное место в развитии общения играют его невербальные формы: крик, плач, улыбка, взгляд [3].

Крик протекает на фоне отрицательных эмоций и является активным средством коммуникации. Плач становится средством общения постепенно.

Плач детей с церебральным параличом в возрасте нескольких месяцев жизни значительно отличается от плача здоровых детей. Характер плача ребенка, его выразительность, тональность, интонационная окраска, сила, продолжительность и ритм, позволяет установить характер расстройств. Плач больных детей обычно затухающий, монотонный, аритмичный, быстро прерывающийся, фрагментарно однотипный.

Речь как основное средство общения развивается через движение и в социальном контакте, и ее основа закладывается еще на первом году жизни ребенка. Когда у ребенка при ДЦП имеются отклонения сенсомоторной сферы, управления мимикой лица и жестами, кинестетического восприятия, контроля за дыханием и передвижением, артикуляции, звукопроизношения, исчезает возможность самостоятельно реализовывать себя в окружающем мире. Все это оказывает непосредственное влияние на развитие коммуникативной деятельности и психическое развитие в целом.

У детей с ДЦП функция общения развивается неравномерно, в отличие от здоровых детей. Наиболее развитыми при ДЦП в 2–3 года оказываются мотивы, формы и потребности общения. Последнее место занимают средства общения. Нарушение артикуляции и координации движений неблагоприятно отражается на процессе общения со взрослым. Также отрицательно сказывается на общении неспособность выразить собственное эмоциональное состояние

В отличие от здоровых детей первых трех дет жизни дети с ДЦП ведут себя пассивно и не проявляют особого желания к сотрудничеству со взрослым. Они не стремятся по собственной инициативе к общению, но при настойчивом побуждении и поддержке устанавливают контакты. При обращении к ним взрослого дети обмениваются впечатлениями и периодически ищут поддержки и внимания взрослого. Экспрессивно-мимической речью, в отличие от здоровых детей пользуются крайне редко, чаще употребляют жесты [5].

Детям, страдающим ДЦП, требуются побуждения взрослого, для того, чтобы принять участие в процессе общения. Их действия с игрушками и предметами носят единоличный характер, редко появляется желание действовать совместно со взрослым или подражать его действиям. Дети не обращают внимание на взрослого, игрушка или какое – нибудь новое занятие интересуют их больше, чем вступление в контакт со взрослым. Не наблюдается активного стремления разделить игру с партнером или обратиться к нему.

В процессе общения дети 2–3 лет с ДЦП крайне редко пользуются речью. Экспрессивно-мимические средства общения, оживленный взгляд, двигательные спонтанные реакции появляются не сразу и являются кратковременными, монотонными и маловыразительными. В процессе общения дети с ДЦП предпочитают использовать жесты, сопровождают их резкой мимикой и гримасами подчеркнуто восклицательного характера, выражая таким образом свои эмоции (например, вместо слова «дай» дети используют гримасы, как бы разговаривая сами с собой). Установление контакта со взрослым происходит только при его инициативе и поддержке. Слабо проявляется эмоциональное состояние или желание поделиться впечатлениями.

Таким образом, у детей с ДЦП в возрасте первых трех лет формируются те же мотивы и формы общения, что и у здоровых детей. Однако потребность в общении выражена менее интенсивно. Дети с церебральным параличом в дошкольном и школьном возрасте обычно еще менее многословны, и их ответы менее разнообразны.

Нарушение дыхания, работы мышц гортани и горла, артикуляторных мышц отрицательно влияет на формирование плача, гуления и лепета в доречевой период. Ослабленная когнитивная деятельность и отсутствие коммуникативного опыта – основные факторы, влияющие на формирование коммуникативных навыков [4].

Двигательные нарушения влияют и на невербальное общение. Если руками невозможно делать понятные жесты, передача сообщений усложняется. Навыки невербального общения будут развиваться только тогда, когда окружающие встретят подобные попытки с пониманием.

Нарушение социальных контактов приводит к ряду отклонений в формировании личности у детей с патологией опорно-двигательного аппарата и при отсутствии или недостаточно квалифицированной психолого-педагогической коррекции могут вызвать появление негативных черт характера.

Литература

1. Акош К., Акош М. Помощь детям с церебральным параличом. Кондуктивная педагогика: Книга для родителей / Пер. с англ. С. Вишневской. М., 1994.-83с.

2. Ермоленко Н.А., Скворцов И.А., Неретина А.Ф. Клинико–психологический анализ развития, двигательных, перцептивных, интеллектуальных и

речевых функций у детей с церебральными параличами // Журнал неврологии и психиатрии, 2000, № 3, с. 19 – 23.

3. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. – СПб.: Детство-Пресс, 2003. – 447 с.

4. Шипицина Л.М., Иванов Е.С., Данилова Л.А., Смирнова И.А. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. СПб., Образование, 1995.- 80с

5. Шипицина Л.М. Нейропсихологическое исследование детей с проблемами в развитии // Дефектология, 1999, № 1

Мустафаева А.Г. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: ассистент Манакина Е.А.

ОСОБЕННОСТИ СЕНСОРНЫХ ЭТАЛОНОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Период дошкольного детства является периодом интенсивного сенсорного развития ребенка – совершенствования его ориентировки во внешних свойствах и отношениях предметов и явлений, в пространстве и времени. Источником знаний об окружающем мире являются ощущения и восприятия, возникающие от соприкосновения органов чувств с различными признаками и свойствами предметов. Воспринимая предметы и действуя с ними, ребенок начинает все более точно оценивать их цвет, форму, величину, вес, температуру, свойства поверхности. Значительно совершенствуются у детей умения определять направление в пространстве, взаимное расположение предметов, последовательность событий и разделяющие их промежутки времени. Сенсорное воспитание направлено на то, чтобы научить детей точно, полно и расчленено воспринимать предметы, их разнообразные свойства и отношения (цвет, форму, величину, расположение в пространстве) [5].

Дошкольный возраст большинством исследователей считается наиболее благоприятным для совершенствования деятельности органов чувств, накопления представлений об окружающем мире. Выдающиеся зарубежные ученые в области дошкольной педагогики (Ф. Фребель, М. Монтессори, О. Декроли), а также известные представители отечественной дошкольной педагогики и психологии (Е.И. Тихеева, А.В. Запорожец, А.П. Усова, Л.А. Венгер и др.) справедливо считали, что сенсорное развитие, направленное на обеспечение полноценного интеллектуального развития, является одной из основных сторон дошкольного воспитания [2].

Сенсорную организацию человека характеризуют состав и структура чувственного познании. Зрение, слух, обоняние и другие виды чувствительности входят в состав чувственного, разные уровни которого- ощущения, вос-

приятия и представления – образуют его структуру. Сенсорная организация сложилась в процессе общественно-исторического развития человека, и целиком отражает образ его жизни и характер деятельности.

Сенсорное развитие направлено на развитие зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия (восприятия движений). Оно является очень важным компонентом для развития познавательной деятельности ребенка и подготовки его к обучению в школе [6].

Значение сенсорного развития для будущей жизни выдвигает перед теорией и практикой дошкольного воспитания задачу разработки и использования наиболее эффективных средств и методов сенсорного воспитания. Главное направление сенсорного развития должно состоять в вооружении ребенка сенсорной культурой. Понятие «сенсорная культура» вошло в дошкольную педагогику благодаря работам М. Монтессори. Однако она считала, что для приобретения такой культуры достаточно систематически упражнять органы чувств ребенка в различении формы, цвета, величины и других свойств предметов.

По мнению М.И.Лисиной, такая точка зрения была ошибочной. Ребенок развивается путем «социального наследования», которое, в отличие от наследования биологического, предполагает не упражнение врожденных способностей, а приобретение новых при усвоении общественного опыта [1].

Большое значение в сенсорном развитии имеет формирование у детей представление о сенсорных эталонах – общепринятых образцах внешних свойств предметов. В качестве сенсорных эталонов цвета выступают семь цветов спектра и их оттенки по светлости и насыщенности. В качестве эталонов формы – геометрические фигуры, величины – метрическая система мер.

Усвоение сенсорных эталонов – длительный и сложный процесс, не ограничивающийся рамками дошкольного детства и имеющий свою предысторию. Усвоить сенсорный эталон – это вовсе не значит научиться правильно называть то или иное свойство. Необходимо иметь четкие представления о разновидностях каждого свойства, и главное, уметь пользоваться такими представлениями для анализа и выделения свойств самых различных предметов в самых различных ситуациях. Иначе говоря, усвоение сенсорных эталонов, это использование их в качестве «единиц измерения» при оценке свойств веществ [5].

Усвоением детьми дошкольного возраста сенсорных эталонов начинается с ознакомления с отдельными геометрическими фигурами и цветами. Такое ознакомление происходит главным образом в процессе овладения разными видами продуктивной деятельности. Даже в тех случаях, когда ребенка специально не обучают выделять разновидности свойств, соответствующие общепринятым эталонам, рисуя, конструируя, выкладывая мозаику, занимаясь аппликацией, дошкольник имеет дело с материалами, содержащие необходимые образцы.

Усвоение сенсорных эталонов, так же как и формирование любых представлений о свойствах предметов, происходит в результате действий восприятия, направленных на обследование формы, цвета, величины и других свойств отношений, которые должны приобрести значение образцов. Однако этого недостаточно. Необходимо еще, чтобы ребенок выделял основные разновидности свойств, принимающиеся в качестве эталонов, из всех остальных, начал сравнивать с ними свойства разнообразных предметов [6].

Сенсорные эталоны – это представления о чувственно воспринимаемых свойствах объекта. Эти представления характеризуются обобщенностью, так как в них закреплены наиболее существенные главные качества. Эталоны не существуют отдельно друг от друга, а образуют определенные системы: спектр цветов, системам геометрических форм, что составляет их системность.

Вопросами сенсорного развития детей дошкольного с детским церебральным параличом занимались Е.Ф. Архипова, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, Т.Ю. Моисеева, О.Г. Приходько и др. Интерес к изучению сенсорного развития дошкольников с детским церебральным параличом объясняется необходимостью выявления закономерностей и особенностей их сенсорного опыта как важного условия разработки эффективных средств воздействия на процесс психического развития [3].

Развитие сенсорных эталонов у детей с ДЦП происходит в различных видах деятельности. В дошкольном возрасте развиваются сразу несколько видов деятельности. Ведущим видом деятельности в этот период считается игровая деятельность, однако важное значение имеют также трудовая, учебная, изобразительная и другие виды деятельности. У детей с ДЦП развитие всех видов деятельности проходит своеобразно. Связано это в основном с двигательной патологией, поскольку любая деятельность предполагает выполнение активных внешних действий и операций, формирование навыков и умений, в том числе и двигательных.

У детей с детским церебральным параличом формирование процессов восприятия нарушается в связи с органическим поражением мозга, двигательной депривацией, нарушением двигательно-кинестетического, слухового и зрительного анализаторов. У них патологически развивается схема положение и движений тела. В связи с двигательной недостаточностью у детей ограничена манипулятивно-предметная деятельность, затруднено восприятие предметов на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации препятствует формированию полноценного предметного восприятия и познавательной деятельности [4].

Исследования, проведенные И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, свидетельствуют о наличии ряда особенностей в овладении сенсорными эталонными детьми дошкольного с ДЦП. По сравнению с обычными возрастными нормами, у детей с ДЦП формируется значительно меньший объем представлений о форме, величине, цвете предметов, пространственных отноше-

ниях. К особенностям детей с ДЦП следует отнести низкое качество овладения сенсорными эталонами. Многие дети оперируют имеющимися представлениями на уровне обнаружения заданных цветов, формы, пространственных отношений, в то время как качественное познание предметного мира обеспечивается оперированием эталонами в самостоятельной деятельности на уровне обнаружения, различения, словесного обозначения [3].

Таким образом, обобщая вышесказанное можно сделать вывод о том, что основой развития познавательной деятельности у дошкольников, страдающих детским церебральным параличом, является развитие сенсорных эталонов, которое включает ознакомление с цветом, формой, величиной предметов, формирование музыкального и фонематического слуха, развитие мышечно-суставного чувства, стереогноза. Важное место занимает здесь развитие восприятия пространства, времени и движения.

У детей с детским церебральным параличом формирование процессов восприятия задерживается и нарушается в связи с органическим поражением мозга, двигательной депривацией, нарушением зрительного, слухового и двигательно-кинестетического анализаторов. Двигательное нарушение ограничивает предметно-практическую деятельность. Последнее обуславливает недостаточное развитие предметного восприятия. Двигательная недостаточность затрудняет манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь. Сочетание этих нарушений с недоразвитием зрительно-моторной координации и речи препятствует формированию полноценной базы сенсорных эталонов.

Для детей с детским церебральным параличом дошкольного возраста характерен и низкий объем представлений о сенсорных эталонах, и качество овладения сенсорными эталонами. При этом качество и объем овладения сенсорными эталонами во многом определяется видом эталона. Искажение адекватности и снижение полноты отражения свойств объекта приводит к тому, что перцептивные действия часто не сформированы, а опознание схематично и ошибочно.

Литература

1. Венгер Л. А., Пилюгина Э. Г. Воспитание сенсорной культуры ребенка. – М., 1998.

2. Волкова В.С., Волкова Н.В. Детская психология: психологическое развитие ребёнка до поступления в школу. – М., 2000.

3. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Академия, 2001.

4. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата/ Под ред. Т.А. Власовой. – М., 1985.

5. Усова А. П. Упражнения по сенсорному воспитанию детей дошкольного возраста. – М., 1990.

6. Ярцев М.И. Дидактические игры и упражнения по сенсорному воспитанию дошкольников. – Изд. 2-е, перераб., М., 1995.

Окорокова О.С. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Мельникова М. И.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Проблема нарушений письменной речи у школьников – одна из самых остро стоящих в системе начального образования, поскольку «письмо и чтение из цели первой ступени обучения превращаются в средство дальнейшего получения знаний учащимися» [Садовникова, с. 7]. По данным ВОЗ, из общего числа детей Российской Федерации 25% (от 15% до 40% по разным данным) испытывают различные затруднения в учебе, из-за несформированности школьных навыков они не могут освоить программу общеобразовательной школы. Поэтому встает вопрос о выяснении причин трудностей, возникающих у детей в первые годы обучения в школе.

Письмо является сложным психическим процессом, включающим в свою структуру внимание, зрительное, акустическое и пространственное восприятие, предметные действия. Письменная речь – одна из форм существования языка, противопоставленная устной речи. Это вторичная, более поздняя во времени возникновения форма существования языка. В отличие от устной, письменная речь формируется только в условиях целенаправленного обучения, т.е. ее механизмы складываются в период обучения грамоте и совершенствуются в ходе всего дальнейшего обучения. Овладение письменной речью представляет собой установление новых связей между словом слышимым и произносимым, словом видимым и записываемым. Процесс письма обеспечивается согласованной работой четырех анализаторов: речедвигательного, речеслухового, зрительного и двигательного.

Трудности овладения письмом или дисграфии – весьма распространенное явление в школе. Они обнаруживаются в самом начале обучения и в значительном числе случаев сохраняются и позднее. Указанная проблема имеет межпредметный статус и разрабатывается различными специалистами: логопедами, физиологами, педагогами, психологами. Нейропсихологический подход к этой проблеме является одним из самых продуктивных. Он позволяет выявить основные механизмы, лежащие в основе нарушений, и построить коррекционную работу с учетом качественного своеобразия высших психических функций конкретного ребенка, сильных и слабых звеньев функциональной системы письма. С позиции нейропсихологического подхода, к проблеме дисграфий обращались А.Р. Лурия, Т.В. Ахутина, Э.В. Золотарева, И. Н. Садовникова, Ю.В. Микадзе, Н.М. Пылае-

ва. В исследованиях этих, а также и других авторов было установлено, что нарушения письменной речи имеют место при значительном своеобразии как в речевом развитии детей, так и в формировании ряда функций неречевого характера (процесса латерализации, пространственных и временных ориентировок, двигательных функций руки, слухо-моторных координаций). Названные функции либо задержаны в своем развитии, либо имеют искаженное развитие. При анализе дисграфий принято выделять их разные варианты (литеральная, вербальная, оптическая), в основе которых лежат такие механизмы как трудности фонематического анализа, смешение близких по артикуляции звуков, трудности овладения зрительным образом буквы, смешение букв, близких по написанию.

Оптическая дисграфия стоит как бы особняком среди других видов дисграфий. Она не зависит от состояния устной речи и может иметь место у детей даже с самым высоким уровнем ее развития. В основе этого вида дисграфии лежит совершенно иное «слабое звено»: недостаточная сформированность зрительно-пространственных представлений (представлений о форме и величине предметов, об их расположении в пространстве по отношению друг к другу). Анализ литературы по проблеме дисграфий показал, что, несмотря на имеющиеся в литературе данные о разнообразных причинах, влияющих на нарушения письма, остается не до конца изученным феномен оптической дисграфии, стойкое проявление «плохого почерка» у людей не только в период школьного обучения, но и в последующие годы.

Актуализированная проблема определила постановку цели данной статьи, которая состоит в использовании нейропсихологического подхода для изучения зрительно-пространственных функций у младших школьников, имеющих нарушения письма.

Исследование проходило на базе СОШ №19 г. Ставрополя в два этапа: пилотажное и основное. На этапе пилотажного исследования изучались особенности письменного изложения текстов детьми третьих-четвертых классов. Всего – 40 человек. В результате были отобраны 11 учеников, имеющих стойкие нарушения при письме. В дальнейшем с ними проводился основной эксперимент. Были использованы следующие методы и методики: анализ продуктов деятельности (письмо в школьных тетрадях); беседа с педагогами и логопедами; экспериментальная методика Л. Бендера, направленная на изучение возможностей ребенка в области перцептивной и моторной организации пространства. Предложенная методика копирования 5-ти геометрических фигур позволяет обнаружить имеющиеся расхождения между индивидуальными результатами копирования и нормативными показателями (с учетом возраста ребенка). Каждый из рисунков оценивался по тем параметрам: А) выполнение углов; Б) ориентация элементов; В) взаимное расположение элементов. Каждый параметр в свою очередь оценивался от 0 до 3 баллов.

Результаты опытно-экспериментального исследования.

I. Анализ школьных тетрадей обнаружил следующие трудности у детей, которые можно отнести к оптической дисграфии: 1) не различение сходных графически рукописных букв: «п-н», «п-и», «с-п», «с-о», «и-ш», «л-м»; 2) трудности в ориентировке на листе бумаги, в нахождении начала строки, соблюдение строки; 3) колебания наклона и размера букв, раздельное написание букв внутри слов; 4) трудности припоминания букв, их искаженное написание, замена рукописных букв печатными, замена похожих букв (к-н); 5) наличие эффекта зеркальности, т.е. замена З-Е; У-Ч; 6) слитное написание двух слов. Все перечисленные ошибки, с нашей точки зрения были обусловлены слабостью нервной системы при дифференциации мелких (частных) признаков и их объединению в разнообразные целостные структуры, имеющие различное значение в зависимости от конкретного сочетания элементов.

II. Данные по методике Л. Бендера:

- дети с диграфией допустили значимо большое количество по всем трем изучаемым параметрам по сравнению с нормально развивающимися сверстниками: 5 до 8 ошибок по каждому измеряемому параметру, а в целом по трем параметрам – от 25 до 40 нарушений. Нормально развивающиеся дети могут действовать безошибочно или допускать 1- 3 ошибки по каждому параметру, или 5-15 в целом по пяти копируемым фигурам.

- наибольшие затруднения вызывали у детей с дисграфией их умения различать углы в каждой из копируемых фигур и выделять параметр ориентаций фигур по отношению друг к другу. Лучше всего они выделяли признак «взаимное расположение элементов».

- качественный анализ ошибок по каждому параметру(А – выполнение углов; Б – ориентация элементов и В – взаимное расположение элементов) позволил выявить специфические нарушения. При выполнении углов дети с дисграфией не владели понятием «прямой угол»; затруднялись обнаруживать угловое расположение фигур, не имеющих четких границ («композиция из кружков»); наблюдался эффект «зеркаливания», т.е. переворачивания фигур на 180°. При выполнении параметра «ориентация элементов» дети не понимали признака «параллельность» линий, не соблюдали вертикального и горизонтального расположения.

Обсуждение полученных результатов.

Выявленные нами нарушения зрительно-пространственных ориентаций могут быть классифицированы как отклонения, обусловленные несформированностью функций программирования и контроля, недостаточным вкладом в процесс восприятия правого полушария. Ошибки по типу «правополушарных нарушений» были описаны Т.В. Ахутиной. С точки зрения нейропсихолога, имеются специфические особенности письма при различном участии в процессе правого и левого полушария. Так, при нарушении функционирования правого полушария ребенок будет затрудняться соотносить

воспринимаемый объект с вертикальной и горизонтальной координатами, запоминать общее взаиморасположение частей фигуры, объединять в целостный образ близко расположенные элементы.

Таким образом, обнаруженные нарушения зрительно-пространственных функций объясняют механизмы, лежащие в основе дисграфий у изучаемых нами школьников. Они отражают тот факт, что у данной категории детей до начала обучения грамоте в школе не были сформированы первичные представления и умения сравнивать предметы по различению углов (прямой, тупой, острый), по ориентации элементов в пространстве (сходящиеся-расходящиеся; пересекающиеся-параллельные; ориентированные направо-ориентированные налево), по взаиморасположению элементов друг к другу (выше-ниже, дальше-ближе, слева-справа, спереди-сзади).

Литература

1.Ахутина Т.В., Золотарева Э.В. О зрительно-пространственной дисграфии: нейропсихологический анализ и методы ее коррекции // Школа здоровья. – 1997. – №3. – С. 38-42.

2.Ахутина Т.В. Трудности письма и их нейропсихологическая диагностика // Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция: уч. пособие.- М.: МПСИ, – 2001.

3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции.- М.: Академический проект, – 2000.

4. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. – М.: Владос, 1995.

Олабенко М. Н. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Прилепко Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В настоящее время работа по развитию зрительного восприятия у ребенка, занимает важное место параллельно с получением теоретических и практических знаний. Развитию зрительного восприятия способствуют все виды деятельности ребенка и общение с взрослыми и сверстниками.

Проблемой развития зрительного восприятия, занимались такие отечественные исследователи, как Б. Г. Ананьев, Л. А. Венгер, А. В. Запорожец, А. А. Люблинская, А. П. Усова, подчеркивали актуальность и значимость данной проблемы, для становления и развития личности ребенка.

Исследования психофизиологов показывают, что восприятие является очень сложным процессом, требующим значительной аналитико-синтетической работы. Прежде всего, получаемая нами информация об объектах и явлениях окружающего нас мира не является результатом простого раздра-

жения органов чувств и доведения до коры мозга возбуждения от периферических воспринимающих органов[3].

Развитие восприятия тесно переплетено с развитием других форм психической деятельности. Как указывал Л.С. Выготский, нельзя представлять себе детское сознание как набор изолированных психических функций. Изучение развития восприятия у ребенка выступает как один из путей выявления общих закономерностей перцептивных процессов. Однако оно имеет и другое значение, которое определяется ролью восприятия в психическом развитии ребенка [1].

Зрительное восприятие активно развивается на протяжении всего дошкольного периода под влиянием разнообразной деятельности ребенка: лепки, рисования, конструирования, чтения книг, просмотра фильмов. Все эти виды активной деятельности ребенка пронизаны игрой, в которой он моделирует все фрагменты окружающей жизни и новой информации, вызвавшей у него интерес и переживания [3].

Задачей зрительного восприятия является отражение предметов и их свойств, оно выполняет также важную проприоцептивную функцию, участвуя в восприятии и регуляции движений наблюдателя.

Спектр нарушений психического развития у детей достаточно широк, но значительно чаще встречается задержка психического развития.

Недостатки зрительного восприятия у детей, относимых нами к задержке психического развития, отмечаются и зарубежными авторами (В. Крукшанк, М. Фростиг, С. Блейксли, С. Куртис, Р. Таллал).

Что касается детей с ЗПР, грубо нарушены более сложные формы восприятия, требующие участия нескольких анализаторов и имеющих сложный характер – зрительное восприятие, зрительно-моторная координация, слуховое восприятие [5].

Существенным недостатком восприятия у этих детей данной категории является значительное замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации. В условиях кратковременного восприятия тех или иных объектов или явлений многие детали остаются «неохваченными», как бы невидимыми. Ребёнок с задержкой психического развития воспринимает за определённое время меньший объём материала, чем его нормально развивающийся сверстник. Дети испытывают затруднения при узнавании предметов по контуру или схематическим изображениям, особенно если те перечеркнуты или перекрывают друг друга. Школьники часто смешивают сходные по начертанию буквы или их отдельные элементы, ошибочно воспринимают сочетания букв. Эти дети с трудом выделяют фигуру из структурированного фона [4].

С возрастом восприятие детей с задержкой психического развития совершенствуется, и это проявляется как в качественных его характеристиках, прежде всего в полноте восприятия объектов, так и в количественных показателях, к

которым относится скорость восприятия, динамика Л. И. Переслени и П.Б.Шошиным. Однако эти исследования не дают достаточных оснований для того, чтобы считать возможным полное достижение к концу школьного обучения показателей, которые соответствовали бы нормальному развитию [1 с.113].

Занятия строятся с учётом психологических особенностей детей, а именно: пассивность восприятия, узость и неустойчивость внимания, бедность словаря, неполноценность чувственного опыта, вызванная интеллектуальной недостаточностью. Занятия основываются на синтезе живописи, музыки, слова, вбирающем в себя основной круг образовательных, воспитательных и коррекционно-развивающих задач.

Зрительное восприятие, оставаясь управляемым, осмысленным, интеллектуальным процессом, опираясь на использование фиксированных в культуре способов и средств, позволяет глубже проникнуть в окружающее и познать более сложные стороны действительности. Без сомнения дети с ЗПР, имея низкий уровень развития восприятия, нуждаются в коррекционной работе, которая требует привлечения разнообразных приёмов и методов.

Чтобы помочь ребенку с ЗПР упорядочить процессы восприятия и учить воспроизводить предмет целенаправленно. На первом учебном году обучения взрослый руководит восприятием ребенка на занятии, в более старшем возрасте детям предлагается план их действий. Для развития восприятия материал детям предлагается в виде схем, цветных фишек.

Указанные выше особенности восприятия учитываются в процессе обучения и воспитания у детей с ЗПР. Иначе говоря, развитие восприятия не происходит без развития памяти и мышления [1 с.112].

К особенностям зрительного восприятия у детей с задержкой психического развития следует отнести:

1. Медленное восприятие и переработка полученной информации;

2. Наблюдаются затруднения при узнавании предметов по контуру или схематическим изображениям;

3. С трудом воспринимают и выделяют фигуру из структурированного фона.

4. Темп зрительного восприятия у детей с ЗПР замедлен;

5. Дети данной категории воспроизводят значительно меньше зрительно воспринимаемых объектов;

6. У детей наблюдаются недостатки пространственного восприятия (не различают расположение элементов, не доделывают задание до конца, соединить конструкцию в единое целое);

7. Дети с ЗПР испытывают трудности в усвоении сенсорных эталонов;

8. Имеют нарушения цветоразличения;

9. Отмечается, замедленность опознавания не позволяет ребёнку быстро обследовать предметы и пространство.

10. Испытывают трудности при необходимости вычленить отдельные элементы из объекта, который воспринимается как единое целое;

11. Инактивность зрительного восприятия свидетельствуют о неумение детей с ЗПР всматриваться, искать и находить какие-либо объекты, избирательно рассматривать какую-либо часть окружающего мира.

Обогащая опыт ребёнка очень важно научить его смотреть и видеть, слушать и слышать, ощущать и воспринимать всеми своими анализаторами и их совокупностью.

По мнению ряда зарубежных психологов, отставание в развитии восприятия является одной из причин трудностей в обучении.

Литература

1. Лубовский В.И. Специальная психология. М., 2007.

2. Мухина В.С. Возрастная психология: Учебное пособие для учащихся средних педагогических заведений. – Издательский центр «Академия», 1999.(С. 92 – 94)

3. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития. Б.П. Пузанова, Б.Б. Горскин. М., 2001.

4. Смирнова Е.О. Психология ребенка. М., 2003.

5. Психология детей с ЗПР. Хрестоматия; учебное пособие О. В. Защиринская: Речь, 2004.- 432 с.

Песнякова А.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., ст. преподаватель Русинова С.В.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Дети с нарушением функции опорно-двигательного аппарата уже несколько десятилетий являются объектом пристального внимания специальных педагогов. По данным Госкомитета Российской Федерации каждый 10-й ребенок-инвалид является инвалидом по причине заболеваний опорно-двигательного аппарата. Среди больных имеются дети с различной степенью тяжести нарушений, вплоть до тяжелой, ведущей к пожизненной инвалидности.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание центральной нервной системы при ведущем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. Основные проявления неспособность сохранять нормальную позу и выполнять активные движения.

Проблемой изучения детей с ДЦП занимались О.В.Баженова (1986), Ю.А. Лисичкина (2004), М.Л. Дунайкин (2001), М.Б. Цукер, М.Б. Эйдинова и Е.Н. Правдина-Винарская и др. [3, 4].

Специалисты разного профиля, разрабатывающие методы лечения и обучения детей с церебральным параличом, такие как К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Н.В. Симонова, Э.С. Калижнюк,

И.И. Мамайчук, И.Ю. Левченко, Г.В. Кузнецова, среди других трудностей становления познавательной деятельности, указывают на трудности развития тонкой моторики рук.

Особенностью этого заболевания является то, что детям не только трудно учиться общей и мелкой моторике, выполнению тех или иных движений, а также трудно ощущать эти движения, поэтому у ребенка затрудняется формирование нужных представлений о движении.

Выделяют следующие формы ДЦП: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма, гемипаретическая форма (детская церебральная гемиплегия) и смешанные формы.

В зависимости от формы ДЦП наблюдаются следующие нарушения мелкой моторики:

При спастической диплегии повреждается центральный двигательный нейрон и развивается центральный паралич или парез. При спастической диплегии повреждение двигательной зоны коры головного мозга или основного двигательного (пирамидного) пути нарушает проведение импульса преимущественно к нижним конечностям, которые оказываются парализованными. Таким образом, паралич, или плегия, – это отсутствие движения в мышце или группе мышц в результате «поломки» в двигательном рефлекторном пути.

Спастическая диплегия характеризуется двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях, причем ноги поражены сильнее, чем руки. Степень поражения рук может быть различной – от выраженных ограничений в объеме и силе движений и до легкой моторной неловкости, которая проявляется лишь при выполнении тонких дифференцированных движений (письмо, составление мозаики, трудовые операции и др.). Часто нарушения моторики рук столь незначительны, что спастическая диплегия определяется как «спастический паралич конечностей, чаще нижних, реже верхних и нижних», т.е. при легких нарушениях функций рук на первое место выходит диплегия нижних конечностей.

Двойная гемиплегия – самая тяжелая форма ДЦП. Дети не держат голову, не сидят, не стоят и не ходят. Не развиваются предпосылки к самостоятельному передвижению, формированию навыков самообслуживания.

Гиперкинетическая форма ДЦП характеризуется двигательных расстройствами, проявляющимися в виде насильственных непроизвольных движений – гиперкинезов. Гиперкинезы – это физиологически нецелесообразные движения. Гиперкинезы возникают непроизвольно, исчезают во сне и уменьшаются в двое, усиливаются при движении и волнении, утомлении и эмоциональном напряжении. Они могут охватывать различные мышечные группы: мышцы лица, языка, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. Проявляются гиперкинезы в различной форме (хореиформные, лтетоидные, хореоатетоидные, спастическая кривошея).

Наличие гиперкинезов в мышцах верхних конечностей затрудняет развитие манипулятивной, предметной, игровой, изобразительной и других видов деятельности и навыков самообслуживания.

Атонически-астатическая форма ДЦП характеризуется прежде всего низким мышечным тонусом (атония), трудностями в формировании вертикализации (астазия). При атонически-астатической форме ДЦП поражается мозжечковая система мозга, которая регулирует координацию движений и равновесие. При тонких целенаправленных движениях (письмо, складывание мозаики, трудовые операции и пр.) тремор рук затрудняет выполнение произвольных действий. Тремор и нарушения координации движений сказываются на формировании навыка письма: буквы «пляшут», они неровные и чрезмерно большие, письмо прерывистое.

Гимипаретическая форма – парезы одной стороны тела, поражение тяжелей в верхних конечностях. У 25-35 % детей наблюдается олигофрения [2].

Физические особенности детей с ДЦП проявляются в ограничении предметно-практической деятельности, недостаточном развитии предметного восприятия, затруднении манипуляции предметами и их восприятии на ощупь.

Одной из особенностей, характеризующих детский церебральный паралич, является нарушение моторики рук. Мелкая моторика – это совокупность скоординированных действий нервной, мышечной и костной систем, часто в сочетании со зрительной системой в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук и ног.

Проблема развития мелкой моторики изучалась с давних пор. Исследования И.М.Сеченова, И.П.Павлова, А.А.Ухтомского, В.П.Бехтерева, А.Н-.Соколова и других показали исключительную роль движений двигательно-кинестетического анализатора в развитии речи и мышления и доказали, что первой доминирующей врожденной формой деятельности является двигательная.

Многие дети, страдающие ДЦП, как бы «забывают» пользоваться своими пораженными конечностями, они игнорируют свою пораженную руку даже в случае умеренного поражения. Подавление деятельности кинестетического анализатора исключает выработку тех условно рефлекторных связей, на основе которых строится чувство собственно тела, чувство позы и тонкая моторика. Все вышеизложенное подтверждает сложный и стойкий характер нарушения двигательной функции у детей, страдающих различными формами ДЦП, и указывает на то, что эти нарушения специфичны для той или иной формы. Степень тяжести двигательных нарушений варьируются в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие нарушения, на другом – минимальные.

У детей, страдающих детским церебральным параличом, нарушение центрального отдела двигательного анализатора приводит к сложным и стойким расстройствам моторики рук: нарушению тонуса мышц, наличию на-

сильственных движений – гиперкинезов, неправильной установке конечностей, неточности движений рук.

Особенностью двигательных нарушений у детей с ДЦП является не только трудность или невозможность выполнения тех или иных движений, но и слабость ощущений этих движений, в связи с чем у ребенка не формируются правильные представления о движении.

Таким образом, у детей с детским церебральным параличом можно выделить следующие проблемы в развитии мелкой моторики: нарушение тонуса мышц, наличие насильственных движений – гиперкинезов, отсутствие ладонного и щепотного и пинцетного захвата, неправильной установки конечностей, ограничение в объеме и силе движений, моторной неловкости, неточность движения рук, ограничены манипулятивные действия, нарушение тонких движений пальцев рук [1].

Литература

1. Антакова-Фомина Л. В. «Стимуляция развития речи у детей раннего возраста путём тренировки движений пальцев рук» (Тезисы докладов 24-го Всесоюзного совещания по проблемам ВНД), М., 1974

2. Р.И.Лалаева, Логопедическая работа в коррекционных классах: Методическое пособие для учителя- логопеда, М.: ВЛАДОС, 2001 – 224с.

3. М. Б. Цукер, Детские церебральные параличи, в кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8, М., 1965 .

4. М. Б. Эйдинова и Е. Н. Правдина-Винарская, Детские церебральные параличи и пути их преодоления, М., 1959.

Проноза А.Г. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСЛЕКСИИ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Неуспеваемость, особенно если она проявляется еще в начальных классах, существенно затрудняет овладение ребенком обязательной школьной программой. Именно в начальный период обучения у детей закладывается фундамент системы знаний, которые пополняются в дальнейшие годы, в это время формируются умственные и практические операции, действия и деятельность.

Отсутствие этого фундамента, невладение начальными знаниями и умениями приводит к чрезмерным трудностям в овладении программой средних классов, в результате такие дети нередко выпадают из обучения. Подобного положения, если отсутствуют грубые нарушения развития, можно из-

бежать, оказав ребенку своевременную и адекватную его проблемам помощь, но для этого необходимо знать возможные причины неуспеваемости, установить, какие из них действуют в конкретном случае (то есть диагностировать неуспеваемость) и уметь или устранить их или корригировать последствия. Многочисленные исследования показывают принципиальную сложность механизма речевой деятельности человека, а также то, что язык – это динамическая система, которая формируется постепенно в связи с нейрофизиологическими закономерностями развития всех функциональных систем организма.

Причины неуспеваемости учащихся в массовой общеобразовательной школе рассматривались многими педагогами и психологами. Примерно 50% неуспевающих школьников составляют дети с задержкой психического развития. Запас знаний об окружающей среде у младших школьников с ЗПР крайне скуден, они не могут рассказать о свойствах и качествах предметов; умственные операции недостаточно сформированы; речевая активность низкая, словарь беден, высказывания односложные, а их грамматическое оформление неполноценно, интерес к учебной деятельности не выражен, познавательная направленность или не обнаруживается, или весьма слаба и нестойка; преобладает игровая мотивация; плохо развита произвольная регуляция поведения.

У младших школьников с ЗПР особенно распространены нарушения чтения, которые оказывают отрицательное влияние на весь процесс обучения, на психическое и речевое развитие [2].

Представление о симптоматике, сущности и механизмах нарушений чтения складывались постепенно. Впервые на эти нарушения как на самостоятельную патологию речевой деятельности указал А.Куссмауль в 1877 г. Затем появилось много других работ, в которых давались описания детей с различными нарушениями чтения и письма. Из ранних работ отечественных авторов следует отметить работы клиницистов-невропатологов Р.А. Ткачёва и С.С. Мнухина. В 30-х гг. XX столетия вопросы нарушения чтения привлекли особое внимание психологов, педагогов, дефектологов. В этот период подчёркивалась определённая зависимость между нарушениями чтения, с одной стороны, и дефектами устной речи и слуха с другой (Ф.А. Рау, Р.М. Боскис, Р.Е. Левина). В современной специальной литературе следует отметить работы Р.И. Лалаевой, А.Н. Корнева, И.Н. Садовниковой.

Проблеме преодоления дислексии у детей с ЗПР посвящены монографии Р.И. Лалаевой. Но, вместе с тем, данная тема остается недостаточно разработанной ввиду полиморфности и значительной распространённости дефекта [1].

Формирование функциональных систем, связанных с высшей нервной деятельностью, в значительной степени обусловлено условиями среды и воспитания, деятельности системы. Для речевой системы таким полезным ре-

зультатом является коммуникация, которая и составляет основную и онтогенетически более раннюю функцию речи.

Исследования физиологических механизмов речи показало, что семантический уровень речевой функциональной системы вступает в деятельность сразу по принципу «минимального обеспечения», то есть тогда, когда его анатомо-физиологические механизмы еще не достигли достаточного созревания. В связи с этим ребенок начинает понимать, а затем уже произносить первые слова и предложения. Таким образом, система начинает функционировать, обеспечивая приспособления ребенка к специфической социальной среде, еще до ее окончательного созревания.

Речевая деятельность осуществляется по принципу объединения различных регулирующих центров и проводящих путей в единую функциональную систему. Для полноценной речевой деятельности необходима слаженная работа всех звеньев речевой функциональной системы. Речевые нарушения возникают при поражении каждого из этих звеньев. Поражение того или иного звена вызывает специфические речевые расстройства. Одно из самых часто встречаемых нарушений данной категории является дислексия.

Вопрос об этиологии дислексии до настоящего времени является дискуссионным. Некоторые авторы, изучающие нарушения чтения у детей, отмечают наследственную предрасположенность при нарушениях чтения.

Большинство авторов отмечает наличие патологических факторов, воздействующих в пренатальный, натальный и постнатальный период. Этиология дислексии связывается с воздействием биологических и социальных факторов. Нарушения чтения могут вызываться причинами органического и функционального характера. Дислексии бывают обусловлены органическими поражениями зон головного мозга, принимающих участие в процессе чтения. Функциональные причины могут быть связаны с воздействием внутренних (например, длительные соматические заболевания) и внешних (неправильная речь окружающих, двуязычие, недостаточное влияние к развитию речи ребёнка со стороны взрослых, дефицит речевых контактов) факторов, которые задерживают формирование психических функций, участвующих в процессе чтения.

Таким образом, в этиологии дислексии участвуют как генетические, так и экзогенные факторы (патология беременности, родов, асфиксии, инфекции, травмы головы) [3].

Расстройства чтения часто наблюдаются у детей с минимальной мозговой дисфункцией, с задержкой психического развития, с тяжёлыми нарушениями устной речи, с церебральными параличами, с нарушениями слуха, у умственно отсталых детей. Дислексия чаще всего появляется в структуре сложных речевых и нервно-психических расстройств.

Современные исследования нарушений чтения являются многосторонними, углубленными и систематическими. Они показывают, что патогенные механиз-

мы нарушений чтения сложны и разнообразны. Пытаясь выявить механизмы дислексий, ученые проводят неврологические, электроэнцефалографические, аудиометрические, психологические, лингвистические исследования.

Неврологическое исследование не выявляет ясной патологии у детей с дислексиями, однако часто у них обнаруживается некоторая неточность, недостаточная дифференцированность движений, чаще всего при выполнении произвольных, сознательно контролируемых движений, в то время как спонтанная, непроизвольная моторика нормальна.

Какого характера это нарушение моторики? Идет ли речь в этих случаях о каких-то тонких, скрытых нарушениях процесса, то есть произвольных, целенаправленных движений, или следует говорить о недоразвитии моторики, несоответствии моторики ребенка его возрасту, о неподготовленности к выполнению многих тонких ручных движений? Более соответствует истине вторая точка зрения, так как многие дети, неточно выполняя какие-то движения в процессе учебной деятельности, становятся удивительно точными и живыми в играх и внешкольной деятельности.

Таким образом, у детей с дислексиями часто наблюдается незрелость, недоразвитие моторики, которое сказывается и на формировании пространственных ориентировок [2].

Аудиометрические исследования слуха у детей с дислексией показывают, что острота слуха у них, как правило, нормальна, чаще всего аудиограммы без отклонений. В то же время отмечаются довольно часто предшествующие отиты. С помощью электронной аппаратуры удавалось обнаружить незначительные нарушения в области речевых зон, особенно когда в устной речи преобладали смешения звуков. Все это не исключает возможности существования дислексий у детей с нарушением остроты слуха, то есть у слабослышащих.

Проведено много исследований зрительных функций у детей, страдающих дислексиями. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что дислексия не является следствием нарушения или снижения остроты зрения.

Изучение движения глаз показало, что при дислексии фиксации глаз являются очень коротким и нерегулярными, часты регрессии, возвращения налево. Но эти симптомы – следствие дислексии, а не ее механизм. Если хорошо читающие схватывают несколько слов во время одной фиксации, остановки глаз, то дислексик читает только часть слова за одну фиксацию, часто делает регрессии, чтобы проконтролировать чтение.

Не всегда учителя могут распознать, что у ребенка дислексия. Они могут определить лишь первые признаки появления дислексии, затем ребенку нужно пройти обследование у психиатра или же другого специалиста, чтобы точно определить диагноз этого заболевания. Если ребенок неправильно пишет буквы и цифры, «переворачивает» их написание, то это первые предупреждающие знаки дислексии. Такое наблюдается обычно у детей от 7 до 8 лет, и обычно

проходит. Если же такого не происходит, то тогда это повод для того, чтобы пройти обследование на наличие дислексии и других заболеваний. Также ребенку с этим заболеванием может быть трудно, копировать с доски. Ребенок не в состоянии запоминать содержание любимой книги или фильма, что может служить одним из признаков дислексии. Проблемы с организацией пространства могут распространяться за пределы классной комнаты, это можно наблюдать на игровой площадке, где играет ребенок. Также распространены трудности с различением левой и правой стороны. В раннем возрасте ребенок может посещать занятия музыкой и танцами, чтобы лучше запоминать информацию, например, привыкать к ритму музыки [1].

Часто при данном заболевании ребенок не понимает, что он слышит и, что ему говорят, запоминание последовательности действия также может представлять большую трудность. Части слов, как и части предложений, могут быть потеряны. Некоторые слова могут казаться смешными. Ребенок может использовать не те слова или похожие слова.

У детей с дислексией можно наблюдать множество неявных признаков. Дети не общаются с другими детьми, они как будто чем-то подавлены. Из-за того, что им трудно запоминать, они могут играть так, чтобы привлекают всеобщее внимание. Может возникнуть проблема с самооценкой ребенка, она существенно понижается, осложняются отношения со сверстниками и другими детьми. Такие дети теряют интерес к школьным занятиям, кажутся ленивыми, у них нет мотивации, что–либо делать. Эмоциональные проявления также важны, как и другие [3].

Литература

1. Лалаева Р.Е., Венедиктова Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников. СПб.: «Союз», 2001.

2. Мальцева Е.В. Особенности нарушений речи у детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1990. №6. С. 21-25.

3. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников. М.: Владос, 1995.

Реброва М.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. п.н., ст. преподаватель Русинова С.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

В настоящее время в стране в связи с уменьшением доли рождения здоровых детей, повышением показателей отклонений в развитии, наблюдается выраженная тенденция к увеличению числа детей с нарушением зрения (Е. С. Либман, О. В. Парамей, Е. В. Шахова и др.).

Зрительные нарушения осложняют и изменяют процесс познания детьми окружающего мира, задерживают овладение предметными действиями, отрицательно влияют на формирование у них представлений о предметах, что в свою очередь сказывается на речевом, познавательном и моторном развитии детей, имеющих зрительную патологию (Л.С. Волкова, А. Г. Литвак, Л. И. Плаксина, Л. И. Солнцева, С. М. Хорош) [5].

Сочетание нарушения зрения и задержки речевого развития создает сложную структуру дефекта и значительно снижает возможности полноценного развития детей, имеющих зрительно-речевой дефект, без специально организованного обучения [3].

Речь детей с нарушениями зрения имеет существенную особенность, проявляющуюся прежде всего в том, что запас слов у них нередко больше, чем количество образов предметов, прослеживается также неадекватность между значением слова и имеющимися представлениями о том, что обозначается словом.

Исследователями (Л. С. Волкова, М. И. Земцова, Н. А. Крылова, Т. П. Свиридюк и др.), занимавшимися изучением особенностей лексической стороны речи детей старшего дошкольного возраста с нарушением зрения, выявлен ряд специфических особенностей: меньший по сравнению с нормально видящими детьми словарный запас, недостаточная сформированность смысловой стороны речи, ошибки в соотнесенности слова и образа предмета, значительные индивидуальные различия в словарном запасе слабовидящих дошкольников, использование слов, усвоенных на чисто вербальной основе, трудности словесного описания изображений. Все эти своеобразные признаки сохраняются и в речи детей школьного возраста, становясь стойкой составной частью их речевого расстройства [3].

Нарушение зрения вносит изменения, которые проявляются в развития и накопления языковых средств и выразительных движений, содержании лексики, некоторым отставании формирования речевых навыков и языкового чутья. «Овладение фонетической речью, с которой начинается усвоение родного языка (артикуляции) на основе подражания. И если развитие фонетического слуха и формирование речеслуховых представлений, основанное на слуховом восприятии, протекает у слепых и зрячих идентично, то формирование речедвигательных образов (артикуляции звуков речи), основанное не только на слуховом, но и на кинестетическом и зрительном восприятии, существенно страдает [2, с.191].

Основным дефектом речи при слепоте является косноязычие. Оно в основном распространено у слепых детей дошкольного и младшего школьного возраста. К разновидностям косноязычия относятся: сигматизм – неправильное произношение свистящих и шипящих звуков (с, з, ш, щ, ж, ч); ламбдацизм – неправильное произношение звука л; ротацизм – недостатки произношения звука р; имеют место также нарушения произношения звуков д,

т и другие. Развитие речи, в частности, звукопроизношения зависит от времени потери зрения: по данным

М.Е. Хватцева [4, с. 112.], среди слепорождённых и ослепших до появления речи недостатки произношения наблюдаются в 16% случаев, а у ослепших в более старшем (дошкольном) возрасте – до 5-7 лет, то есть до окончательного завершения процесса формирования звукопроизношения, – только в 6% случаев. Различные речевые расстройства детей с нарушениями зрения отражаются и на их письме.

Дефекты речи тормозят психическое развитие слепых детей, не дают активно, в полную силу, развиваться мышлению. Недостатки произношения отрицательно влияют на речевую деятельность, ограничивают и без того суженный круг общения ряда детей с нарушениями зрения, что затрудняет формирования ряда качеств личности или ведет к появлению отрицательных свойств (замкнутость, негативизм). В специфику развития речи слепых детей включается также особенности усвоения и использования ими неязыковых средств общения – мимики, пантомимики, интонации, являющихся неотъемлемым компонентом устной речи. Сокращение или отсутствие возможности зрительно воспринимать и непосредственно подражать внешним выразительным движениям окружающих отрицательно сказывается как на понимании ситуативной, сопровождаемой мимикой и пантомимикой устной речи, так и на внешнем оформлении речи. Слепой ребенок не воспринимает массу мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказываниям самые различные оттенки и значения. Не пользуясь в своей речи этими средствами, он существенно обедняет свою речь, она становится маловыразительной [2].

Наиболее важной особенностью речевого и мыслительного развития слепого ребёнка является несоответствие между словом, употребляемым ребенком в активной речи, и пониманием его значения. Это характеризуется тем, что ребёнок, имеющий патологии в зрении, не имеющий зрительной информации о предметах и явлениях, которые его окружают вся информация, которую он получает с помощью слуха, осязания и остаточного зрения (если оно имеется) очень скудная и неполная. Вербализм опасен, и даже очень сообразительный и умный ребенок при недостатке чувственного опыта может попасть в яму вербализма. Богатый чувственный опыт и незначительный разрыв между запасом слов и пониманием значения зависит от хорошо развитых анализаторов и хорошей ознакомленостью с окружающим миром. Согласно взглядам Л.С. Выготского, как зрячий, так и слепой сами должны активно добывать знания из реального предметного мира, отходя от голой словесности, которая пустила глубокие корни в тифлопедагогике [1].

Количество биологических факторов риска для нарушений речи большой и в основном сходен с причинами, которые ведут к нарушениям мышления. Это связано с тем, что в развитии человека речь страдает даже под са-

мым минимальным влиянием патологических факторов, когда другие системы не затронуты. Хорошее развитие речи в раннем возрасте характеризуется следующими факторами: наличие нормальной языковой среды, отсутствие психологических стрессов и неблагоприятной обстановке в семье, хороших отношений с матерью.

Логопедическое воздействие на ранних этапах становления речевой функции опирается на взаимосвязанное рассмотрение вопросов речевого, познавательного, социально-эмоционального развития с учётом специфики овладения основными функциями речи в данном возрасте. Логопедическая диагностика и коррекция, имеющая целью раннее распознавание и исправление средствами образования отклонений речевого развития, должно начинаться с первых месяцев жизни ребёнка, что предполагает использование специальных методов обследования и дифференциальной диагностики в сочетании с тщательным анализом данных медицинского анамнеза и психолого-педагогическим наблюдением за ребёнком [1].

Таким образом, особенностью речевого развития детей со зрительным дефектом является относительно равномерное отставание в сформированности импрессивной и экспрессивной речи, слабости подражательной деятельности, речевой пассивности, эхолалии, отсроченности речевых реакций, речевом негативизме, нарушении номинативной и коммуникативной функций речи. Особенностью речевого развития слепых детей является – косноязычие (сигматизм, ламбдацизм, ротацизм), вербализм и т.д.

Литература

1. Гандер В.А. Первоначальное воспитание и обучение слепых детей. Государственное учебно-педагогическое издательство, М.: 1934.

2. Епифанцева Т.Б., Кисиленко Т.Е, Могилева И.А., Соловьева И.Г., Титкова Т.В. Настольная книга педагога-дефектолога // Серия «Сердце отдаю детям», Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005. С. 241-302.

3. Криницкая, О. И. Специфические особенности становления речи детей дошкольного возраста в условиях зрительной депривации / О. И. Криницкая // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – Челябинск, 2010. – №2. – С. 138-147 (0,6 п. л.).

4. Развитие мышления и речи у аномальных детей : ученые записки, т.256 / отв.ред. М.Е. Хватцев .– Л. : ЛГПИ им. А.И.Герцена, 1963 .– 356 с.

5. Солнцева Л.И., Хорош С.М. Воспитание слепых детей раннего возраста // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2004. № 3. С. 64-66.

Сальникова О.Д. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ МИМИЧЕСКОЙ И АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

С каждым годом жизнь предъявляет все более высокие требования не только к нам, взрослым людям, но и к детям: неуклонно растет объем знаний, которые нужно им передать. Для того чтобы помочь детям справиться с ожидающими их сложными задачами, нужно позаботиться о своевременном и полноценном формировании у них речи. Это – основное условие успешного обучения.

Для того, чтобы речь была четкой и правильной, необходимо решение целого ряда задач, которые влияют на успешное овладение ребенком коммуникативными навыками. Большое влияние оказывают правильное строение артикуляционного аппарата ребенка, состояние его артикуляционной и мимической моторики. Так как только при скоординированной работе всех органов, отвечающих за правильную артикуляцию, возможно точное произношение различных групп звуков, как изолированно, так и в потоке речи.

Вопросами, касающимися состояния артикуляционной и мимической моторики, занимались различные авторы на протяжении достаточно длительного промежутка времени, такие как: Н.А. Бернштейн, И.М. Сеченов, И.П. Павлов, Н.А. Рычкова, С.М. Томилина, Е.Н. Краузе, Т.А. Воробьева, О.И. Крупенчук, Т.В. Буденная, Н.В. Нищева, В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко, Е.Н. Бардышева, Г.А. Волкова, Т.А. Куликовская и другие.

Однако нередко встречаются нарушения артикуляционной и мимической моторики, которые делают невозможным правильное и четкое произношение тех или иных звуков или же целых групп звуков, что делает речь ребенка смазанной, а зачастую и вовсе непонятной. Эта проблема на сегодняшний день стоит достаточно остро, однако предложено большое количество приемов, посвященных коррекции этих нарушений, которые освещены в работах многих специалистов (Е.С. Анищенкова, В.А. Костыгина, Е.А. Пожиленко, Е.С. Алмазова, Н.В. Микляева, О.А. Полозова, Ю.Н. Родинова, С.В. Коноваленко, В.В. Коноваленко, Р.В. Ветерцова и др.). Среди детей дошкольного возраста часто встречается такое речевое нарушение, как дизартрия, которое сопровождается различного рода нарушениями артикуляционной и мимической моторики, вследствие нарушения иннервации мышц речевого аппарата. Это нарушение изучали многие авторы, такие как Г.В. Гуровец, С.И. Маевская, Р.И. Мартынова, Л.В. Мелехова, Е.Ф. Соботович, О.В. Правдина, Е.Н. Винарская, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова и др.

В исследованиях, посвященных проблеме речевых нарушений при дизартрии, отмечается, что нарушение звукопроизношения являются стойки-

ми и с трудом поддаются коррекции (Л.В.Лопатина, Н.В.Серебрякова). Это отрицательным образом сказывается на развитии ребенка, на процессах его нервно-психического становления в дошкольном возрасте, а позднее может привести к школьной дезадаптации. Данные нарушения оказывают отрицательное влияние на формирование и развитие других сторон речи, затрудняют процесс школьного обучения детей, снижают его эффективность. Научные исследования, проведенные Г.В. Гуровец, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Н.В. Серебряковой установили причинно-следственные зависимости между самим дефектом наблюдаемого в данный момент речевого нарушения (например, дефектами звуковой стороны) и его отсроченными последствиями, дефектами формирования фонематических и грамматических обобщений, нарушениями смысловой стороны речи, затруднениями в развитии связной речи.

Выявление особенностей моторной сферы очень важны для наиболее полного представления о проявлениях дизартрии и направлениях коррекционной работы по ее преодолению.

Однако до настоящего времени в практической логопедической работе с детьми недостаточно учитываются как типологические, так и индивидуальные особенности моторной сферы данной категории дошкольников. Развитию моторики уделяется недостаточно времени и часто это направление логопедической работы остается нереализованным.

Кроме того, некоторые аспекты проблемы моторных нарушений у дошкольников с дизартрией, например влияние состояния моторной функции на речевое развитие, нуждаются в дополнительных исследованиях. Расширение представлений об этих аспектах будет, в свою очередь, способствовать уточнению направлений и содержаний коррекции моторных функций у детей с дизартрией.

Для четкой артикуляции нужны сильные, упругие и подвижные органы речи – язык, губы, небо, работа которых задействует многочисленные мышцы, в том числе: жевательные, глотательные, мимические.

Если у ребенка происходит недостаточная иннервация органов артикуляционного аппарата, то это может служить причиной неправильного произношения звуков, вялой, нечеткой, смазанной речи. Соответственно у таких детей слабо будет развита артикуляционная моторика [4, с.132].

Процесс артикуляции звуков человеческой речи состоит в образовании связи между ощущениями, вызванными сокращением мышц речевого аппарата, и слуховыми ощущениями от звуков, которые человек произносит. К этим связям присоединяются еще и зрительные ощущения. Зрительное восприятие помогает улавливать видимую артикуляцию звуков и тем самым уточнять свои собственные движения (Ф.Ф. Рау).

Таким образом, для опознавания и различения звуков речи опираются не только на артикуляционные, но и на акустические различительные при-

знаки. Без опоры на эти признаки невозможно проводить работу по противопоставлению звуков на слух, которая является основой для успешного усвоения детьми правильного звукопроизношения.

В старшем дошкольном возрасте совершенствуется основные речевые движения – ребенок приобретает стойкую привычку говорить ясно, внятно, правильно (речевые движения ребенка автоматизируются) [2, с.219].

При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счет органического поражения центральной нервной системы. Структуру дефекта при дизартрии составляет нарушение всей произносительной стороны речи и внеречевых процессов: общей и мелкой моторики, пространственных представлений и др.

В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом и коррекционно-логопедическом аспектах.

Так, у детей с дизартрией, кроме нарушения звукопроизношения, отмечаются нарушение голоса и его модуляций, слабость речевого дыхания, выраженные просодические нарушения. Вместе с тем в разной степени нарушаются общая моторика и тонкие дифференцированные движения рук. Выявленные моторная неловкость, недостаточная координированность движений служат причиной отставания формирования навыков самообслуживания, а несформированность тонких дифференцированных движений пальцев рук является причиной трудностей при формировании графомоторных навыков.

Вне зависимости от формы во всех случаях дизартрии наблюдаются нарушения артикуляционной моторики, характеризующиеся определенными критериями. Важнейшими являются нарушения мышечного тонуса. Тип нарушений мышечного тонуса, прежде всего, зависит от локализации вызвавшего его повреждения центральной нервной системы. Различают спастичность мышц артикуляционного аппарата, т.е. наличие постоянного повышения тонуса в мышцах языка, губ, лица, а также в мышцах шеи.

В ряде случаев повышение мышечного тонуса может иметь локальный характер и отмечаться только в отдельных мышцах языка. В случаях, когда имеет место выраженное повышение тонуса мышц, язык становится напряженным, характерно его положение – он оттянут кзади, спинка языка становится изогнутой, приподнимается вверх, кончик же не выражен.

Другим видом патологии мышечного тонуса является его снижение, или гипотония. В случае гипотонии наблюдается тонкий язык, который оказывается как бы распластанным в полости рта, губы становятся вялыми, при этом исчезает возможность их полного плотного смыкания. У таких пациентов рот чаще всего полуоткрыт, слюна плохо удерживается в ротовой полости, отмечается гиперсаливация.

Зачастую у страдающих дизартрией отмечаются различные виды сигматизма, наиболее часто встречаются межзубный и боковой.

При дизартрии изменения мышечного тонуса в мускулатуре артикуляционного аппарата также могут выражаться в виде непостоянного, меняющегося характера мышечного тонуса – мышечной дистонии. В данном случае имеются различия состояния в покое и при движениях – в покое тонус мышц низкий, однако при попытках речи происходит быстрое и значительное его нарастание. Отличительной особенностью подобных нарушений является их динамичность, а также непостоянный характер искажений, замен и пропусков различных звуков.

Таким образом, изменения артикуляционной моторики при дизартрии возникают в результате существования ограничений подвижности мышц артикуляционного аппарата, которые, в свою очередь, значительно усиливаются имеющимися нарушениями мышечного тонуса, различными непроизвольными движениями и дискоординационными расстройствами.

Недостаточная подвижность артикуляционной мускулатуры приводит к изменениям звукопроизношения.

Для дизартрии характерны дискоординационные расстройства. Данный вид расстройств проявляется в виде нарушения точности и соразмерности производимых артикуляционных движений, это особенно справедливо в отношении сложных тонких дифференцированных движений. Даже при отсутствии значительных парезов артикуляционной мускулатуры, отмечается, что произвольные движения выполняются неточно, несоразмерно, при этом часто имеет место чрезмерная двигательная амплитуда (гиперметрия). К примеру, ребенок, страдающий дизартрией, способен вытянуть язык вверх, практически касаясь им самого кончика носа, однако при попытке расположить кончик языка сразу над верхней губой в точно указанном месте возникают значительные затруднения, или же такое задание оказывается невыполнимым.

Большие значение в формировании нарушений артикуляционной моторики имеют патологические изменения реципрокной иннервации. При нарушении иннервации, а, следовательно, рассогласовании работы мышечных волокон, необходимых для данного движения, его осуществление затрудняется или же оказывается невозможным, что приводит к нарушениям звукопроизношения ряда переднеязычных звуков. Другим характерным признаком дизартрии является присутствие насильственных движений в мышцах артикуляционного аппарата, а также оральных синкинезий.

Следует отметить, что синкинезии могут отмечаться, помимо мышц речевой мускулатуры, также и в скелетных мышцах, особенно в тех, которые тем или иным образом связаны с осуществлением речевой функции. Так, рядом исследователей было выявлено, что у страдающих дизартрией детей при различных движениях языка часто наблюдаются одновременные движения мышц пальцев, при этом особенно часто большого пальца.

При дизартрии часто также встречается нарушение глубокой проприоцептивной импульсации от артикуляционной мускулатуры. Вследствие подобных

изменений у страдающих дизартрией происходит нарушение ощущения положения языка, губ, отсутствует четкое ощущение направления выполняемых ими движений. У детей это приводит к трудностям при попытке повторить по подражанию демонстрируемый артикуляционный уклад, что создает существенные препятствия и замедляет темпы развития артикуляционного праксиса. Было показано, что при дизартрии часто встречается диспраксия (недостаточность праксиса – нарушения произвольных движений артикуляционного аппарата), которая может иметь как первичный (в результате поражения головного мозга определенных локализаций), так и вторичный (в результате нарушений проприоцептивной импульсации) характер. Изменения звукопроизношения, которые обусловливаются наличием дис- и апраксии, имеют две характерные черты. Во-первых, отмечается искажение и изменение звуков, имеющих близкие места артикуляции. Во-вторых, указанные нарушения звукопроизношения носят непостоянный характер, возможно как неправильное, так и правильное произношение звуков. На настоящее время принято выделение двух типов апраксии: кинетического и кинестического.

При кинестической артикуляционной апраксии (вызванной, как правило, патологическими изменениями, локализующимися в теменных отделах головного мозга) наблюдается затруднение в нахождении отдельной артикуляторной позы. Нарушается произношение, главным образом, согласных звуков. При этом наблюдаемые изменения носят непостоянный характер, а замены звуков являются неоднозначными. Кинестический тип артикуляционной апраксии, связанной, как правило, с патологией премоторных отделов головного мозга, заключается в нарушениях динамической организации артикуляторных движений, появлении затруднений при переходах от одного звука к другому. В этом случае отмечается нарушение звукопроизношения как согласных, так и гласных звуков. Зачастую наблюдается удлинение произносимого гласного звука с приближением его артикуляции к нейтральному звуку [а]. Отмечается напряжение или удлинение произношения начальных и/или конечных согласных звуков, появляются специфические их замены (например, щелевых звуков на смычке [з] – [д]), также имеются вставки звуков или же призвуков, упрощения аффрикат, а также пропуск звуков в случаях стечения согласных звуков. При этом наблюдаются повторы звуков, слогов, пропуски, перестановки, вставки.

Различные виды нарушений артикуляционной моторики при дизартрии способны проявляться в различных сочетаниях и комбинациях, зачастую имеющих специфический характер при различных формах дизартрии, а также в зависимости от степени тяжести поражения.

Важное значение при дизартрии также имеет нарушение речевого дыхания, возникающее вследствие нарушения иннервации и дыхательных мышц. В норме имеется регуляция дыхания смысловым содержанием речи, однако при дизартрии такая регуляция практически полностью отсутствует или

значительно нарушена. Характерно присутствие резких судорожных вдохов вне зависимости от смысла произносимой фразы, после отдельных слов, слогов, укорочение активного вдоха.

При дизартрии также имеют место нарушения голоса и интонации. К развитию изменений голоса приводят нарушения иннервации мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых связок и мышц гортани, которые вызывают соответствующие парезы и параличи, патологию мышечного тонуса и изменения подвижности соответствующих групп мышц [3, с.239].

Таким образом, вне зависимости от формы при дизартрии наблюдаются нарушения артикуляционной моторики, характеризующиеся следующими критериями:

- нарушениями мышечного тонуса по типу спастичности, паретичности или дистонии;
- дискоординационными расстройствами;
- присутствиями насильственных движений в мышцах артикуляционного аппарата, а также оральными синкинезиями;
- нарушениями ощущения положения языка, губ;
- наличием апраксии: кинетического и кинестического типов апраксии.

Неразборчивая речь при дизартрии обусловлена не только расстройством собственно артикуляции, но и нарушением речевого дыхания, голосообразования и просодики.

Литература

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений в шести т. – Т.3 – М., 1983.

2. Глухов В.П. «Исследование состояния фразовой речи детей старшего дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием». / Деф., 1986, №6.

3. Глухов В.П. «Формирование фразовой речи у детей с ОНР в процессе обучения их пересказу« / Деф., 1989, №1.

4. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М., 2001.

5. Киселёва В.А. Комплексное исследование детей со стертой дизартрией //Логопедия: методические традиции и новаторство /Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец, М. – Воронеж, 2003, с. 39 – 50.

6. Карелина И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств // Дефектология. – 2000. – № 1. – С. 24 – 26.

7. Лопатина Л.В. Индивидуальные особенности детей со стертой дизартрией по состоянию неречевых и речевых функций // Логопедия: Методические традиции и новаторство / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. – М. – Воронеж, 2003. – С. 108 – 112.

Федоровская С.Г. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н., доцент Гостунская Я.И.

ОСОБЕННОСТИ ОСЯЗАТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Гуманизация процесса специального образования выдвигает на первый план проблему изучения и оптимизации развития потенциальных возможностей каждого ребенка (Н.Н. Малофеев, Л.И. Плаксина, Л.И. Солнцева). В связи с этим комплексное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования и домашнего воспитания не возможно без изучения особенностей осязательного восприятия детей дошкольного возраста с нарушениями зрения.

Проблема изучения осязательного восприятия слабовидящих детей дошкольного возраста недостаточно исследована в тифлопсихологии.

Истоки исследования проблемы осязательного восприятия лежат в трудах физиологов И.М. Сеченова и И.П. Павлова. И.М. Сеченов подчеркивал, что в процессе осязательного восприятия отражаются не только твердость, шероховатость, температура и другие подобные свойства предмета, но также его форма, величина и положение в пространстве. Это дает основание считать осязательное восприятие особым видом восприятия, по своему познавательному значению оно сравнимо лишь со зрением.

Проблема изучения осязательного восприятия у детей с патологией зрения теоретически обоснована в трудах психофизиологов, тифлопсихологов и тифлопедагогов Л.П. Григорьевой, М.И. Земцовой, В.З. Кантора, А.И. Каплан, Ю.А. Кулагина, А.Г. Литвака, Г.В. Никулиной, Л.А. Новиковой, Л.И. Плаксиной, Л.С. Сековец, Л.И. Солнцевой, Б.К. Тупоногова, В.А. Феоктистовой. В их исследованиях были раскрыты механизмы компенсаторного развития.

Теоретическое обоснование значения осязательного восприятия в становлении познавательной деятельности и разработка теории сенсорного воспитания дошкольников заложены в трудах отечественных и зарубежных психологов и педагогов Л.А. Венгера, А.В. Запорожца, В.И. Логиновой, М. Монтессори, А.К. Усовой, и др.

Систематизация имеющихся данных позволила констатировать, что осязательное восприятие у детей дошкольного возраста с нарушением зрения имеет свои особенности.

У слабовидящих зрение оказывается доминирующим в познании окружающего мира, поскольку ведущая роль в чувственном отражении предмета принадлежит зрению. Нарушение деятельности зрительного анализатора приводит к образованию новых внутри и межанализаторных связей, к изменению взаимоотношений внутри сенсорной системы и образованию свойственной только слабовидящим специфической психологической системы.

У детей с нарушением зрения зрительное восприятие совершенствуется с помощью дополнительных незрительных стимулов: тактильные стимулы при использовании зрения в процессе обучения помогают в создании полноценного образа. Доминирующим в сенсорном отражении предметного мира становится осязательное восприятие во взаимодействии с другими сенсорными модальностями.

А.Г. Литвак отмечает, что утрата зрения ведет к тому, что целый ряд предметов и явлений окружающего мира, в норме воспринимающихся визуально, становится объектом осязательного восприятия. В связи с этим резко повышается активность дистальных частей тела, особенно рук, в познавательной и трудовой деятельности детей с нарушением зрения.

Согласно определению, данному в Большом психологическом словаре осязательное восприятие (син. гаптическое восприятие, от греч. hapto – касаюсь) – один из видов восприятия предметов, основанный на мультимодальной информации, но прежде всего тактильной. Осязательное восприятие – один из важнейших источников наших знаний о пространстве и механических свойствах предметов [3].

Особое значение осязательное восприятие достигает у детей с нарушением зрения, в значительной степени компенсируя недостаточность зрительной информации.

С помощью осязательного восприятия слабовидящий ребенок приобретает навыки самообслуживания. Это является основой для формирования самостоятельности, которая в дальнейшем позволяет обходиться без посторонней помощи. Что необычайно важно не только с практической точки зрения, но и с точки зрения психологического комфорта [1].

Осязательное восприятие обладает всеми свойствами, известными в общей психологии (А.Г. Литвак): избирательностью, осмысленностью, обобщенностью, апперцепцией и константностью. Проявление и развитие этих свойств зависят от уровня психического развития индивида в целом. При нарушении зрения наблюдается редуцирование проявления некоторых свойств восприятия:

· избирательность восприятия ограничивается узким кругом интересов, снижением активности отражательной деятельности, меньшим, по сравнению с нормой, эмоциональным воздействием внешнего мира;

· апперцепция проявляется слабее, чем в норме, в связи с недостаточным чувственным опытом;

· осмысленность и обобщенность затрудняются как недостаточным чувственным опытом, так и снижением полноты и точности отображаемого [2].

Анализ литературы позволил выделить, что осязательное узнавание слабовидящими детьми дошкольного возраста предъявляемых им предметов строится, с одной стороны, на весьма глобальном, малодифференцированном восприятии, с другой – на очень конкретных, единичных образах. Не-

умение слабовидящих детей узнавать обычные предметы, которыми они пользуются в обиходе, когда они предъявляются в уменьшенном виде – в форме игрушки, говорит о трудности и сложности формирования константности восприятия, что связано с замедленностью формирования анализирующего восприятия.

Чрезвычайно глобальное, малодифференцированное осязательное восприятие: ребенок относит узнаваемые предметы не к конкретному виду, а в лучшем случае к роду или даже классу предложений объектов. Характерно, что у этих детей дифференциация признаков предметов развивается весьма медленно. С другой стороны, способность вычислять лишь отдельные признаки предметов вызывает у слабовидящего дошкольника становление образа, отличающегося большой конкретностью, единичностью. Такие образы восприятий и представлений, не имеющие четкой структуры соподчиненности признаков, влияют также на формирование речи слабовидящего дошкольника.

Трудности дифференцирования и обобщения признаков, осязательно воспринимаемых предметов в значительной мере связаны со своеобразным характером сравнения. Специфическое, точное и правильное узнавание требует от ребенка сравнения образа – представления с образом – восприятием данного предмета. Сравнение двух объектов слабовидящий ребенок дошкольного возраста производит, как правило, в плане образов – представлений. Малообобщенный, недостаточно конкретизированный образ – представление не позволяет ребенку отождествлять предъявляемый образец с ранее воспринятым.

Вследствие своеобразного и специфического характера процесса осязательного восприятия, осязательные образы восприятий отличаются от зрительных не только модальностью, но и характером обобщенности. Развитие осязательных восприятий и представлений тесно связано с формированием обобщающей функции речи. Ребенок использует ее как средство компенсации, способное помочь в изменении и ускорении развития дифференцированного, анализирующего восприятия при опоре на деятельность сохранившихся анализаторов.

Осязательное восприятие у детей с патологией зрения вовлекается в более активную деятельность, чем у зрячих. Некоторые тифлопсихологи считали осязательное восприятие единственной модальностью восприятия, которая дает детям с нарушением зрения реальные знания (Ф. Цех). По своему познавательному значению оно сравнимо лишь со зрением (Б.Г.Ананьев).

Изучение осязательного восприятия слабовидящих детей, проведенное Р. Б. Каффеманасом, показывает значительное превосходство слабовидящих детей над нормально развивающимися сверстниками в продуктивности осязательного восприятия. Выявлены два способа перцептивной деятельности:

а) синхронность движений пальцев обеих рук;

б) двигательная пассивность.

Для слабовидящих характерен более высокий уровень последовательности перцептивных действий, в отличие от хаотичности осязательных движений, часто наблюдающейся у нормально видящего [4].

Согласно Л.И. Солнцевой, недостатком осязательного восприятия является то, что оно не может передать всех свойств предметов, которые воспринимаются с помощью зрения (видение на расстоянии, светотени, цвет). Осязание является контактным анализатором, с помощью которого одновременно воспринимается пространство, ограниченное обхватом рук. Это сужает познавательные возможности детей с нарушениями зрения. Обследование предметов совершается постепенно, по частям и более замедленно, чем при зрительном восприятии. Но осязательное восприятие предмета как целого осуществляется не только при условии одновременного охвата кистью руки предмета, но и при последовательном обследовании его контуров. Именно поэтому для детей с патологией зрения следует придавать большое значение развитию осязательного восприятия.

Большая часть детей с нарушением зрения не владеют приемами обследования, т.е. не умеют ощупывать предметы, легко к ним прикасаясь, затрудняются в выполнении других предметно-практических действий.

Анализ и систематизация имеющих данных позволила констатировать, что многие дети с нарушением зрения имеют низкий уровень развития осязательного восприятия. Происходит это потому, что дети с частичной потерей зрения полностью полагаются на визуальную ориентировку и не осознают роли осязательного восприятия как средства замещения недостаточности зрительной информации. Из-за снижения зрения дети не могут спонтанно по подражанию окружающим овладеть различными предметно-практическими действиями, как это происходит у нормально видящих людей.

Мясникова Л.В. считает, что вследствие малой двигательной активности мышцы рук детей с нарушением зрения оказываются вялыми или слишком напряженными. Все это сдерживает развитие осязательного восприятия и отрицательно сказывается на формировании предметно-практической деятельности детей [3].

Таким образом, обобщая основные положения, высказанные в трудах Л.П. Григорьевой, М.И. Земцовой, В.З. Кантора, А.И. Каплан, Ю.А. Кулагина А.Г. Литвака, Л.В. Мясниковой, Л.И. Плаксиной и др., овладение приемами осязательного восприятия объектов и умение выполнять практические действия при участии тактильно-двигательного анализатора дают детям с нарушением зрения возможности наиболее точно представлять предметы и пространство, что позволяет им быть более активными, любознательными в процессе игры и обучения.

Литература

1. Земцова М.И. Обучение и воспитание дошкольников с нарушениями зрения. – М.: Просвещение, 1978. – 160 с.

2. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. Пособие, СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. – 271 с.

3. Мещеряков Б., Зинченко В. Большой психологический словарь, С.-Петербург: Прайм-Еврознак, – 2003.

4. Мясникова Л.В. Развитие осязания и мелкой моторики у дошкольников с нарушением зрения, 2006. – 19 с.

5. Обучение и коррекция развития дошкольников с нарушениями зрения / Под ред. В.А. Феоктистовой. – СПб., 1995.

6. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой , М.: Издательский центр «Академия», -2002.

7. Проблемы воспитания и социальной адаптации детей с нарушением зрения /Под ред. Л.И. Плаксиной – М., 1995

Федюкова М.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Гостунская Я.И.

ОНТОГЕНЕЗ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В НОРМЕ И С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Процесс восприятия человеком речи, раскрытие его механизмов – это задача, которая еще не нашла своего полного решения. Задача распознавания речевого сообщения является предметом изучения крупных коллективов ученых – физиологов, акустиков, лингвистов, психологов как в нашей стране, так и за рубежом. А. И. Соловьева (1972) считает, что построение теории слухового восприятия речи связано с решением задачи по согласованию физических, физиологических, психофизических и лингвистических факторов речевого слуха.

Сущность функции слухового восприятия речи, по мнению ряда ученых (Фант, 1964; М. А. Сапожков, 1968; Фланаган, 1968), состоит в двухуровневом распознавании речи. На первом уровне распознается ряд фонем, на втором уровне ряд фонем переводится в предложение как языковую единицу [3].

Орган слуха относится к числу тех рецепторных аппаратов, при помощи которых осуществляются связь и уравновешивание организма животного и человека с внешней средой. Эти аппараты носят название анализаторов[1].

Овладение речью как средством общения и познания окружающего мира является важнейшим условием социального и познавательного развития ребенка. Развивающееся слуховое восприятие имеет решающее значение для возникновения и функционирования словесной речи у человека.

Слуховое восприятие речи предполагает наличие в долговременной памяти слуховых и кинестетических образов слов и привычных словосочета-

ний, а также образов, соответствующих таким фонетическим элементам речи, как фонемы, словесное ударение, интонация.

Развитие навыка слухового восприятия устной речи представляет собой сложный процесс, который неразрывно связан с усвоением языка, произносительных умений, развитием познавательной деятельности ребенка, накоплением у него жизненного опыта [2].

У новорожденных детей, в ответ на громкий голос или звук появляются различные двигательные реакции: ребенок закрывает глаза, наморщивает лоб, у него появляется гримаса плача, учащается дыхание. На 2-й неделе жизни появляется слуховое сосредоточение – плачущий ребенок умолкает при сильном слуховом раздражителе и прислушивается (Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова, 1981) [5].

В возрасте семи-восьми недель, поворачивает голову в сторону звукового раздражителя, реагируя, таким образом, на звук или голос. Эта новая реакция на звуковые стимулы связана с возможностью локализации звука в пространстве.

В возрасте двух месяцев ребенок способен воспринимать интервалы между звуками. Одновременно ребенок начинает различать ударение в слове, а также основную частоту голоса говорящего, интонацию и ритм речи (Д. И. Тарасов и др., 1984) [9].

Возраст шести-девяти месяцев характеризуется интенсивным развитием интегративных и сенсорно-ситуационных связей. Важнейшим достижением этого возраста является ситуационное понимание обращенной речи, формирование готовности к подражанию речи, расширение диапазона звуковых и интонационных комплексов.

Слуховое восприятие играет решающую роль в развитии лепета, а затем и в фонетической стороне речи, позволяя ребенку воспринимать звучащую речь окружающих и сличать с нею собственное звукопроизношение. Успешное выполнение этих функций предполагает надлежащий уровень аналитико-синтетических процессов в сфере речеслухового анализатора. В процессе восприятия речи окружающих лепет по своему звуковому составу все более начинает приближаться к фонетическому строю родного языка. К концу первого года жизни ребенок различает слова и фразы по их ритмическому контуру и интонационной окраске, а к концу второго года и началу третьего малыш обладает способностью различать на слух все звуки речи [6].

В течение второго и третьего годов жизни ребенка в связи с формированием его речи происходит дальнейшее развитие слуховой функции, характеризующееся постепенным уточнением восприятия звукового состава речи.

Совершенствуя свое произношение в дошкольный период детства, к пятишести годам ребенок полностью овладевает фонетической и ритмической структурой слов, орфоэпическими нормами, нюансами ритмико-мелодического оформления фразы, вариативностью интонаций живой речи. Фи-

зиологическую основу полного овладения фонетикой речи составляет сложная система второсигнальных условных связей в области слухового и речедвигательного анализаторов, образование в коре головного мозга ребенка прочных слуховых и двигательных образов слов и словосочетаний.

Что касается вопроса, связанного с развитием слухового восприятия у детей с нарушением слуха, следует, прежде всего, коснуться той сенсорной базы, которой располагают дети с нарушением слуха для слухового восприятия речи.

Нарушение периферического отдела слухового анализатора влечет за собой сужение сенсорной основы для приема звучащей речи, выраженное менее резко при тугоухости и более резко при глухоте.

Говоря о развитии слухового восприятия у глухих, необходимо различать три их категории.

Первую составляют дошкольники, которые еще не получили специального воспитания. У этих детей отсутствует речь, отсутствуют соответственные слуховые и кинестетические образы, не сформирован механизм слухового восприятия речи.

Ко второй категории относятся те глухие, которые были обучены устной речи на зрительно-тактильно-кинестетической основе и не получили необходимой тренировки в восприятии элементов речи с помощью имеющихся у них остатков слуха. Эти глухие обладают сформированной речевой системой, у них сложились зрительные и кинестетические речевые образы, имеются навыки зрительного восприятия речи посредством чтения с губ, но гак же, как у глухих первой группы, у них отсутствуют соответственные слуховые образы и не сформирован механизм речевого слуха.

Наконец, третью категорию составляют оглохшие, у которых до наступления глухоты уже полностью сложились как речевая система, так и механизм речевого слуха, включающий полноценные слуховые и кинестетические образы речи [3].

Говоря о слуховом восприятии речи у глухих, следует ясно представлять себе различия тех условий, которые характерны для тех, кто еще не обучен речи, кто обучен ей, но преимущественно на зрительно-тактильно-кинестетической основе, и для тех, кто потерял слух после того, как на его основе уже полностью сложилась речь. Очевидно, развитие слухового восприятия у первой из упомянутых категорий глухих возможно лишь на фоне формирования речи и расширения познаний об окружающем мире. Только при этом условии специальные упражнения по развитию слухового восприятия и тренировка, сопряженная с его использованием в дополнение к зрительному восприятию устной речи посредством чтения с губ, могут обеспечить формирование необходимых вербальных образов, их связь с соответственными кинестетическими и визуальными (произносительными, а также дактильными) образами, формирование всех тех компонентов встречной активности, без которых невозможно восприятие речевого материала на базе остаточного слуха.

Для второй категории глухих, имеющих достаточное речевое и умственное развитие и опыт зрительного восприятия устной речи путем чтения с губ, т.е. в условиях сенсорного дефицита, на первый план выступает необходимость формирования слуховых вербальных образов, установление их связи с кинестетическими и визуальными (произносительными, а также дактильными) вербальными образами.

Наконец, глухие, относящиеся к третьей категории, характеризуются тем, что при сохранившейся речи и слуховых вербальных образах, надлежащем умственном развитии они испытывают специфические трудности слухового восприятия произносимых слов. Эти трудности связаны с искажением акустической структуры воспринимаемых ухом слов, обусловленным характером нарушения слуха, особенностями сохранившегося слухового поля. Подобное искажение приводит к несоответствию принимаемого глухим звукового облика слов хранящимся в его памяти эталонам. Необходима известная тренировка для того, чтобы оглохший смог узнать искаженно звучащее слово, т. е. отождествить его звучание с эталоном, а в дальнейшем и перестроить сам эталон. Не имея достаточного опыта восприятия речи в условиях резко обедненной сенсорной основы, оглохшие нуждаются в мобилизации тех связей, которые в их прежнем речевом опыте сложились между, с одной стороны, слуховыми, с другой стороны, зрительными, кинестетическими образами произносимых слов. От них требуется значительное повышение встречной активности во всех ее проявлениях.

Нарушение деятельности слухового анализатора негативно отражается на различных сторонах развития ребенка, и, прежде всего, обуславливает тяжелые нарушения речи. У ребенка с врожденной или рано приобретенной глухотой речь не развивается, что создает серьезные препятствия для общения с окружающими и опосредованно влияет на весь ход психического развития. Состояние слуха слабослышащего ребенка так же создает препятствие для его речевого развития.

Важное значение в процессе обучения имеет учет состояния слуха глухого или слабослышащего ребенка, возможности восприятия речи и неречевых звуков. Исследование возможностей использования остаточного слуха у глухих детей выявили возможности восприятия неречевых звуков и некоторых элементов речи в зависимости от состояния слуха, диапазона воспринимаемых частот (Ф.Ф. Рау, В.И. Бельтюков, Е.П. Кузьмичева, Э.И. Леонгард, Л.В. Нейман). Глухие дети, поступающие в дошкольные учреждения, реагируют на некоторые громкие неречевые звуки. Дети с лучшими остатками слуга реагируют на голос повышенной громкости на расстояние нескольких сантиметров от уха. Даже те небольшие остатки слуха, которые есть у глухих детей, при условии систематической работы по их развитию важны для восприятия звуков окружающего мира и оказывают помощь в работе по обучению устной речи. Развивающееся слуховое восприятие помогает

слышать некоторые бытовые и природные звуки, что имеет важное значение для расширения представлений об окружающем мире и природных явлениях. Ориентировка на некоторые бытовые звуки способствует регуляции поведения ребенка, приобщению его к участию в жизни семьи [4].

Остаточный слух важен для формирования слухо-зрительного восприятия речи, так как он подкрепляет механизмы восприятия речи на зрительной основе и создает в результате содружественной деятельности двух анализаторов новые механизмы восприятия речи. У глухих детей остаточный слух может быть использован и при коррекции произношения: для восприятия слоговой и ритмической структур, произношения гласных и некоторых согласных звуков.

Значительно больше возможности восприятия неречевых и речевых звуков у слабослышащих детей (Р.М. Боскис, Л.В. Нейман, И.Г. Багрова). В зависимости от степени тугоухости возможности восприятия неречевых звуков и речи значительно варьируются. В дошкольные учреждения для слабослышащих детей поступают, как правило, дети с тяжелой тугоухостью, которые могут различать небольшое число лепетных или полных слов, произносимых на небольшом расстоянии от уха голосом нормальной громкости. Дети со средней степенью тугоухости могут различать слова и фразы, предъявляемые голосом нормальной громкости на расстоянии больше одного метра. Некоторые из них способны дифференцировать их при предъявлении шепотом [8].

Таким образом, нарушения слухового анализатора ведет к существенным отклонениям в развитии речи, формировании устной речи, в общем развитии ребенка. Снижение или отсутствие слуха негативно отражается на его психическом развитии, ограничивает возможности познания окружающего мира, затормаживает процесс овладения знаниями, умениями и навыками. Но у дошкольников с нарушениями слуха имеется слуховой резерв, т.е. возможность восприятия речи на слух, которая может быть развита в результате специальной слуховой тренировки при использовании звукоусиливающей аппаратуры.

Литература

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология – М.: Академия, 2002.
2. Венгер Л.А., Мухина В.С. Психология- М.,1988.
3. Власова Т.М., Пфафенродт А.Н. Фонетическая ритмика в школе и детском саду: Практикум по работе со слабослышащими детьми. М.: Учебная литература, 1997.
4. Воспитание и обучение слабослышащих детей дошкольного возраста. М.: Просвещение, 1991.
5. Воспитание и обучение слабослышащих детей дошкольного возраста. М.: Просвещение, 1991.
6. Выготский Л.С. Психология.- М.: изд.- во ЭКСМО – Пресс, 2002.- 1 004с. Выготский Л.С. Психология развития человека.- М., 2003.
7. Гамезо М.В., Домашенко И.А. Атлас по психологии.- М., 2001.

8. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха.: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.- М.: Гуманит. издат. центр. Владос, 2001.

9. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушениями слуха: Учебное пособие для студ. пед. высш. учеб. Заведений / Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.

РАЗДЕЛ VII

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Агаханова И.Д. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Слюсарева Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Многообразие форм аномалий зрения и вызванных ими вторичных отклонений требует индивидуального подхода к каждому ребенку, специфики необходимых лечебно-восстановительных и коррекционно-развивающих мер. В связи с этим особую важность приобретает совершенствование диагностической деятельности, осуществляемой с целью выявления и изучения индивидуально-психологических особенностей человека; разрабатывающей теорию, принципы, методы и инструменты оценки и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.

Нарушения зрения весьма разнообразны по клиническим формам, этиологии, патогенезу, степени выраженности дефекта и структуре нарушенных функций. Основной контингент составляют дети с амблиопией и косоглазием. Нередки и такие формы зрительной недостаточности, как близорукость, дальнозоркость, близорукий и дальнозоркий астигматизм.[5]

У преобладающего большинства детей указанные нарушения – врожденные. В некоторых случаях зрительная недостаточность развивается на фоне других аномалий центральной нервной системы, обусловленных травмами мозга, антенатальной интоксикацией, последствиями перенесенных органических заболеваний центральной нервной системы.

Психологическое обследование детей с нарушениями зрения осуществляется на основе разработанной тифлопсихологами теории с учетом основных закономерностей нормального и аномального развития. [6]

Проведение психологической диагностики познавательного развития детей с нарушениями зрения требует специальных методик, которых, к сожалению, мало. Адаптация стимульного материала при исследовании детей с нарушениями зрения вызывается необходимостью его четкого и точного восприятия детьми и требует от тифлопсихолога знания диагноза заболевания и состояния основных зрительных функций исследуемого ребенка: остроты зрения, цветового зрения, характера зрения и др. [4]

Основной принцип адаптации методик по процедуре исследования – увеличение времени экспозиции стимульного материала.

Поскольку у детей с нарушением зрения при выполнении различных заданий возможен суксессивный способ зрительного восприятия материала, требуется увеличение времени его экспозиции минимум вдвое. В зависимости от особенностей зрительной патологии время выполнения задания может быть увеличено в несколько раз (от двух до десяти).

Выделяют следующие требования к характеру стимульного материала, предъявляемого к детям, имеющим нарушения зрения, при осуществлении диагностической деятельности [7]:

1. Контрастность предъявляемых объектов и изображений по отношению к фону должна быть 60– 100 %. Отрицательный контраст предпочтительнее, так как дети лучше различают черные объекты на белом фоне, чем белые объекты на черном.

2. Материалы и пособия должны быть доступны для зрительного восприятия: быть яркими, красочными, насыщенными по цвету (в основном используются красный, оранжевый, желтый, зеленый цвета; остальные цветовые изображения должны иметь чистые натуральные цвета).

3. Материалы и пособия должны иметь матовую неотражающую поверхность, четкое композиционное построение, вычленение контуров, лаконичность рисунков, конкретные визуальные признаки предметов, объектов и явлений окружающего мира.

4. Не допускается наслоение одного предмета на другой (кроме специальных заданий).

5.Основные признаки, имеющие наиболее важное информативное значение, следует выделять и подчеркивать.

6.Фон изображения должен быть разгружен, без лишних деталей, затрудняющих восприятие предмета (объекта) и его качеств.

7. Материалы и пособия должны быть изготовлены из натурального, прочного, нетоксичного, безопасного материала, гигиеничны, эстетично оформлены, вызывать у ребенка желание играть и заниматься с ними.

8. Для улучшения зрительного восприятия желательно использовать фоновые экраны для создания контрастности. Для близоруких детей предпочтительней темный фон (желательно зеленый) и светлый объект, а для дальнозорких – наоборот. Объект (изображение или предмет) должен быть без бликов, без лишних деталей. Необходимо иметь два мольберта для рассматривания на уровне глаз: 1 – для рассматривания, сидя, другой – стоя.

Определён ряд условий, котором должен отвечать стимульный материал, используемый для работы с детьми, имеющими зрительные нарушения, среди них [4]:

- пропорциональность соотношений предметов по величине в соответствии с соотношениями реальных объектов;
- соотношение с реальным цветом объектов;
- высокий цветовой контраст (80 – 95 %);
- четкое выделение ближнего, среднего, дальнего планов и др.

Величина предъявляемых объектов определяется в зависимости от возраста и зрительных возможностей ребенка, которые уточняются совместно с врачом-офтальмологом.

Расстояние от глаз ребенка до стимульного материала не должно превышать 30 – 33 см, а для слепых детей – в зависимости от остроты остаточного зрения. Размер перцептивного поля предъявляемых рисунков должен составлять от 0,5 до 50°. Угловые размеры изображений – в пределах 30– 35°. Фон должен быть разгружен от деталей, не входящих в замысел задания (особенно это касается заданий для детей дошкольного и младшего школьного возраста).[7]

Для слабовидящих школьников необходимо иметь увеличительную технику (лупы, проекторы), подставки для книг со свободной регуляцией угла наклона, измерительные приборы со специально адаптированными шкалами, светозащитные фильтры, оборудование для развития зрительного восприятия, учебники и дидактические пособия с укрупненным шрифтом и адаптированными иллюстрациями. Для незрячих учащихся требуются приборы для письма по системе Брайля, печатные шестиклавишные машинки, прибор «Школьник», прибор Графика» для рельефного рисования, специальные измерительные приборы, оборудование для обучения пространственной и социально-бытовой ориентировке, специальные тетради и учебники, дидактические пособия в рельефном исполнении, «говорящие книги».

В помещениях, где осуществляется психологическая диагностика детей с нарушениями зрения, необходимо обеспечить левостороннее естественное освещение рабочих мест. Искусственное освещение помещений и рабочих мест может быть общим и местным. В качестве источников общего освещения используют потолочные люминесцентные светильники, местного освещения на рабочем месте – лампы накаливания или люминесцентные. Свет на рабочее место должен падать слева спереди, исключая затенение, не создавая слепящих бликов. Освещенность на рабочем столе слабовидящего ученика должна составлять 500 люкс.[1]

Необходимая степень освещенности во многом зависит от характера зрительного нарушения:

• при миопии высокой степени, атрофии зрительного нерва, пигментной дегенерации сетчатки требуется повышенная освещенность -700-1500 люкс;

• при катаракте – 200-100 люкс;

• альбинизме – до 200 люкс.

Дети со светобоязнью должны быть удалены от источников света.

При осуществлении диагностических мероприятий, необходимо учитывать качественные параметры выполнения предложенных заданий детьми с нарушениями зрения. Используя методики, основанные на двигательных навыках, следует учитывать не быстроту и точность движений, а результативность выполнения задания. Время выполнения задания увеличивается; исключаются все тесты на исследование самих движений и двигательных навыков.

Использование методик, основанных на речевом материале, следует начинать с получения информации о сформированности у ребенка реальных представлений, предъявленному словесному материалу. Формализм речи, свойственный детям с нарушениями зрения, может проявиться в отсутствии полноценного реального представления о предмете или явлении, заявленного в слове.[2]

Выполнение методик, связанных с элементами рисования, следует предварять выяснением, сформировано ли у ребенка представление о предмете, насколько ребенок знает характеристики предмета, который нужно изобразить. В случае необходимости следует показать предмет и рассказать о нем.

Используя методики, основанные на зрительном анализе и синтезе пространственных соотношений объектов, предварительно выясняют, сформировано ли у ребенка знание предлагаемых форм и объектов.

Методики с применением свободных творческих игр следует употреблять, предварительно выяснив, знает ли ребенок игрушки, с которыми будет играть. Особенно это касается стилизованных игрушек, животных в одежде, сказочных персонажей. Детей сначала знакомят с действиями, которые можно производить с игрушками, а также с помещением, в котором они будут играть. При использовании методик, основанных на подражании, учитывая отсутствие этого процесса у слепых детей и трудности его формирования у детей с глубокими нарушениями зрения, следует производить показ на самом ребенке, используя его двигательно-мышечную память и совместные действия с взрослыми.[3]

Таким образом, в настоящее время вопрос о методике проведения психологического обследования детей с нарушениями зрения, необходимости создания специфических условий для проведения качественного диагностического обследования детей, адаптации стимульного материала, является актуальным и требует дальнейшей разработки.

Литература

1. Гусева М.Р., Дмитриев В.Г.,Плаксина Л.И. Обучение и воспитание дошкольников с нарушениями зрения. – М., 1978.

2. Григорьева Г.В. Развитие ведущей формы общения у детей с нарушениями зрения дошкольного возраста // Дефектология. – 2001.

3. Григорьева Л.П. Роль перцептивного обучения в преодолении последствий зрительной депривации у детей с низким зрением // Физиология человека. – 1996. – Т. 22.- № 5.

4. Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушениями зрения: Материалы Междун. научно-пед. конф. тифлопедагогов и незрячих учителей, посвященной 200-летию РГПУ им. А.И. Герцена. – 28-30 октября 1996 г., С.-Петербург. / Ред. Е.М. Папина. – М.: Логос, 1997.

5. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. – М., 1990.

6. Нарушения зрения у дошкольников / Т. И. Нагаева. – Ростов н/Д : Феникс, 2008.

7. Организация образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития в условиях интегрированного обучения; учеб.-метод. пособие / С. Е. Гайдукевич [и др.]; под общ. ред. С. Е. Гайдукевич, В. В. Чечета. – Минск : БГПУ, 2006.

Анненкова А.В. г. Ессентуки, филиал ГБОУ ВПО СГПИ в г. Ессентуки

Научный руководитель: к. психол.н., ст. преподаватель Соловьёва Е.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

По мнению А.М. Бернштейна и М.Я. Брайнина, основу эмоционального развития детей с двигательной недостаточностью составляют ряд факторов:

- беззащитность, как антипод агрессивности;
- гуманистическая направленность личности, представляющая комплекс альтруистических характеристик;
- эмоциональность, проявляющаяся в виде повышенной восприимчивости к радости и печали;
- непосредственность, впечатлительность, обусловленная эмоциональной неустойчивостью;
- импрессивность, проявляющаяся в склонности к внутренней переработке, накопление отрицательных эмоций и переживаний;
- выраженность чувства «Я», заключающаяся в раннем осознании отличия себя от окружающих.

Н.М. Сараева разграничивает факторы, определяющие особенности эмоциональной сферы детей с двигательной недостаточностью на объективные и субъективные.

Объективные – искусственное ограничение активности; особое отношение к больному ребенку окружающих людей; семейное воспитание.

Субъективные – особенности самооценки [4, с. 112].

Во время практики вместе со школьным психологом выделили две группы детей по уровням эмоционального развития.

В первую группу вошли дети, для которых было характерно:

1. Общее снижение эмоционального тонуса.
2. Неумение и нежелание ребенка регулировать свое поведение.
3. Отсутствие достаточной настойчивости в достижении как коррекционно-восстановительного эффекта, так и хороших результатов в учебной деятельности.

Во вторую группу вошли дети, для которых было характерно:

1. Достаточно высокий уровень эмоционального развития.

2. Способность к адекватной самооценке своих возможностей.

3. Стремление к полноценной двигательной активности, сдержанность и терпеливость.

4. Смена эмоционального подъема снижением уровня эмоциональной активности.

Учащиеся этих двух групп при проведении учебно-воспитательных занятий требуют учета особенностей их эмоциональных проявлений.

Многие дети с двигательной патологией имеют ограничения в силу своего неврологического статуса возможностей в развитии невербальных средств эмоциональной выразительности. Они имеют вялую, невыразительную мимику, их осанка и поза несовершенны. Они с трудом выполняют упражнения, редко жестикулируют при разговоре, их жесты вялы, бедны, не выразительны. Поэтому мы проводили занятия на развитие артикуляционного аппарата и дыхания.

Следующим шагом являются упражнения на снятие мышечных зажимов и излишнего напряжения, а также на координацию и равновесие и этюдов на характерные и стилевые движения.

Проводятся занятия на активное включение ребенка в ощущение ритма через моторно-двигательные проявления: под музыку, хлопки, притопы, раскачивания корпуса. Слушая или проговаривая стихи, считалки, ребенок повторяет ритмический рисунок. Переживание ритма связан с переживанием его логики: начало, кульминация, завершение.

Комплексная целенаправленная работа психолога, учителей и родителей будет способствовать их социально-психологической реабилитации.

Важно и осознанное восприятие ребенком себя таким, каков он есть, для постепенного развития правильного отношения к своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит взрослым, т. к. у них ребенок заимствует оценку и представление о себе. В зависимости от реакции и поведения, взрослых он будет рассматривать себя или как инвалида, не имеющего шансов занять активное место в жизни, или как человека, вполне способного достичь успеха.

Литература

1. Бернштейн А.М. Практическая психодиагностика. – М., 2005.

2. Галажинский Э.В., Клочко В.Е. Самореализация личности: системный взгляд /Под ред. Г.В. Залевского. – Томск: Изд-во Том. ун-та,2009.–154с.

3. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка.- М.,1997г.

4. Сараева Н.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 2006.

Бекетова О.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол. н., доцент Долганина В. В.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ НА ОСНОВЕ ИХ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА

Проблема помощи детям с ограниченными возможностями здоровья приобрела в последние годы особую актуальность. По данным Министерства образования РФ, среди детей, поступающих в первый класс, свыше 60% относятся к категории риска школьной, соматической и психофизической дезадаптации, и около 35% из них обнаруживают очевидные расстройства нервно-психической сферы еще в младшей группе детского сада. Особое место среди этих детей занимают именно дети с ОВЗ, причем год от года наблюдается тенденция роста их численности. В этой связи приобретает особую важность дифференцированный подход к определению условий обучения детей данной категории и их психологическое сопровождение на всех этапах обучения [2].

Работа психолога образовательного учреждения в данном случае определяется не просто как оказание психологической помощи, поддержки детей, испытывающих трудности в обучении, а рассматривается именно как психологическое сопровождение детей на всех этапах обучения. Это сложный процесс взаимодействия, результатом которого должно явиться создание условий для развития ребенка, для овладения им своей деятельностью и поведением, для формирования готовности к жизненному самоопределению, включающему личностные, социальные и профессиональные аспекты [4].

Осуществляя психологическое сопровождение учебно-воспитательного процесса, психолог проводит индивидуальную и групповую профилактическую, диагностическую, консультативную, коррекционную работу с обучающимися; экспертную, консультационную, просветительскую работу с педагогическими работниками и родителями по вопросам развития, обучения и воспитания детей в общеобразовательном учреждении; участвует в работе психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) образовательного учреждения.

Психолого-педагогическое сопровождение учащихся включает три взаимосвязанных компонента:

· изучение личности учащегося;

· создание благоприятных социально-педагогических условий для развития личности, успешности обучения;

· непосредственную психолого-педагогическую помощь ребенку.

Целью деятельности педагога-психолога является организация особого образовательного пространства школьников с ОВЗ.

Задачи:

· повышение уровня психологической готовности: детей к обучению, познавательному развитию, общению; учителей к работе с новым контингентом детей;

· создание благоприятного эмоционально-психологического климата в школе, обеспечивающего проживание возрастных кризисов без стрессов и негативных явлений;

· установление определенных норм взаимоотношения детей с другими участниками учебного процесса, в том числе с учителями;

· выработка единых и последовательных требований;

· адаптация учебной программы, нагрузки, образовательных технологий к индивидуальным особенностям школьников с ОВЗ;

· формирование и сплочение классного коллектива.

Очевидно, что все эти задачи могут быть выполнены лишь при совместной деятельности всех организаторов образовательного процесса: педагогов, администрации школы, психологов, специалистов школы и родителей учащихся [3].

Прежде всего, в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья организаторам образовательного процесса необходимо обращать внимание и опираться на их личностный потенциал. Ученые выделяют следующие виды личностных потенциалов [1]:

1. Потенциал разума (интеллектуальный аспект) – способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться; умение приобретать объективные знания и воплощать их в жизнь. Развитие данной компетенции относится к умению пользоваться интеллектом. Основная задача состоит в том, чтобы не страдать от собственных знаний, а учится приспосабливать этот инструмент для собственного совершенствования.

2. Потенциал воли (личностный аспект) – способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства. Важно научиться не позволять обстоятельствам управлять собой, а самому управлять собой в любых обстоятельствах. Воля – это источник человеческой активности, она помогает раскрытию любого потенциала.

3. Потенциал чувств (эмоциональный аспект) – это способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно соглашаться с чувствами других. Обучение способам реализации чувств – важная воспитательная задача, способствующая формированию в целом постоянно эмоционального фона – настроения человека. К развитию данного потенциала относятся способности осознавать и распознавать эмоции, регулировать их, управлять ими.

4. Общественный потенциал (социальный аспект) – социальная компетентность определяется, как способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям. У каждого человека должен быть выработан навык

устанавливать контакт, возможность доверять кому-либо свои проблемы, выслушать другого. Счастье человека в основном состоит в углублении и расширении отношений с самим собой, с другими и с миром в целом.

5. Креативный потенциал (творческий аспект) – способность человека к созидающей активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих стандартных знаний. Важно развивать доверие к творческой части личности, предоставлять ей свободу в этой деятельности, учиться генерировать оригинальные идеи, придавать завершенный вид продуктам своего мышления.

6.Духовный потенциал (духовный аспект) – это способность воплощать высшие ценности в жизнь. Выражать – значит творить добро, отстаивать справедливость, а не только говорить об этом. Духовный потенциал можно раскрыть с помощью создания атмосферы принятия каждого, при которой открывается доступ к состояниям любви, веры, надежды. Дать опыт переживания высших состояний любви к себе, ближнему, к миру в целом.

Таким образом, включение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общие образовательные учреждения предполагает проведение предварительной коррекционной работы, направленной, прежде всего, на подготовку к интегрированному обучению, а также постоянное сопровождение образовательного процесса в условиях интеграции. При включении детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательное учреждение необходимо обеспечение специальными техническими средствами и оборудованием. Необходима предварительная подготовительная работа с педагогическим коллективом, родителями перед поступлением ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательные учреждения. Интегрированное обучение может проходить в разных формах, включающих обучение одного ребенка с проблемами в развитии в классе, группе общеобразовательного учреждения, обучение класса (группы) детей с отклонениями в развитии. Предусматривается систематическое участие обучающихся в специальных классах в организации и проведении общешкольных праздников, внеурочных мероприятий, а также некоторых уроков [3].

До сих пор инициатива в интегрированном обучении шла от специальной школы, от специальных педагогов. Между тем, совместное обучение дает многое, как здоровым школьникам, так и детям с нарушениями в развитии. Интеграция способствует формированию у здоровых детей терпимости к физическим и психическим недостаткам одноклассников, чувства взаимопомощи и стремления к сотрудничеству. У детей с ограниченными возможностями здоровья совместное обучение ведет к формированию положительного отношения к своим сверстникам, адекватного социального поведения, более полной реализации потенциала развития и обучения. Однако данные условия возможны лишь при серьезной и основательной предварительной работе по психологическому просвещению с обозначенными категориями населения.

Литература

1. Материалы сайта www.b17.ru (/article/2084/).
2. Материалы сайта http://festival.1september.ru
3. Бахтин А.И. Эффективность использования образовательного потенциала. – М.: Наука, 1989.
4. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М., Инфра-М, 2001.

Кумейко О.А. г. Ставрополь, ФГБОУ ВПО СевКавГТУ

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Трофимова Н.М.

ДЕЛЬФИНОТЕРАПИЯ КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Дельфинотерапия это относительно новое направление в психологии. В России оно развивается всего несколько лет, хотя зарубежные исследователи стали использовать данный метод в терапевтических целях еще с 70-х годов XX века.

Дельфинотерапия – система физических и психических воздействий, направленных на лечение нарушений ребенка, с использованием общения с дельфином[3].

Цель дельфинотерапии состоит в устранении болезненных отклонений, изменении отношения больного к себе, своему состоянию и окружающей среде. Прямо или опосредованно происходит комплексное лечебное воздействие на эмоции, суждения и самосознание человека.

Наиболее эффективным данный метод, по мнению ряда авторов, является при лечении детей с ограниченными возможностями здоровья: детский церебральный паралич; ранний детский аутизм; синдром Дауна; гиперактивность; функциональные нарушения центральной нервной системы; умственная отсталость (кроме глубокой степени), расстройства речи и слуха; неврозы, посттравматические стрессовые расстройства; нарушения обучаемости [2].

Дельфин относится к животным, которым присуще межвидовое общение, также они обладают достаточно высоким интеллектом, он легко использует невербальные средства общения, игровое поведение. У таких животных происходит взаимное стимулирование к тем действиям, какие выполняют члены сообщества. В силу большой общительности и контактности, дельфины поощряют подобное взаимоотношения с людьми. Задача терапевта – модулировать эти контакты. Дельфин ярко демонстрирует интерес к партнеру по общению, активно взаимодействует, требует обратного ответа, привлекает к себе внимание, демонстрирует дружелюбность, искренность намерений. Восприятие дельфина уже несет в себе психотерапевтический эффект. Общение с дельфином заключает в себе следующие лечебные факторы: положительные эмоции, отвлекающий, активизирующий и катарсический эффекты.

Большинство авторов традиционно выделяют два основных направления дельфинотерапии:

1. Свободное взаимодействие с животным с минимальным участием специалистов (врача, тренера, психолога, психотерапевта, педагога). В данном направлении клиент (пациент) сам выстраивает свои отношения с дельфином, выбирает способы взаимодействия в рамках допустимых возможностей. Роль специалистов ограничивается обеспечением безопасности клиентов и дельфинов.

2. Специально организованное общение. Общение с животным осуществляется через специалиста (врача, психотерапевта, психолога), где общение со специалистом для клиента несет психотерапевтическое значение, а общение с дельфином выступает как фон, среда. Здесь характер и тип дельфинотерапии подчиняется намеченной цели. В этом направлении дельфинотерапия может решать разные задачи: психотерапевтические, психокоррекционные, психопрофилактические, физиотерапевтические, педагогические[1].

По мнению Артемовой О.В. общение с дельфином позволяет достичь следующего:

1. прийти к принципиальному переконструированию отношения к себе, к окружающим людям, к природе, к миру вообще;

2. вытащить человека из плена самоизоляции, стимулировать развитие интереса к внешнему миру, оптимизации социальных отношений;

3. выступает в качестве сенсорного стимулятора, активизируя работу мозговых структур и всего организма в целом;

4. стимулировать и вербальную экспрессию, способствуя речевому и сенсомоторному развитию аутичных детей и детей со сниженным интеллектом;

5. стимулировать процесс развития личности;

6. восполнять дефицит положительных эмоций и обеспечивать поддержку детям и взрослым, переживающим одиночество или состояние дезадаптации, удовлетворять аффелятивную потребность [1].

Необходимо отметить то, что России дельфинотерапия является достаточно молодым направлением в психологической практике. В тоже время в настоящий момент существует несколько городов, где практикуют дельфинотерапию как альтернативный метод психотерапевтического воздействия для детей с ограниченными возможностями здоровья. Специализированные центры есть в Москве, Краснодаре, Санкт-Петербурге, Волгограде. Необходимо отметить, что использование этого метода вызывает ряд организационных сложностей, в частности требуется наличие специальной базы проведения психотерапевтической коррекции, обученных животных, а также высокий уровень компетенции психотерапевта, психолога и готовность сотрудничать с другими специалистами (врачом, дефектологом, тренером).

Литература

1. Артемова О.В. Дельфинотерапия как метод психотерапии

2. Лысенко В.И., Загоруйченко И.В., Батозский Ю.К. Использование дельфинотерапии в реабилитации детей// Матер. VI Конгресса педиатров России «Неотложные состояния у детей». – Москва, 2000. -с.177-178.
3. www.russika.ru

Манакина Е.А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: д.психол.н., доцент Плугина М.И.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА УЧРЕЖДЕНИЙ ИНТЕРНАТНОГО ТИПА ПО МИНИМИЗАЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ У ДЕТЕЙ

Детство – период, когда закладываются фундаментальные качества личности, обеспечивающие психологическую устойчивость, позитивные нравственные ориентации на людей, жизнеспособность и целеустремленность. Эти духовные качества личности не развиваются спонтанно, а формируются в условиях выраженной родительской любви, когда семья создает у ребенка потребность быть признанным. Но в стране ежегодно выявляется около ста тысяч детей, нуждающихся в опеке взрослых, которые могли бы заменить их семью[6].

Сиротство, как социальное явление, присуще любому обществу на любом этапе его развития, поскольку всегда существует определённая категория детей, которые в силу тех или иных причин остаются вне семейной заботы. И, несмотря на то, что в современной российской действительности наблюдается явный рост благосостояния общества, положительные изменения в социально-экономическом развитии страны, неутешительным остаётся тот факт, что в последние годы увеличивается количество детей, поступающих на попечение государства.

В последнее время используются различные формы замещения ребёнку семьи: организация семейных детских домов, приёмных семей, института опеки и попечительства, системы патроната и т.д. Однако общественное воспитание в интернатных учреждениях, являющихся одной из исторически сложившихся форм помощи детям-сиротам, по-прежнему считается основной формой на данном этапе общественного развития[4].

Исследования, которые проводились во многих странах мира, говорят о том, что развитие ребёнка вне семьи идёт по особому пути, у детей-сирот формируются специфические черты характера, поведения, личности и т.д. Нельзя утверждать однозначно: хуже или лучше эти особенности, по сравнению развитием обычных детей, но именно эта непохожесть на других и играет отрицательную роль в адаптации детей-сирот в социуме. А для самих детей сирот это является сложно разрешимой проблемой. Именно этой проблеме посвящено множество трудов учёных-психологов.

Большинство исследователей в области вопросов, связанных с проблемой развития детей в условиях депривации, объясняют негативные особенности детей, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа, в первую очередь, особой социальной ситуацией, отягощённой материнской, эмоциональной, психосоциальной и сенсорной депривацией (Л.И. Божович, М.И. Лисина, В.С.Мухина, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова, Дж. Боулби, И. Лангмейер, З. Матейчек и др.). Некоторых из ученых сходятся во мнении, что в такой социальной ситуации развития формируется состояние психической депривации, которое негативно влияет на развитие детей в целом [1].

Депривация – термин, широко используемый сегодня в психологии и медицине, в русский язык пришел из английского (deprivation) и означает «лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей».

В психологии развития термин депривация употребляется в несколько ином смысле – как недостаток сенсорных и социальных стимулов, приводящий на определенных этапах онтогенеза к замедлению и искажению эмоционального и интеллектуального развития ребенка. Данный феномен был описан еще Я.А. Коменским, позднее – Ж. Итаром, в XX в. – А. Гезеллом, анализировавшим современные попытки воспитания детей, в силу экстремальных обстоятельств долгое время оторванных от социума [4].

Если внимательно рассмотреть симптоматику всех видов психической депривации, то можно обнаружить, что в большинстве своём она имеет общие или схожие черты, которые чаще всего проявляются в отклонении норм поведения, но наибольшие трудности и отклонения от нормального становления личности воспитанников детских домов и интернатов отмечаются всеми исследователями в эмоциональной сфере. И это не случайно, так как ребёнок-сирота не мог получить необходимых ему полноценных эмоциональных контактов с близкими людьми, т.е. с родителями, и чаще всего он получал эмоции со знаком минус. Многим из них пришлось пережить сильное эмоциональное потрясение, например смерть родителей. Ко всему этому прибавляется ещё и проживание в учреждении интернатного типа, которое оказывает определённый эмоциональный прессинг. И здесь можно говорить о том, что любой вид психической депривации, будь то материнская, сенсорная, двигательная или психосоциальная, тем или иным образом сопровождается ещё и эмоциональной депривацией[2].

Значение эмоций в жизни человека невозможно переоценить, об этом говорят множество исследований в области психологии, педагогики, философии, медицины и т.д. В связи с этим можно предположить, что эмоциональная депривация может выступать первичной по отношению к другим видам депривации, и начинать терапевтическую работу над той или иной психологической депривацией необходимо именно с её эмоционального компонента.

Эмоциональная депривация нарушает психическое развитие ребёнка, искажает его эмоциональную сферу. В существующих исследованиях выделены следующие черты портрета эмоциональной сферы психики воспитанника интернатного учреждения: пониженный фон настроения; бедная гамма эмоций, однообразие эмоционально-экспрессивных средств общения; склонность к быстрой смене настроения; однообразность и стереотипность эмоциональных проявлений; эмоциональная поверхностность; неадекватные формы эмоционального реагирования на одобрение и замечание (от пассивности и равнодушия до агрессивности и враждебности); повышенная склонность к страхам, тревожности и беспокойству; основная направленность положительных эмоций – получение всё новых и новых удовольствий; непонимание эмоционального состояния другого человека; чрезмерная импульсивность, аффективная взрывчатость и т.д. [6].

Совокупность таких черт делает необходимой организацию специальной коррекционной работы практических психологов с детьми в учреждениях интернатного типа. При этом следует отметить, что основные направления, принципы и методы работы психолога в учреждениях интернатного типа в основном совпадают с таковыми в обычном образовательном учреждении. Здесь также необходима и диагностическая, и коррекционная, и развивающая, и профилактическая деятельность. Вместе с тем в работе практического психолога в детском учреждении интернатного типа есть своя специфика, продиктованная, с одной стороны, условиями обучения и воспитания детей в таких учреждениях, а с другой стороны, особенностями их психического развития, личности и поведения. Исходя из этого, практический психолог такого учреждения в первую очередь должен акцентировать внимание на проблеме минимизации эмоциональной депривации детей, находящихся в интернатных учреждениях [3].

Но для раскрытия специфики работы психологической службы в интернатных учреждениях следует с одной стороны учитывать специфику самого учреждения, с другой – более детально рассмотреть те проблемные области, с которыми сталкиваются дети интернатов и которые они не могут решить самостоятельно, без вмешательства специалистов.

Следовательно, в первую очередь необходимо учесть, что деятельность практического психолога интернатного учреждения связана со спецификой функционирования самого учреждения, теми правилами регламентациями, которые в нем существуют. Ввиду этого психолог должен строить свою деятельность так, чтобы нивелировать негативное воздействие некоторых из них на психику воспитанников учреждения.

Во-вторых, контингент воспитанников учреждения имеет определенные особенности эмоционального развития, учет которых является обязательным при выборе методов и средств при организации коррекционной работы [5].

В-третьих, необходима разработка специальной программы, направлен-

ной на минимизацию эмоциональной депривации детей, находящихся в интернатных учреждениях. Координирующую роль в реализации этой программы должен выполнять практический психолог. Главная цель таких программ – формирование у детей способности к установлению межличностных контактов через общение, совместную деятельность и т.п. Достижение поставленной цели правомерно осуществлять посредством проводимых групповых занятий, на основе непосредственного контакта с воспитанниками и сотрудниками интерната, участвующими в процессе адаптации детей к новым условиям учреждения.

Исходя из того, что одной из центральных проблем является проблема эмоционально-волевого развития воспитанников интернатных учреждений, то следует отметить, что наибольшие трудности и отклонения от нормального становления личности воспитанников данных учреждений имеются именно в этой сфере. Так многие исследователи в эмоционально-волевой сфере детей выделяют: неуверенность в себе, снижение самоорганизованности и целеустремленности, недостаточное развитие самостоятельности («силы личности»), неадекватная самооценка, неспособность выстраивать нормальные взаимоотношения с окружающими, вплоть до полного отсутствия тенденции к сотрудничеству и т.д. [2].

Для понимания и целенаправленной комплексной работы практического психолога с детьми, находящихся в условиях депривации необходимо учитывать все перечисленные особенности и основные факторы, оказывающие негативное влияние на процесс развития эмоциональной сферы ребенка и личности в целом.

Кроме этого, вся работа практического психолога в интернатных учреждениях по минимизации эмоциональной депривации детей должна строиться с учетом анамнестических данных ребенка, наследственной предрасположенностью (наследственная отягощенность нервно-психической патологией), врожденными нарушениями (например, органическое поражение центральной нервной системы в период внутриутробного развития) и социальными условиями жизнедеятельности [1].

В частности, следует учитывать следующие специфические особенности детей сирот:

- во-первых, основная часть детей имеет неоспоримо негативную наследственность, например, наследственную отягощенность алкоголизмом. В последние годы отмечается влияние наркомании, что приводит к постоянному увеличению количества сирот, страдающих врожденной психической и неврологической патологией;

- во-вторых, вредным является уже само вынашивание нежеланной беременности женщинами, бросающими новорожденных в родильных домах [5];

- третьим патогенным фактором, который проявляется у более старших детей, является комплекс социальных, педагогических и психологических

вредностей в бывших родительских семьях. Среди форм неправильного воспитания типичными для социального сиротства являются безнадзорность [3];

- четвертым и, пожалуй, одним из наиболее мощных патогенных и дезадаптирующих факторов для ребенка является сам насильственный отрыв его от родительской семьи и помещение в детское специализированное учреждение. Отрыв ребенка от родителей способствует развитию так называемых депривационных психических (в первую очередь эмоциональных) расстройств, которые тем тяжелее, чем раньше ребенок оторван от матери и чем длительнее воздействует на него фактор этого отрыва [1].

Проведенный анализ показал, что деятельность практического психолога учреждений интернатного типа должна строиться с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей, особенностей самого учреждения и его влияние на психическое состояние каждого ребенка.

Адаптация детей к условиям учреждений интернатного типа сегодня должна осуществляться при постоянном участи практических психологов, который совместно с воспитателями и другими специалистами изучал бы особенности развития каждого воспитанника детского учреждения, разрабатывал и осуществлял такие развивающие, психопрофилактические и психокоррекционные программы, которые могли реально компенсировать неблагополучный опыт и обстоятельства жизни этих детей и способствовали прогрессивному формированию их личности.

Важное место в системе такой работы должна иметь психологическая помощь детям в случае их усыновления или передачи на попечение в другие семьи, ведь именно в семье раскрывается личностный потенциал ребенка.

Литература

1. Войтенко В. П., Миронова М. Н. Проблемы развития детей в детских домах и школах-интернатах //Вопросы психологии.-1999.-№2.-С.118-120.

2. Лишенные родительского попечительства: Хрестоматия / Ред. Сост. В.С. Мухина.- М.:Просвещение,1991. -С.34-35.

3. Ослон В. Н., Холмогорова А.Б. Замещающая профессиональная семья как одна из моделей решения проблемы сиротства в России // Вопросы психологии.-2001.-№3. -С.79-80.

4. Психологическое развитие воспитанников детского дома /Под ред. М.В. Дубровиной, А.Г. Рузской.- М.:Педагогика.-1990. -С.98-102.

5. Слуцкий В. И. Феномен общественной собственности и его влияние на формирование личности воспитанников детских домов // Вопросы психологии.-2000.-№5. -С.132-134.

6. Смирнова Е.О. Родители и дети: Психология взаимоотношений. 2003г. -С.21-22.

Морушко Ю.С. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол. н., доцент Горбушина И.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕЗАДАПТИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Психологическая поддержка детей должна осуществляться через органы образования: детские сады и школы.

Это обусловлено недостаточной развитостью в нашей стране центров психологической помощи, а также низким уровнем психолого-педагогической культуры родителей (нередко и учителей). Родители, как правило, не уделяют психологическому здоровью детей столько внимания, сколько физическому. Но если даже они видят проблему, то часто не имеют возможности получить квалифицированную помощь.

Для определения организационной структуры психологической поддержки детей в детском саду или в школе необходимо вспомнить выделенные ранее уровни психологического здоровья.

К высшему уровню психологического здоровья – креативному – можно отнести детей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности. Такие дети не нуждаются в психологической помощи.

К среднему уровню – отнесем детей, в целом адаптированных к социуму, т. е. проявляющих лишь отдельные признаки дезадаптации, имеющие повышенную тревожность.

Такие дети могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья и нуждаются в групповых занятиях профилактически-развивающей направленности.

К низшему уровню – отнесем детей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства.

По результатам диагностических проверок такие дети проявляют много признаков дезадаптации и сильно повышенную тревожность. Дети, отнесенные к данному уровню психологического здоровья, нуждаются в индивидуальной коррекционной работе с ними.

Таким образом, процесс формирования психологического здоровья можно представить как систему, которая представляет собой:

- диагностику тревожности и адаптированности детей к школе и семье, наблюдение за детьми и последующее определение уровня психологического здоровья;
- включение детей, отнесенных ко второму уровню психологического здоровья;
- включение детей, отнесенных к третьему уровню психологического здоровья – ассимилятивно-адаптивному – в индивидуальную коррекционную работу с привлечением их родителей к индивидуальному консультированию;

- фиксацию динамики психологического здоровья детей в процессе работы.

Процесс формирования психологического здоровья должен начинаться с диагностики, направленной на определение уровня тревожности учащихся и степени адаптированности их к детскому саду или школе.

По результатам диагностики и наблюдений определяется уровень психологического здоровья детей.

Необходимо использовать косвенные методы. В качестве показателей психологического здоровья можно использовать адаптированность ребенка к социуму, поскольку психологически здоровому функционированию соответствует наличие адаптации между человеком и социальной средой.

Кроме того, необходимо определять тревожность, поскольку повышение тревожности коррелирует с нарушениями психологического здоровья.

Мы полагаем, что достаточно использовать комплекс из нескольких методик, достаточно быстрых в проведении и обработке: рисуночной методики, проективной и включающей наблюдение за детьми. Приведем некоторые из них.

Методика рисуночной диагностики адаптации детей к детскому саду и школе (методика А. И. Баркана)

Учащимся предлагалось выполнить рисунок на тему «Я в детском саду» или «Я в школе» (в зависимости от возраста). Обработка проводится в соответствии с общими принципами рисуночных тестов, в частности, характером сюжета рисунка, наличием декоративных элементов, дополнительных элементов и др.

Кроме того, следует особо остановиться на индивидуальной и групповой помощи детям с выраженными страхами, поскольку проблема страха является довольно распространенной для современных детей.

Безусловно, помощь детям будет эффективной только при поддержке родителей, поэтому необходимо специально рассмотреть консультирование родителей. Обратимся далее к последовательному описанию выделенных форм работы.

Программа групповых занятий для детей адаптивного уровня должна, с одной стороны, обеспечить формирование психологического здоровья в соответствии с его трехкомпонентной структурой, выделенной нами ранее, с другой стороны, обеспечить выполнение возрастных задач развития.

Вследствие этого можно определить четыре основных направления.

1. Аксиологическое направление предполагает формирование умения принимать самого себя и других людей, при этом адекватно осознавая свои и чужие достоинства и недостатки.

2.Инструментальное направление требует формирования умения осознавать свои чувства, причины поведения, последствия поступков, строить жизненные планы, т. е. формирования личностной рефлексии.

3.Потребностно-мотивационное направление подразумевает формирование умения находить в трудных ситуациях силы внутри самого себя, принимать ответственность за свою жизнь на самого себя, формирование умения делать выбор, потребности в самоизменении и личностном росте.

5.Развивающее направление предполагает:

а) для дошкольников – адекватное ролевое развитие, формирование эмоциональной децентрации (умения принимать во внимание чувства и мысли другого человека), произвольной регуляции поведения;

б) для младших школьников – формирование чувства «умелости», «компетентности», качественно нового уровня развития произвольной регуляции поведения и деятельности, переориентация детей с оценок взрослого на группу сверстников.

Что касается методических средств, то мы их классифицируем по теоретическим основаниям, формам осуществления, решаемым задачам.

Это ролевые игры. Они основываются на понимании развития человека как его ролевого развития. При этом под ролью понимается функциональная форма, принимаемая индивидом при реакции на ситуацию, в которой присутствуют другие индивиды. Общеизвестно, что для обеспечения психологического здоровья необходимо адекватное ролевое развитие.

К основным нарушениям ролевого развития у детей обычно относят ролевую ригидность – неумение переходить из роли в роль, ролевую аморфность – неумение принимать любую роль, отсутствие ролевой креативности – неумение продуцировать новые образы, принятие патологических ролей. Соответственно ролевые методы предполагают принятие ребенком ролей, различных по содержанию и статусу; проигрывание ролей, противоположных обычным; проигрывание своей роли в гротескном варианте.

Ролевые методы можно разделить на три подгруппы: ролевую гимнастику (ролевые действия и ролевые образы), психо-драму, ролевые ситуации.

Дошкольники начинают осваивать ролевую гимнастику с ролевых действий, которые усложняются по мере взросления детей (походить, как кошечки, зайцы, волки и т.п.). Важным для дошкольников является включение в ролевые действия голоса (помяукать, как испуганный котенок, злой котенок, радостный котенок и т. п.), а также пальчиковых игр (пальчиками походить, как зайцы, лягушки, медведи и т. п.).

Для старших дошкольников и младших школьников чаще используются ролевые образы, в основе которых принятие учащимися ролей животных (льва и зайца, волка и цыпленка и т.п.), сказочных персонажей (Кащея Бессмертного, Змея Горыныча, Бабы Яги, Ивана Царевича и т.п.), социальных и семейных ролей (учителя, директора, мамы, бабушки и т. п.), неодушевленных предметов (стола, шкафа, машины, лодки и т.п.). Роль изображается при помощи мимики и жестов, может озвучиваться.

В основе психо-драмы может быть разыгрывание расправы с пугающими объектами. При этом используется либо смена ролей – ребенок играет по-

очередно роли нападающего и жертвы нападения, либо создание ситуации подвига и подключение эмоционального сопереживания объектам нападения.

Достаточно интересно и эффективно проходят пальчиковые драматизации, то есть разыгрывание только пальцами этюдов или сказок.

В ролевых ситуациях учащийся сталкивается с ситуациями, релевантными тем случаям, которые характерны для его реальной (и значимой для него) деятельности, и ставится перед необходимостью изменить свои установки. Тем самым создаются условия для формирования новых, более эффективных коммуникативных навыков.

Психо-гимнастические игры.

Данные игры основываются на теоретических положениях социально-психологического тренинга, в процессе которого создается особая среда, в которой становятся возможными преднамеренные изменения.

Впсихо-гимнастических играх у детей формируется:

а) принятие своего имени;

б) принятие своих качеств характера;

в) принятие своего прошлого, настоящего, будущего;

г) принятие своих прав и обязанностей.

Эмоционально-символические методы.

Они основываются на представлении К. Юнга и его последователей о том, что формирование символов отражает стремление психики к развитию и превращение символов или образцов фантазии в осязаемые факты с помощью рисования, сочинения рассказов и стихов, лепки способствует личностной интеграции. Нами были выделены две основные модификации эмоционально-символических методов.

1.Групповое обсуждение различных чувств: радости, обиды, гнева, страха, печали, интереса. Как необходимый этап обсуждения используются детские рисунки, выполненные на темы чувств. Причем на стадии рисования иногда исследуются и обсуждаются чувства и мысли, которые не удается раскрыть в процессе вербального общения.

2.Направленное рисование, т. е. рисование на определенные темы. Детям предлагалось рисовать любой рисунок, который навевается метафорой. Направленное рисование так же может использоваться на начальном этапе работы перед серийным рисованием, ибо облегчает процесс самораскрытия детей и процесс принятия решений.

Релаксационные методы. Основываются на понимании релаксационного состояния как антипода стресса с точки зрения его проявления, особенностей формирования и механизмов запуска. Это упражнения, основанные на методе активной нервно-мышечной релаксации, дыхательные техники, визуально-кинестетические техники.

Среди дыхательных техник используется глубокое дыхание, ритмичное дыхание с задержкой.В основе визуально-кинестетических техник лежит использование визуально-кинестетических образов.

Когнитивные методы. Они основываются на утверждении о каузальной функции когнитивных факторов при возникновении эмоциональных расстройств. Поэтому необходим пересмотр мышления, освобождение его от иррациональных убеждений.

Однако при работе с младшими школьниками, помимо групповых занятий, в качестве психопрофилактических необходимо применять так называемые рефлексивные технологии, которые используются не в отдельно выделенном занятии, а на уроке.

Рефлексивными технологиями можно назвать такие методы, которые основываются, прежде всего, на развитии рефлексии учащихся.

Известно, что учебная деятельность – это деятельность, направленная на усвоение знаний и умений, накопленных человечеством. С приходом ребенка в школу ему нужно помочь эту деятельность освоить. Важнейшей предпосылкой их деятельностного усвоения является наличие у школьников развитой рефлексии. В ходе учебной деятельности требуется рефлексивное оценивание того, «кем я был» и «кем я стал», каких результатов добился и каким путем шел к этим достижениям, какие трудности испытывал и как их преодолевать. Необходимо уметь определять границу своего незнания и целенаправленно обращаться к различным источникам (к взрослым, сверстникам, литературе) для ликвидации своего незнания.

Посмотрим, какие психолого-педагогические условия необходимы для того, чтобы рефлексивное оценивание стало полностью интериоризированным и осуществлялось как реализация потребностей самих учащихся, приобрело субъектный характер. Мы считаем, что можно выделить три основных условия: мотивирование самооценивания школьников, наличие адекватных возрастным особенностям критериев самооценивания, наличие достаточного опыта самооценивания.

Мотивирование учащихся должно осуществляться через предоставление школьникам возможностей самоутвердиться, увидеть уровень своих достижений. Можно сказать, что важнейшее средство мотивирования – это преобразование рефлексивных ситуаций в ситуации успеха. Для этого необходимо, чтобы педагогами отмечалось, прежде всего, приобретение учащимися каких-либо качеств и умений, а не отставание или трудности в освоении последних. Это особенно важно, потому что в реальной жизни значимые взрослые обращают внимание чаще на недостатки или на трудности в освоении той или иной деятельности.

Следующее важнейшее условие – предоставление учащимся возможности приобретения опыта самооценивания через различные формы. В качестве основных, можно выделить урочные и внеурочные формы. Следует особо отметить, что оценка учащимся самого себя не должна поглощаться оценкой взрослого, считаться менее важной и значимой. Сопоставление внешней оценки и самооценки должно послужить началом диалога между учащимся и педагогом. Как известно, внешний диалог является преддвери-

ем внутреннего, следовательно, сам по себе уже способствует развитию рефлексии учащихся. Полезными могут стать специальные уроки работы с эталонами оценки, предложенные А. Б. Воронцовым.

Следует отметить, что критерии по всем блокам оценивания не являются неизменными для всех возрастов или учебных предметов. Как отмечалось ранее, основу психологического здоровья составляет полноценное развитие на всех этапах онтогенеза. Поэтому параметры оценивания должны учитывать динамику возрастного развития.

Итак, использование данных технологий в рамках психологической поддержки детей не только возможно, но и необходимо, поскольку позволит увидеть именно процесс развития каждого ребенка.

Олешова В.В. г. Москва, ГБОУ ВПО МГПУ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Бачина О.В.

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСТРОЙКИ РЕЧЕВОГО ПРОЦЕССОРА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ДЕТЕЙ

Кохлеарная имплантация (КИ) – это не только хирургическая операция, а комплексный метод реабилитации детей и взрослых с глухотой и выраженной степенью тугоухости, осуществляемый командой специалистов, включающей аудиологов, отохирургов, сурдопедагогов, психологов, инженеров, физиологов и др.

Успех КИ зависит от наличия в достаточном объеме функционирующей слуховой коры, способной обеспечивать центральную обработку информации, поставляемой комплексом «кохлеарный имплант/слуховой нерв».

При этом следует учитывать два аспекта:

- собственно способность мозга к обработке информации и к обучению (геном и окружающая среда, природа и обучение);
- фактор времени [3].

Фактор времени предполагает снижение пластичности мозга с возрастом и является основным при КИ у детей с врожденной глухотой. Соответственно, при врожденной тотальной глухоте оптимальный результат может быть достигнут при максимально раннем выявлении, диагностике и начале слуховой реабилитации с использованием обоих ушей.

Многоцентровые исследования показали, что, если ребенок проимплантирован в возрасте 2-2,5 лет, то порядка 50% детей идут в общеобразовательную школу. Если КИ произведена в 1 год – 60-65% могут учиться в общеобразовательной школе, а если операция произведена в возрасте 6-9 месяцев, то процент этот увеличивается до 80. Оставшиеся 20% – это дети со сложной структурой дефекта.

Кохлеарная имплантация как комплексный, многоэтапный метод реабилитации, состоит из 3-х основных этапов [3]:

Первый этап – предварительное обследование пациента командой специалистов, определение возможности проведения кохлеарной имплантации.

Второй этап – хирургическая операция. Во время операции корпус импланта размещается под кожей за ухом человека, а выходящая из корпуса электродная решетка вводится в улитку.

Третий этап кохлеарной имплантации – реабилитация. Через 4-6 недель после операции проводится подключение речевого процессора к кохлеарному импланту и первичная настройка речевого процессора. Эта работа направлена на формирование у человека полноценных слуховых ощущений. На третьем этапе начинаются занятия с сурдопедагогом с целью развития речевой функции.

В настоящее время я работаю сурдопедагогом в ФГУ Российском научно-практическом центре аудиологии и слухопротезирования. Основной задачей в моей деятельности сейчас является совместное с аудиологом участие в настройке речевого процессора кохлеарного импланта.

Первая настроечная сессия, как правило, проводится в течение недели. Далее сессии проводятся раз в три месяца в течение одной недели в первый год после операции. В последующие годы контроль за картой процессора и реабилитационные сессии проводятся два-три раза в год.

Для имплантированных детей, с которыми мы работаем, особое значение приобретает взаимодействие между аудиологом, сурдопедагогом и родителями, а также эмоциональный контакт каждого из них с ребенком. Аудиологу для успешной настройки речевого процессора необходимо наличие у пациента некоторых умений (реагировать на присутствие или отсутствие звука, сосчитать количество звучаний, определить субъективно ощущаемую абсолютную или относительную громкость звука и др.). Сурдопедагог может определить и показать, как, какими способами научить ребенка этим умениям. Однако, основной процесс обучения, автоматизации необходимых умений должен обеспечиваться родителями в домашних условиях.

Наша работа строится следующим образом. При настройке речевого процессора после проверки состояния электродов сначала нужно определить пороговые уровни токов и максимально комфортные уровни токов на каждом электроде. Аудиолог, проводящий настройку, вместе с сурдопедагогом, как правило, могут определить только минимальные уровни тока, которые вызывают ориентировочную реакцию или реакцию внимания (замирание, поворот глаз в сторону стимулируемого уха, на маму и др.) и/или условно-рефлекторные поведенческие реакции у ребенка. Ориентировочные реакции у детей с несформированной условно-рефлекторной реакцией возникают при уровнях тока, близких к максимально комфортному уровню. У части детей без слухового опыта, имеющих нарушения внимания и коммуникативных навыков, могут отсутствовать ориентировочные реакции, но могут наблюдаться непроизвольные реакции в виде расширения зрачков, беспокойства.

Затем аудиолог постепенно повышает уровень стимулов, а сурдопедагог наблюдает за реакциями ребенка. Повышение производится до тех пор, пока у ребенка не появится отрицательная реакция на стимул – ребенок может заморгать, вздрогнуть, заплакать. Это означает, что достигнут уровень дискомфорта, который используется в качестве точки отсчета для максимального комфортного ощущения и порогового уровня.

Настойка процессора КИ значительно облегчается, если у ребенка предварительно сформированы условно-двигательная реакция на звук и представления о тихих и громких звуках. Условно-двигательную реакцию на звук у ребенка можно выработать, начиная с 1,5 лет.

Сурдопедагог при настройке речевого процессора в качестве звуковых стимулов использует звучащие игрушки (погремушка, шарманка, дудка, гармошка, свисток, барабан), голос, шепот. У детей до полутора лет педагог основывается на регистрации безусловно-ориентировочных реакций на звук. Следует иметь в виду, что безусловные реакции характеризуются быстрым угасанием при повторных предъявлениях. В связи с этим звуковые стимулы предъявляются, начиная с наиболее высокочастотных и с максимального расстояния (5-6 м).

Первым предъявляется звучание шарманки (погремушки), затем – дудки (гармошки) и, наконец, барабана. Так же исследуются реакции на голос разговорной громкости, шепот при предъявлении высоко-, средне- и низкочастотных слогосочетаний («кс-кс», «па-па-па», «пу-пу-пу») Дети старше 1,5 лет в момент звучания должны надевать кольцо на стержень пирамидки, класть кубик в кузов машины и т.д. Также для определения адекватности настройки речевого процессора сурдопедагог предъявляет ребенку звукоподражания и лепетные слова (мяу, ав-ав, прр, пи-пи, му), а позже – фразы с ними [4].

В своей работе, суть которой кратко описали выше, мы столкнулись с определёнными трудностями, заключающимися в следующем:

- на приём приходят дети разных возрастных категорий;

-некоторые дети не принимают задания (разбрасывают предлагаемый материал, как возможно неинтересный для них или слишком увлекаются игрой);

- используемый дидактический материал в работе с детьми не всегда соответствует современным реалиям;

- готовясь к занятиям по настройке речевого процессора, нужный для работы материал приходится подбирать из различных источников, затрачивая много времени и не имея полной уверенности в том, что он является адекватным для работы с имплантированными детьми того или иного возраста.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу – изучить имеющееся методическое обеспечение этапа работы по настройке речевого процессора у имплантированных детей, проанализировать его содержание, адаптировать под наши условия работы и, возможно, предложить что-то новое, экспериментально проверив его эффективность на практике.

Актуальность нашего исследования определяется тем, что на сегодняшний день набора методических материалов для сурдопедагога, ведущего работу по настройке речевого процессора кохлеарного импланта, практически нет.

В связи с этим представляем Вам программу нашего эксперимента.

Цель эксперимента – подбор, адаптация и апробация методического материала, с помощью которого можно будет проверить адекватность настройки речевого процессора кохлеарного импланта у детей раннего возраста.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что наличие методического обеспечения при работе по настройке речевого процессора кохлеарного импланта позволит проводить обследование детей раннего возраста компактно, с минимальной затратой времени на подбор соответствующего материала, с учетом современных жизненных реалий, что, предположительно, должно повысить интерес детей к занятиям.

Диагностический инструментарий эксперимента будет представлять собой набор заданий для выполнения их ребёнком. Контроль за результатами их выполнения будет осуществляться путем фиксирования хода выполнения заданий и их оценки, поведения ребёнка, уровня слухового восприятия до настройки речевого процессора и после неё.

Эффективность экспериментальной разработки будет оцениваться путем анализа признаков в изменении состояния имплантированных детей, удобства использования дидактического материала и принятия его детьми. Фиксировать полученные результаты мы планируем в протоколах наблюдений и в индивидуальных карточках.

Литература

1.Королева И.В. Особенности слухоречевой реабилитации после кохлеарной имплантации у детей младшего возраста. // Дефектология. 2002- №3.- С. 25-28

2. Николаева Т.В.Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом: Методическое пособие.- М.: Издательство «Экзамен», 2006.

3. Таварткиладзе Г.А. Кохлеарная имплантация: Учебное пособие. М., 2000.

4. Шматко Н.Д., Пелымская Т.В. Если малыш не слышит…: Пособие для учителя. М.: Просвещение, 2003.

5. Cochlear implants for young children/ Ed. B. McCormick, Sue Archbold. London; Whurr Publishers, 2003.

Омелянчук О.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Шаповаленко З.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОЗАРТИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время для реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья используются различные виды психотерапии: игротерапия, куклотерапия, арт-терапия и др. С каждым годом появляются новые виде психотерапевтического воздействия, к их числу можно отнести мозартику.[2]

Мозартика- это вид терапии, который используется в психопрофилактике и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Прослеживается ее связь с такими известными направлениями психотерапии, как арт-терапия, игротерапия и психоанализ. Её действительно можно считать своеобразным ответвлением каждого из них. Е целительная сила, способствующая личностному развитию и оказывающая коррекционное воздействие, это, конечно же, волшебная сила искусства, она отражает техники приёмы используемые в с арт – терапией.

Мозартика является игрой, а точнее, целым семейством игр, – в этом прослеживается ее связь с игротерапией. К концу XX века то или иное направление игротерапии всё-таки было или директивным, или недирективным. Любое комбинирование или чередование этих видов всё равно не меняло принадлежности к тому или другому виду каждой из составляющих. Либо ребёнок играл абсолютно свободно и спонтанно, либо его игрой в том или другом варианте руководили, либо он играл свободно при том или ином сопроводительном участии взрослого, которое могло быть регулярным или эпизодичным. В любом случае это воздействие – воздействие взрослого на игру ребёнка – для играющего ребёнка было внешним. Оно не шло изнутри, из самой игры.[1]

Мозартика имеющая отношение к искусству отражает техники и приемы, используемые в арт-терапии. У арт – терапии, как и у игротерапии, тоже были два глобальных направления, которые разделялись, комбинировались, чередовались, но никогда не сливались. Человек, на которого воздействовала арт – терапия, всегда был либо в пассивной роли – роли восприёмника искусства, либо в активной – занимался искусством сам, либо эти роли комбинировались. Иногда эти роли комбинировались даже одновременно – но тогда источники воздействия были разными, то есть человек воспринимал пассивно одно искусство и одновременно под влиянием воспринимаемого искусства создавал какое – то другое, своё. Могли даже источники совпасть, но тогда одна из ролей чётко доминировала. Например, и по отношению к собственному искусству человек может быть созерцателем, но его роль как творца в этом случае явно преобладает. То есть человек не мог быть одновременно по отношению к тому или иному виду арт – терапии в равной мере и восприёмником, и творцом, какая-то роль неизбежно оказывалась доминирующей. Вот именно эту неуловимую одновременную ситуацию равных ролей и удалось воплотить Мозартике. С одной стороны, играющий со всей очевидностью является восприёмником всего того богатого образного мира того или иного направления искусства, заложенного в основу образного ряда конкретной игры. С другой стороны, с помощью образных средств, предоставляемых игрой, причём средств, дающих огромные возможности выбора, вызывающих широкий спектр ассоциаций, играющий создаёт своё собственное неповторимое произведение. Провести границу между этими видами воздействия арт – терапии и выделить доминирующий в данном случае просто не-

возможно, хотя вполне допустимо предположение, что для разных людей могут возникать различные доминирующие акценты у той или иной, активной или пассивной роли. Но в любом случае восприятие искусства и собственное творчество соединены в мозартике так неразрывно и равноправно, как, наверно, ни в каком другом виде арт-терапии.[5]

В ходе игрового процесса мозартики осуществляется глубинный анализ совместной деятельности ребенка с взрослым, с использованием техник и приемов психоанализа.

Результаты практической деятельности специалистов показали, что у Мозартики очень большой потенциал. Она может быть применена в индивидуальной и групповой психотерапии; в реабилитации инвалидов, как детей, так и взрослых; в семейной терапии; в области развития у ребенка когнитивных процессов; а так же развития эстетического вкуса.

Мозарт – развитие помогает ребенку узнать и освоить цвет, форму, счет, анализ, синтез, моделирование. Задания так же направлены на произношение трудных звуков, на развитие речи, развития воображения, умение фантазировать, сочинять, и т. д.[3]

Совместная игра родителей и детей в мозартике, по мнению специалистов- психологов, может стать “общей землей”, местом, на котором возникают основы диалога, взаимопонимания, взаимного доверия, поддержки и союза. Однако достаточно трудно найти такую форму игрового взаимодействия, которая была бы “развивающим” полем и одновременно вызывала интерес как у ребенка, так и у родителей. Еще сложнее найти игровое взаимодействие, способное решать профилактические и реабилитационные задачи, связанные с внутрисемейными проблемами. Игровое взаимодействие на основе Мозартики не только удовлетворяет этим требованиям, но и обладает целым рядом преимуществ игрового взаимодействия:

- В игре нет выигравших и проигравших, правильно или неправильно выложенных композиций – взрослый и ребенок в игре одинаково успешны.

– Ребенок и взрослый приоткрывают друг для друга свой внутренний мир, что облегчает их взаимопонимание.

– “Болевые точки” семьи переживаются в игре в наименее травматическом символическом виде.

– В процессе игры дети и родители невольно меняют свой взгляд друг на друга в позитивную сторону, что способствует нормализации семейной обстановки.

– Поскольку данная реабилитационная технология – сильно действующее коммуникационное средство, в процессе игры уход в себя, в свои проблемы постепенно вытесняется процессом конструктивного общения. [4]

Развивающая методика «Мозарт – развитие» предлагается: детям, дошкольникам, младшим школьникам, подросткам, детям с особенностями развития – ЗПР (задержка психического развития), ММД (минимально – моз-

говая дисфункция), СДВ (синдром дефицита внимания) и другие; детям – инвалидам, с диагнозами: ДЦП (детский церебральный паралич), РДА (ранний детский аутизм), Синдром Дауна и другие.

Цель методики – развивать ребенка увлекательно и интересно с помощью игры с заложенными в нее методами игротерапии, арт – терапии, психоанализа. Методика может применяться индивидуальным или групповым способами. Она следует следующим требованиям:

1.Перед озвучиванием инструкции исследователю необходимо установить атмосферу доброжелательности и доверия.

2. Для проведения занятия необходимы бланк протокола, ручка, фотоаппарат.

3.На каждом развивающем занятии ведется рабочий протокол.

4.Задания в ходе сеанса мозартики для выполнения ребенком могут быть даны как самостоятельные, отдельные, не связанные друг с другом, так и повторяющиеся из занятия в занятие с элементами усложнения.

5. Методика может применяться краткосрочно в виде цикла из 10 сессий или долгосрочно в виде цикла из 10 – 30 сессий.

6. Мозарт – терапия может сочетаться с другими методиками.

Мозартика содержит разнообразные наборы для детей различного возраста: «Павлин», «Чудо – дерево», «Витраж» «Усадьба», «Подмосковный городок», «Космос». В каждом наборе для развивающего занятия есть игровое поле и фигурки с элементами мирового изобразительного искусства. Каждый из наборов направлен на реализацию своих целей и задач.

Игры «Павлин» и «Чудо – дерево» ориентированны на детей младшего дошкольного возраста для знакомства с картиной мира, миравосприятия.

Игра «Витраж» способствует усвоить ребенку основные и смешанные цвета, геометрические формы, анализ, синтез. В играх «Космос», «Усадьба», «Подмосковный городок» и других, можно создавать логичный стройный пейзаж или сюжет.

Таким образом, мозартика относится к группе развивающих методик, она направлена на развитие когнитивных процессов, самостоятельности, произвольного поведения, формы общения, способов сотрудничества, самоконтроля и эстетического вкуса у детей с нормальным психофизическим развитием и выступает в качестве психокоррекционного и реабилитационного средства для детей с ОВЗ. Совместная игра родителей и детей, по мнению специалистов- психологов, может стать местом, на котором возникают основы диалога, взаимопонимания, взаимного доверия, поддержки и союза.

Литература

1.Айзенберг Б.И., Кузнецова Л.В. Психокоррекционная работа с детьми, имеющими нарушения психического развития // Психотерапия в дефектологии: Книга для учителя / сост. Н.П.Вайзман. – М.: Просвещение, 1992

2.Арт-терапия / Сост. и общая редакция А.И. Копытина. — СПб.: Питер, 2001 . – 320 с. – (Хрестоматия по психологии)

3.Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. — М.: Медицина, 1982. – 216 с.

4.Зимина А. Н. Игротерапия как средство коррекции поведения // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков: Материалы Рос. науч.-практ. конф., Москва, 26-28 нояб. 1996 г. – М.: Изд. Дом "Граль", 1996. – С. 106-107.

5. www.psychology-corner.ru

Позднякова Р.Н г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Ершова В.В.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

В настоящее время происходит значительное расширение области исследования отечественной специальной педагогики и психологии за счет повышения интереса к теоретическим и прикладным аспектам воспитания и обучения детей с нарушениями слуха.

Сенсорное развитие ребенка – буквально с первых дней его жизни является залогом успешного осуществления разных видов деятельности, формирования различных способностей. Сенсорное развитие, играет важную роль в общем ходе умственного развития ребенка. При отсутствии специального сенсорного воспитания в раннем и дошкольном детстве оно проходит замедленно, далеко не всегда достигает того уровня в младшем школьном возрасте, который требуется для обеспечения дальнейшего развития познавательной деятельности ребенка, его успешного школьного обучения, подготовки ко всем видам физического и умственного труда, неотъемлемой частью которых является восприятие. Это обстоятельство привело к необходимости, создания системы сенсорного развития детей младшего школьного возраста с нарушениями слуха.

Сенсорное развитие – это чувственное восприятие мира, другими словами, восприятие посредством органов чувств: зрения, слуха, осязания, обоняния.

Чтоб изучить сенсорное развитие, необходимо провести комплексное диагностическое исследование, с помощью которого мы сможем выявить особенности сенсорного развития младших школьников с нарушениями слуха.

Комплексный подход в диагностики сенсорного развития является частью общего медико-психолого-педагогического и нейропсихологического 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.

Психологическая диагностика сенсорного развития у детей младшего школьного возраста с нарушениями слуха, является составной частью комплексно психолого-педагогического и социального обследования. Она основывается на ряде принципов, сформулированных ведущими специалистами в области специальной психологии и психодиагностики нарушенного развития (В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, С. Д. Забрамная, О. Н. Усанова). Отставание в сенсорном развитии неслышащих детей связано с вторичными дефектами: недоразвитием предметной деятельности, отставанием в развитии общения с взрослыми, как речевого, так и невербального. Этим детям не доступны самостоятельный анализ ситуации, выделение существенных для выполнения данной деятельности свойств и отношений объектов. Предметная деятельность не становится ведущей у детей в раннем возрасте. Отставание в развитии предметной и орудийной деятельности не только сказывается на формировании чувственной основы, но и находит свое отражение в уровне развития наглядного мышления у детей с нарушениями слуха. Таким образом, особенности развития наглядного мышления, как и развития восприятия, сенсорное развитие у детей с нарушением слуха свидетельствуют о своеобразии развития чувственного познания, практической ориентировки, осмысления закономерностей, существующих в предметном мире.

Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями слуха неслышащих (глухих), слабослышащих – сопровождается целым рядом трудностей, связанных со специфическими особенностями их психического развития. Непонимание ребенком обращенной к нему речи, отсутствие речи или ее неразборчивость осложняют общение с ним, что ограничивает возможности применения экспериментальных методик.

Обогащают современную психолого-педагогическую диагностику сенсорного развития нейропсихологические методы, которые в последние годы стали все более широко применяться. Нейропсихологические методики позволяют определять уровень сформированности корковых функций, помогают выявить основной радикал нарушений деятельности. Кроме того, современные нейропсихологические методики дают возможность использования именно качественно-количественного подхода, объективизации результатов, выявления индивидуальной структуры нарушений. Нейропсихологическая диагностика представляет собой безаппаратный, психологический метод исследования. Целью нейропсихологической диагностики является выявление актуального уровня сенсорного развития ребенка, исследование высших психических функций, то есть зрительно-предметного гнозиса, восприятия, фонематического слуха, пространственного представления, основ

саморегуляции, соматогнозиса, а также развитие сенсомоторного уровня (уровень действий и ощущений).

Сенсорное развитие, с одной стороны, составляет фундамент общего умственного развития младшего школьника с нарушенным слухом; с другой стороны, имеет самостоятельное значение. Полноценное восприятие необходимо также и для успешного обучения особенно, для не слышащего ребенка в детском дошкольном учреждении, в школе и для многих видов трудовой деятельности. От того, как младший школьник с нарушениями слуха мыслит, видит, как он воспринимает мир осязательным путем, во многом зависит его нервно-психическое развитие.

Принцип целостного системного изучения ребенка дает возможность не только обнаружить отдельные проявления нарушенного развития, но и установить – а это главное – связи между ними. Системный анализ имеет в основе положение Л. С. Выготского о структуре дефекта. Целостное изучение ребенка с нарушенным слухом предполагает его наблюдение в процессе деятельности – предметной, игровой, учебной, трудовой и в процессе общения, по средствам чего происходит сенсорное развитие.

Сенсорное развитие во все времена было и остается важным и необходимым для полноценного воспитания, обучения и развития детей младшего школьного возраста с нарушениями слуха.

Литература

1. Трофимова, Н.М. Основы специальной педагогики и психологии / Н.М. Трофимова, С.П. Дуванова. – СПб.: Питер, 2005.-122 –141с.

2. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб, пособие для студ. высш. пед. учеб, заведений / И.Ю.Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А.Добровольская и др.; Под ред. И.Ю.Левченко, С.Д. Забрамной М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 320с.

3. Захарова, Ю.В. Сенсорное воспитание детей с множественными нарушениями развития / Л.В. Кузнецова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития – 2010 – №8, 42–44с.

4. Богданова Т. Г. Сурдопсихология. – М.: Академия, 2002г. 224с.

Ущеко Н.П. г. Москва, ГБОУ ВПО МГПУ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Бачина О.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ ТЕХНИК В РАБОТЕ ЛОГОПЕДА ПОЛИКЛИНИКИ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИИ

Выбор темы нашего исследования обусловлен определёнными трудностями практического характера, с которыми мы столкнулись, работая в должности «логопед» в условиях детской поликлиники.

Предварительно и обобщённо их можно сформулировать следующим образом:

- на приём приходят дети разного возраста и с различной структурой нарушения, где особенности их речевого развития могут быть как первичного, так и вторичного происхождения;
- контингент детей очень быстро обновляется (одни приходят, другие уходят в связи с разнообразными жизненными обстоятельствами);
- традиционно используемые в логопедагогике методы и приёмы работы, в первую очередь, по коррекции звукопроизношения, требуют систематической, регулярной и достаточно длительной по времени работы, что не всегда удаётся реализовать в поликлинических условиях, где время одного приёма ограничено;
- в связи с этим встаёт вопрос о поиске дополнительных методов и приёмов работы (возможно, для сложившейся логопедической практики и нетрадиционных) по коррекции звукопроизношения у детей, которые позволят её оптимизировать, повысив эффективность коррекционных действий в преодолении речевых нарушений различного генеза.

Исходя из такой логики, мы планируем содержание нашего исследования раскрыть в следующей последовательности.

Главу первую нашего исследования мы планируем посвятить изучению теоретических аспектов нетрадиционных педагогических подходов в обучении и воспитании детей, проанализировав при этом:

- исходные теоретические позиции в понимании сущности традиционных подходов в обучении и воспитании детей;
- исходные теоретические позиции в понимании сущности нетрадиционных подходов в обучении и воспитании детей;
- теоретические подходы к использованию нетрадиционных техник в работе логопеда.

На сегодняшний момент удалось выяснить, что в отечественной и зарубежной педагогике теме «традиционного» образования посвящены работы многих исследователей (Бехтерев В.М., Гегель Г.В.Ф., Коменский Я.А., Каптерев П.Ф., Макаренко А.С., Платон, Сухомлинский В.А., Ушинский К.Д., Узнадзе Д.Н. и др.)

Понятие «традиция» рассматривали в своих трудах Бэкон Ф., Виндельбанд В. и Гадамер Г., Гердер И., Гуссерль Э., Дюфрен М., Ерасов Б.С., Каиров В., Лотман Ю., Мангейм К., Маркарян Э., Поппер К.Р., Розов М., Роттердамский Э., Соколов Б., Шацкий Е., Шилз Э., Чистов К., Эйзенштадт Ш. и др.

Изучив вышеизложенное, мы пришли к выводу, что наиболее точным определением, раскрывающим понятие «традиция», в условиях нашей работы, является определение М.В. Телегина, где он рассматривает *«традицию» – как преемственность и связь человека и общества со своей Родиной и судьбой (историей), выражающихся в двух основных формах:*

- психологической (душевный и умственный склад (менталитет), установки, ценностные иерархии, идеалы, святыни);

- материально-знаковой (язык, логосфера, коммуникативно-знаковая среда; инвариантные черты исторической жизни, воспроизводящаяся специфика экономики, политики и культуры; устоявшиеся способы реагирования на вызовы).

В первой главе нашего исследования мы обратились к таким понятиям как «традиционная педагогика», «традиционное образование» и его содержание в советской школе, «традиционное обучение и его методы». Поскольку в нашей работе именно традиционная педагогика будет являться некой точкой опоры, мы выяснили, что по своему характеру цель традиционной педагогики – это воспитание личности с заданными свойствами, а по содержанию цели традиционной педагогики ориентированы преимущественно на усвоение знаний, умений, навыков, а не на развитие личности (всестороннее развитие было декларацией).

Рассмотрев определённые теоретические позиции в понимании роли традиционных подходов в обучении и развитии детей, особенности традиционной системы образования, мы выявили, что она имеет как положительные, так и отрицательные характеристики. Очень грамотно выстроенная предыдущими поколениями дидактика, зачастую не находит своего отражения в сердцах педагогов–практиков нынешнего поколения.

Мы попробовали составить свое представление о традиционном обучении. В какой-то степени оно является умозрительным, поскольку опирается на наш собственный опыт практической работы, что, по сути, мы и позиционируем в нашем исследовании.

Изучив нетрадиционные подходы в обучении и воспитании детей (С.Н. Лысенкова, В.К. Дьяченко, А.С. Соколов и др., Л.В. Занков, Д.Б. Эльконин, В.В. Давыдов; В.С. Библер, А.С. Бубман, А. Кспржак, Е.С. Токалер, С.А. Померанцев, А.М. Чикирев, Е. Ямбург и др.; А. Нейл, О. Декроли, Е. Паркхерст, У. Килпатрик, Р. Штайнер, С. Френе; А. Блок, Р. Галь, Г. Моно; Ч. Зилберман) мы подготовили таблицу, в которой представили современные версии наиболее известных образовательных моделей, предложенных и разработанных вышеуказанными авторами с указанием названия подхода и его автора, сути подхода, особенностей реализации педагогического процесса и примечаний, которые могут появиться в ходе осуществления того или иного подхода.

Изучив и обобщив материал, представленный в данной таблице, мы увидели много общего у рассмотренных образовательных моделей. Это касается, в первую очередь, обоснованной критики энциклопедизма учебных программ, завышенного теоретического уровня общего образования, увеличения числа уроков, учебных заданий, ужесточения дисциплины, регламентированной, стандартизированной классно-урочной системы; интенсивного поиска повышения эффективности обучения и воспитания посредством неформальных способов и приемов, которые должны помочь обучающимся приобретать знания и жизненный опыт, входить в мир взрослых. Главной

особенностью многих образовательных моделей являлось применение нетрадиционных методик обучения и воспитания, в которых акцент делается на гуманных отношениях участников учебно-воспитательного процесса, на развитии индивидуальных способностей и творческого потенциала преподавателей и школьников, что призвано развенчать один из мифов о целесообразности творчества в пределах имеющихся инструкций и стандартов.

Во второй главе нашего исследования планируется рассмотреть специфические особенности в работе логопеда поликлинического отделения с рассмотрением таких вопросов, как:

- психолого-педагогическая характеристика контингента детей, занимающихся на логопункте;
- специфика нарушений в развитии детей, занимающихся на логопункте при детской поликлинике;
- обоснование необходимости использования комплексного подхода, включающего как традиционные, так и нетрадиционные для логопедагогики методы, приёмы, техники и т.д. в работе логопеда поликлиники;
- применение нетрадиционных техник развития, обучения и воспитания ребенка в практических условиях.

В третьей главе настоящего исследования мы намерены экспериментально проверить эффективность применения комплекса нетрадиционных методов и приёмов работы логопеда в условиях детской поликлиники.

Учитывая всё вышесказанное, мы можем представить (предварительно) программу проведения эксперимента.

Цель эксперимента – подбор, адаптация и апробация дидактических материалов, как традиционных, так и нетрадиционных для логопедагогики, с помощью которых можно будет повысить эффективность работы по коррекции нарушений речи у детей разного возраста в условиях поликлиники.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что наличие методического обеспечения, предполагающего комплексное применение в работе логопеда поликлиники традиционных и нетрадиционных технологий позволит проводить индивидуальные и подгрупповые занятия с детьми разного возраста более эффективно, оптимизируя затраты времени на реализацию основных этапов логопедической работы по коррекции звукопроизношения, повышая интерес детей к занятиям, включающим разнообразные виды деятельности (биоэнергопластика, художественные техники, многообразие арттерапевтических приёмов и методов и т.д.).

Диагностический инструментарий эксперимента будет представлять собой набор заданий и упражнений (традиционного и нетрадиционного для логопедагогики) для выполнения их ребёнком. Контроль за результатами их выполнения будет осуществляться путем фиксирования хода выполнения заданий и их разносторонней оценки. Мы предполагаем для фиксации полученных результатов заполнять рабочую таблицу, включающую определённый этап логопедической работы (вызывание звука, постановка и его авто-

матизация на уровне слогов, слов, предложений и свободной речи; дифференциация поставленных звуков), наиболее соответствующую этому этапу работы инноватику, сроки работы, предполагающие сравнение использования традиционного и нетрадиционного, особенности поведения и личностных проявлений ребёнка в момент использования того или иного приёма.

Эффективность экспериментальной разработки будет оцениваться путем анализа признаков в изменении состояния речи детей (поставленные и автоматизированные звуки, изменения в словарном запасе и лексико-грамматическом оформлении речи, состояние мелкой моторики рук), удобства использования дидактического материала логопедом и особенностей принятия его детьми.

Таким образом, планируя внедрение в коррекционно-образовательный процесс нашей логопедической работы нетрадиционные техники и методики, мы должны предварительно убедиться в объективной потребности такого эксперимента, учитывать приоритетные направления развития детского учреждения, правильно формулировать теоретическую гипотезу, прогнозировать возможные изменения образовательного процесса, изучать уровень, характер, мотивацию познавательной деятельности детей, проводить тщательную проверку экспериментальной программы.

Литература

1. Гегель Г.В.Ф. Философия права. Перевод Б.Г. Столпнера, М.И.Левиной, 1990.

2. Давыдов В.В., Радзиховский Л.А. Теория Л. С. Выготского и деятельностный подход в психологии //Вопросы психологии. 1981, №1. Давыдов В.В., Маркова А.К. Концепция учебной деятельности школьников // Вопросы психологии.

3. Коменский Я.А. О воспитании: Золотой фонд педагогики. – М.: Школьная Пресса. 2006.

4. Лебедева Н.М. Базовые ценности русских на рубеже XXI века // Психологический журнал. 2000. № 3. Т. 24 (май-июнь).

5. Платон. Государство // Платон. Сочинения в 3-х томах. Т.3, часть 1., М., 1971.

6. Ушинский К.Д. Три элемента школы // Собр. соч. М. – Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1950. Т.2.

Федорова О.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Ершова В.В.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

По данным Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования (г. Москва), каждый десятый житель России имеет нару-

шения слуха – от частичной потери до полной глухоты. Одни не слышат с рождения, у других тугоухость возникла вследствие травмы или болезни. В любом случае потеря слуха для человека – трагедия, поскольку жить ему приходится в обществе, ориентированном исключительно на полноценных граждан. По мнению различных общественных организаций инвалидов, не столкнувшись с этой проблемой, трудно даже представить себе, насколько в России ущемляются права людей с нарушениями слуха. Реабилитация больных с глубокой степенью тугоухости и глухотой является сложной проблемой ввиду отсутствия действенных методов лечения и низкой эффективности электроакустической коррекции для значительной части таких пациентов.

Снижение слуха у детей приводит к нарушениям в речевом развитии, общем развитии ребенка и ограничивает возможности познания окружающего мира (Н.И. Белова, 1985; Р.М. Боскис, 1963; Л.А. Головчиц, 2001; Е.П. Кузьмичева, 2003; Л.П. Назарова, 2001; Т.В. Пелымская, 1995; Б.Д. Корсунская, 1970; Ф.Ф. Рау, 1981; Н.Д. Шматко, 1995). Наиболее велика роль слухового восприятия для развития устной речи, так как слуховое восприятие развивается, прежде всего, как средство обеспечения общения и взаимодействия между людьми.

Развитие сурдопедагогики и технический прогресс создают условия для совершенствования специальной коррекционно-педагогической помощи глухим детям раннего и дошкольного возраста. Принципиальное значение для её совершенствования имеет разработка и внедрение практику работы системы развития слухового восприятия и устной речи при использовании кохлеарного имплантирования, которое является адекватной коррекцией слуха даже при больших потерях слуха.

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа глухих детей, прошедших систему кохлеарной имплантации, которые представляют собой качественно своеобразную группу детей с нарушенным слухом – глухих детей с возникшими слухом, на базе которого возможно развитие адекватного слухового восприятия и полноценного развития устной речи.

В зарубежной (A.G. Bell, 2005; L. Birkenshaw-Fleming, 2005; C. Flexer, 1999; W. Estabrooks, 2004; L. Katz, 2004; J. Marlowe, 2000; K. MacIver-Lux, 2004; M.E. De Melo 2004) и отечественной (Борисенко О.Н., 2005; И.В. Королева, 2001; Э.И. Миронова, 1998; В.И. Пудов, 1999; Г.А. Таварткиладзе, 2000; Сребняк И.А., 2005; Сушко Ю.А., 2005; Холоденко Т.Ю., 2005; Чемеркина В.В., 2005) научной литературе приводятся некоторые данные о развитии слуха и речи детей после кохлеарной имплантации. Несмотря на то, что созданы некоторые теоретические предпосылки проведения коррекционно-педагогической помощи детям после КИ, до настоящего времени недостаточно разработана система комплексного диагностического обследования таких детей и отсутствует система комплексной коррекционно-педагогической помощи глухим детям раннего и младшего дошкольного возраста после КИ[1].

Кохлеарная имплантация, как аппарат подразумевает вживление электродных систем во внутреннее ухо с целью восстановления слухового ощущения путем непосредственной электрической стимуляции афферентных волокон слухового нерва (И.В. Королева, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе и др.). Все аппараты кохлеарной имплантации представляют собой биомедицинские электронные устройства, обеспечивающие преобразование звуков в электрические импульсы с целью создания слухового ощущения путем непосредственной стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва. При этом кохлеарный имплант обычно обеспечивает восстановление порогов слухового восприятия до 30-40 дБ по отношению к порогам слышимости, т.е. обеспечивает возможности практически нормального восприятия речи во всем частотном диапазоне[2].

По мнению ученых (Борисенко О.Н., И.В. Королева, Э.И. Миронова, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе, Сребняк И.А., Сушко Ю.А., Холоденко Т.Ю., Чеменкина В.В.) кохлеарная имплантация – это система мероприятий включающая: отбор детей (определение показаний и исключение противопоказаний к проведению КИ); проведение хирургической операции; первое включение речевого процессора и его настройка; послеоперационная слухоречевая реабилитация.

Прохождение ребенком всех этапов системы кохлеарного имплантирования требует согласованной работы различных специалистов, группу которых обычно составляют: хирург, сурдолог, логопед, сурдопедагог, техник-акустик. Другие специалисты (медиатор, радиолог, психолог и др.) при необходимости также могут входить в состав группы. Все эти профессионалы должны сотрудничать, чтобы выявить все особенности развития ребенка и поддержать слухоречевые способности[1].

Определяя психолого-педагогические основы оказания коррекционно-педагогической помощи глухим детям, рассмотрим содержание коррекционно-педагогической помощи детям дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. Наиболее важный этап кохлеарной имплантации – оказание коррекционно-педагогической помощи детям после КИ, включающей формирование и развитие слухоречевых навыков. По мнению отечественных и зарубежных ученых длительность и содержание послеоперационноых коррекционно-педагогических мероприятий зависят от:

- возраста ребенка
- возраста потери слуха
- интервала времени между потерей слуха и КИ
- от индивидуальных особенностей ребенка[3].

Цель специальной коррекционно – педагогической помощи младшим дошкольникам после кохлеарной имплантации – научить воспринимать (акустические) звуковые сигналы (неречевые и речевые) понимать их и использовать новые слуховые ощущения для развития устной речи. Ее конечной

целью можно рассматривать подготовку таких малышей к обучению в общеобразовательной среде.

Условно выделены три этапа проведения коррекционно-педагогической помощи детям после КИ.

Первый этап – формирования слуховых представлений на базе новых слуховых возможностей с помощью кохлеарного импланта. В ходе проведения данного этапа осуществляется подготовка младших дошкольников к овладению устной речью на базе развивающегося восприятия звуковысотных характеристик как основа неречевых и речевых звуков слухового восприятия, переходящего от недифференцированных слуховых представлений к более дифференцированным.

Второй этап – возникновения дифференцированных слуховых представлений и становления спонтанной устной речи детей. На данном этапе создаются педагогические условия, способствующие овладению устной речью, что связано с тем, что слуховые представления детей после включения, первой и последующих настроек речевого процессора, становятся более точными, дети начинают слышать неречевые и речевые звуки различной частоты и громкости, что демонстрируют результаты коррекционно-педагогической помощи детям после ее 1 этапа.

Третий этап – развития адекватных слуховых представлений и активного развития речевого общения. Данный этап направлен на совершенствование использования устной речи, как средства общения с окружающими. Речевая активность детей, возникшая у них на втором этапе коррекционно-педагогической помощи, способствует установлению прочной связи между слуховым и речедвигательным образами. В целях обращения к взрослому дети начинают активно использовать накопленный к этому времени словарь, они начинают обращать внимание на движения и действия взрослого и понимать их значение и связывать их со словами. В устной речи детей появляются первые простые фразы[1].

Таким образом, после коррекционно-педагогической помощи у детей после кохлеарной имплантации формируется адекватное слухоречевое поведение, позволяющее им активно использовать развивающееся слуховое для восприятия и понимания устной речи, а также для ее воспроизведения.

Литература

1. Зонтова О.В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации: Методические рекомендации. – СПб.: Российский Государственный Педагогический Университет им. А.И. Герцена, 2007. – 51с.

2. Королева И.В., Пудов В.И., Зонтова О.В. Послеоперационная реабилитация постлингвальных пациентов с кохлеарными имплантами// Новости оториноларинголог. и логопатолог. – 2001, №3.

3. Таварткиладзе Г.А. Кохлеарная имплантация // Учебное пособие. – М., 2000. – 50 с.

Шумейко М.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н., доцент Слюсарева Е.С.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

В настоящее время существует множество противоречивых взглядов на роль психологических воздействий при нарушении психического развития у ребенка. Нередко психологическую помощь отождествляют с медицинской, педагогической, социальной. В научной литературе не существует единого определения психологической помощи, не уточнено понятие психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, не раскрыты ее основные направления и механизмы воздействия при различных нарушениях в психическом развитии детей.

В литературе достаточно подробно описаны различные психо-коррекционные техники, особенно зарубежные. Например, нейролингвистическое программирование, психотехнические игры, эмоционально-волевые тренировки и др. Но при всем многообразии описанных психотехнических приемов не учитывается самое главное – субъект психологического воздействия с его клинико-психологическими и психолого-педагогическими особенностями. В результате бездумное использование психотехнических приемов может оказывать негативное влияние на психическое состояние ребенка, а в некоторых случаях спровоцировать у него нервно-психическое расстройство.

По мнению А.Ф. Бондаренко понятие «психологическая помощь» отражает некоторую реальность, некую психосоциальную практику, полем деятельности которой является совокупность вопросов, затруднений и проблем, относящихся к психической жизни человека [ст. 25, 1].

На данный момент вопросы психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, в частности, детям с ДЦП освещены недостаточно. Различные психотехнические приемы, направленные на детей с ДЦП, часто используется психологами и педагогами без учета формы заболевания, уровня развития интеллектуальных процессов и особенностей эмоционально-волевой сферы. Отсутствие четко разработанных дифференцированных методов психологической коррекции детей с ДЦП, неадекватный подбор психотехнических средств могут отрицательно сказаться на качестве психического развития больного ребенка, а также создают существенные трудности в работе педагогов и родителей.

И.И. Мамайчук рассматривает психологическую помощь детям и подросткам с церебральным параличом как сложную систему реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности ребенка с ДЦП, формирование системы ценностных установок и ориентации, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим воз-

можностям больного ребенка. Важное значение имеет решение частных задач: устранение вторичных личностных реакций на физический дефект, длительное пребывание в стационаре и хирургическое лечение [ст. 130, 2].

Несмотря на высокую практическую значимость, методологические и теоретические проблемы психологической помощи разработаны недостаточно.

Эффективность психологической помощи детям с церебральным параличом в значительной степени зависит от качественной психологической диагностики. Процесс психологической диагностики детей с ДЦП рекомендовано разделить на следующие направления: психологическая диагностика развития моторных функций, сенсорных функций, мнемических, интеллектуальных, а также особенностей мотивационно-потребностной сферы и индивидуально-личностных характеристик [ст. 143, 2].

Предъявляемые ребенку задания должны быть не только адекватны его хронологическому возрасту, но и уровню его сенсорного, моторного и интеллектуального развития. Сам процесс обследования необходимо проводить в форме игровой деятельности, доступной ребенку. Особое внимание следует обратить на двигательные возможности ребенка с ДЦП. Учет физических возможностей больного с ДЦП очень важен при психологическом обследовании. Например, при полной обездвиженности ребенок укладывается в удобное для него положение, в котором достигается максимальное мышечное расслабление. Дидактический материал, используемый при обследовании, необходимо располагать в поле его зрения. Обследование рекомендуется проводить в манеже, на ковре или в специальном кресле. При выраженном мышечном напряжении ребенку придают так называемую «эмбриональную позу» (голову ребенка пригибают к груди, ноги сгибают в коленных суставах и подводят к животу, руки сгибают в локтевых суставах и скрещивают на груди). Затем производят несколько качательных движений по продольной оси тела. После этого тонус мышц значительно уменьшается, и ребенок укладывается на спину. При помощи специальных приспособлений (валиков, мешков с песком, резиновых кругов, поясов и т. д.) ребенок фиксируется в этом положении. При выраженности непроизвольных лишних движений – гиперкинезов, которые мешают захвату игрушки, перед началом обследования рекомендуется провести специальные упражнения, способствующие уменьшению гиперкинезов. Например, можно производить перекрестные движения с одновременным сгибанием одной ноги и разгибанием и приведением к этой ноге противоположной руки. Приспособления для фиксации позы особенно важны при обследовании ребенка с гиперкинезами (применяются специальные пояса, манжеты, марлевые кольца, шлемы и т. д.) [ст. 278, 4].

Психологическая помощь детям с церебральным параличом, прежде всего, направлена на оптимизацию личности ребенка, формирование ведущей деятельности, психических новообразований, присущих данному возрастному этапу, эмоционально-волевой сферы. Выраженные двигательные рас-

стройства и нарушения речи при детском церебральном параличе затрудняют общение этих детей с окружающими, отрицательно влияют на все их развитие, способствуют формированию негативных черт характера, появлению поведенческих нарушений, формированию острого чувства неполноценности. Разнообразные двигательные, перцептивные, когнитивные, аффективные и речевые расстройства, как правило, сложные, иногда изолированные, но чаще сочетанные, требуют комплексной медико-психолого-педагогической коррекции. Одним из важнейших аспектов работы является создание условий для полноценного личностного развития детей с ограниченными возможностями движений в ходе реализации мер по психолого-педагогической реабилитации и социальной адаптации с последующей интеграцией их в современное общество [ст. 145, 5].

Систематическое наблюдение за развитием учащихся в ходе учебно-воспитательного процесса, динамическое, комплексное, всестороннее и целостное изучение ребенка рассматривается как основа социально-психологического сопровождения образовательного процесса детей с церебральным параличом. С учетом полученных результатов психолого-педагогического изучения ребенка корректируется образовательный маршрут, разрабатываются индивидуальные программы обучения, проводится анализ их реализации. Модель социально-психологического сопровождения детей с церебральным параличом имеет свою специфику, которая определяется психологическими особенностями детей, деформацией их личностного развития, иногда дисгармоничными отношениями с родителями [ст. 409, 3].

Вместе с тем должна проводиться необходимая коррекционная работа, направленная на общее развитие ребенка, предупреждение возникновения у него нежелательных личностных черт, таких как упрямство, раздражительность, слезливость, неуверенность, боязливость и т.п. Необходимо формировать познавательную деятельность малыша, воспитывать активность и разнообразие интересов, тем более, что у многих детей с ДЦП имеются потенциально сохранные предпосылки к развитию мышления, в том числе и его высших форм.

Таким образом, особенности психологической помощи детям с церебральным параличом заключаются в сложной системе реабилитационных воздействий, качественной диагностике, в социально-психологическом сопровождении и коррекционной работе.

Литература

1. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 336 с.

2. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2001. – 220 с.

3. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение ребенка: Пособие для учителя-дефектолога / Под ред. Л.М. Шипициной. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 528 с.

4. Специальная психология/ В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др. Под ред. В.И. Лубовского – 2-е изд, исправ. – М: Аадемия, 2005. – 464с.
5. Якиманская И.С. Психологическая помощь: формы и возможности. М., 2005

РАЗДЕЛ VIII

ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Друпова М.В. г. Ставрополь, ФГБОУ ВПО СевКавГТУ

Научный руководитель: к.п. н., доцент Майборода Т.А.

КАНИСТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Канистерапия (от лат. «canis» канис – собака), (анг.Therapydog) – терапия с использованием собак – является одним из самых востребованных видов анималотерапии из-за своей доступности и социального поведения животных [5, с. 23].

Терапия применяется как вспомогательная психотерапевтическая методика при работе с пациентами, которые тяжело идут на контакт, помогает развитию эмоциональных, умственных способностей, а также развитию двигательных функций.

Собаки используются в терапии чаще других животных, так как они легко обучаются вербальным командам и охотно им подчиняются. 95% животных, используемых в психотерапии в США, составляют именно они. Такая популярность, считает С. Шульц, объясняется также и тем, что собаки лучше выражают свои эмоции, чем другие животные, хотя и не всегда являются более эмоциональными, так как их предки волки живут в стаях и имеют развитую систему социальной коммуникации, и собаки унаследовали этот язык и способность сознавать свое социальное положение. Терапевты говорят, что больному человеку зачастую легче сначала наладить контакт с собакой, существом дружелюбным, привязчивым и благодарным, принимающим человека таким, каков он есть. Затем постепенно возникает и доверие к терапевту, а без такого доверия лечение неэффективно [1, с. 45].

Канистерапию применяют для улучшения состояния детей больных аутизмом, синдромом Дауна, церебральным параличом (ДЦП), страдающих олигофренией, у детей улучшается координация движений, улучшается память. Используемые как один из компонентов терапии, они могут оказать огромное влияние на поведение таких детей. Присутствие или пассивное участие в терапии дружелюбно настроенной собаки совпадает с заметным улучшением в поведении детей и снижением проявлений аутизма, таких как погружение в себя. Присутствие собаки, игры с ней делают терапию более приятной и продуктивной и повышают вероятность того, что ребенок захочет

продолжать психотерапию и будет прилагать усилия для выздоровления. Маловероятно, считают они, что собака явилась просто отвлекающим фактором для этих детей. Скорее всего, дело в поддержке, которую собаки оказывали детям, и этим делали терапевтические сессии более продуктивными и менее угрожающими.

К. Аллен исследовала психологическое значение собак для людей с ограниченными возможностями и обнаружила, что в ходе анималотерапии эти люди говорят о «большей свободе», чувствуют себя менее одинокими, более ассертивными, независимыми, ощущают себя в большей безопасности. В ходе шестимесячного курса анималотерапии эти люди продемонстрировали значительное повышение самооценки, развитие внутреннего локуса контроля, улучшение психологического самочувствия и увеличение уровня общительности.

Также проводилось исследование, в ходе которого 48 человек с серьезными заболеваниями, полученными в результате мускульной дистрофии, поражения головного или спинного мозга, множественного склероза, получили возможность общаться с собаками. Половина группы получила такую возможность с самого начала терапевтического процесса, а другая часть (схожая с первой по гендерному, возрастному признаку и виду заболевания) – только в течение второго года терапии. Исследования показали, что в течение 6 месяцев после начала анималотерапии пациенты показали значительное улучшение в плане самооценки, психологического благополучия и коммуникативности. Общение с собаками, полагают исследователи, помогло одиноким, несчастным, изолированным людям преодолеть свое состояние и обрести независимость, получить посильную работу или вернуться в колледж, завести друзей и вернуть психологическое благополучие [3, с. 113].

Также, отмечает К. Аллен, собаки могут помогать справиться со стрессом, хотя до сих пор никто не может объяснить механизм, благодаря которому это происходит. Так, проведенное изучение семейных пар дало интересные результаты относительно общения в повседневной жизни. Оно показало, что семейные пары, у которых есть собака, легче преодолевают семейные кризисы и выходят из конфликтных ситуаций, чем те, у кого собак нет. Возможно, это можно объяснить тем, что присутствие собаки и вопросы, возникающие в связи с ее содержанием, предоставляют возможность более тесного общения, появляются общие интересы, что в свою очередь сплачивает семью. Кроме того, многие люди делятся с собаками своими проблемами и «обсуждают» с ними свои трудности, не получая взамен осуждения или непонимания [4, с. 19].

По данным клиники неврозов имени З.П. Соловьева, более 30 процентов пациентов, проходящих курс лечения при неврозах – неврастении, истерии, психастении, когда у человека вторая сигнальная система преобладает над первой и высоко развит интеллект, неврозе навязчивых состояний, сенсорно-фобическом неврозе, – помогли собаки [6, с. 52].

Канистерапия хорошо зарекомендовала себя для улучшения психологического самочувствия в хосписах и психиатрических клиниках. В 90-х годах в США министерством здравоохранения официально разрешено присутствие собак в клиниках в качестве медперсонала. С тех пор многие госпиталя имеют в своем штате собак, которые получают зарплату и пользуются всяческими социальными привилегиями. Присутствие животных помогает больным преодолеть больничное одиночество и отчуждение, лучше подготовиться к предстоящей операции.

Прогулки с собакой снижают вероятность сердечно-сосудистых заболеваний, инфаркта миокарда и других заболеваний сердца и сосудов. В Европе больным с ишемией советуют завести собачку, с которой надо ежедневно прогуливаться, надо заботиться о ней. За счет этого люди начинают вести более подвижный образ жизни. Ходьба – 30-40 мин. необходима для реабилитации, предупреждения прогрессирования болезни [2, с. 73].

В настоящее время канистерапия используется и в ходе индивидуального психологического консультирования. Стены психологической защиты, которые возводят клиенты в процессе консультирования, заставляют консультантов использовать инновационные и уникальные техники, указывает П. Гуэрра. И поэтому некоторые консультанты используют собак. В ходе общения с собакой эти люди начинают более эффективно общаться и с другими людьми, понимать значение невербальной коммуникации, и это лишь один аспект подобной терапии. Собаки используются и для установления доверительных отношений с клиентами. В результате процесс терапии занимает меньше времени. Общение с собакой может также использоваться как награда за правильные действия при работе с детьми [6, с. 21].

В канистерапии принимают участие специально обученные животные. В ряде государств, например, в Норвегии, подготовкой собак-помощников занимаются государственные учреждения, в других – благотворительные общества. Обычно щенков для этих целей бесплатно предоставляют владельцы собачьих питомников, но далеко не все собаки, начавшие курс обучения, получают диплом даже первой степени, собаки-компаньона, потому что животные, принимающие участие в психотерапии, должны обладать идеальным характером и высоким интеллектом [1, с. 68].

Таким образом, канистерапия является очень эффективным новаторским видом терапии, ориентированным на достижение определенных профилактических и реабилитационных целей, которые с успехом можно применять в работе с детьми с ограниченными возможностями.

Литература

1. Агафонычев В. Как нас лечат собаки. – М., 2008

2. Криволапчук Н. Собака + целитель. Как воспитать своего домашнего доктора. – СПб., 2007

3. Кузнецов Ю.В. Идеоанализ. // Популярная психология. 2006. – №14. – С. 68-73.

4. Медведев А., Медведева И. Собака-целитель. 10 основных методов канистерапии. – М., 2007

5. Субботин А.В., Ращевская Л.Л. Лечебная кинология. Теоретические подходы и практическая реализация. – М., 2004

Коленкина В.И. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к. психол.н., доцент Прилепских О.С.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время мировая практика все больше внимания уделяет проблемам лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Данные проблемы носят международный характер: по данным Всемирной организации здравоохранения каждый 10 человек планеты – инвалид и при этом 2-3 % детской популяции составляют дети инвалиды. В связи с этим во всем мире меняется и отношение к данной категории людей: увеличивается число социальных организаций, положивших в основу принцип оказания помощи людям с проблемами в развитии. Это находит отражение не только в образовании частных организаций, занимающихся проблемами данной категории людей. Большое внимание этому вопросу уделяет и государственный сектор многих развитых Европейских стран. Так, Совет Европейского Союза объявил 2003 год – годом помощи людям с ограниченными возможностями, предоставление защиты прав их личности и равноправного отношения во всех сферах жизни. Именно обращение к личности инвалида, внимание к его проблемам на государственном уровне заложило основы той концепции самопомощи, реализацию которой мы видим сегодня в практике социальной работы многих высокоразвитых стран [2].

Ученые и социальные работники США, Европы и России, среди которых Дж. Бернард, Л.Б. Буданова, Ж.-П. Годмар, Т.А. Добровольская, Л. Злотник, Д. Лил, Н.С. Морова, П. Пекора, К. Рутерфорд, И. Стабинс, А.П. Турнбулл, И. Харе, Д. Шентон, П. Л. Шпейдерман и др., видят в основе своей деятельности улучшение благосостояния человека с любыми нуждами, а в особенности с умственными и физическими недостатками, эмоционально-уязвимых и эмоционально-угнетенных людей и членов их семей. Практика показывает, что социальные службы многих стран Европы представляют собой объединения исследователей и специалистов, которые стремятся усилить средства обучения детей с ОВЗ для достижения положительных результатов их социализации [1].

На сегодняшний день в отечественной и зарубежной науке и практике широко обсуждаются образовательные проблемы детей с ограниченными

возможностями здоровья, численность которых в системе образования составляет в среднем 4-4,5%. Но и без их решения невозможно развитие всей системы. Как известно, к детям с ограниченными возможностями здоровья относятся дети:

– с нарушением слуха (неслышащие и слабослышащие);

– с нарушением зрения (незрячие и слабовидящие);

- с тяжелыми нарушениями речи;

– с нарушениями опорно – двигательного аппарата, в том числе с детским – церебральным параличом;

– с задержкой психического развития;

– с нарушением интеллекта, а также с иными ограничениями в здоровье (с выраженными расстройствами эмоционально – волевой сферы, в т.ч. с ранним детским аутизмом, комплексными нарушениями) [3].

Такие дети всегда страдают от дискриминации и отчуждения, в том числе и в образовании. Значительное число их обучается в условиях специального (коррекционного) образовательного учреждения, в котором созданы необходимые условия не только для их обучения и воспитания, но и лечения, коррекции имеющегося дефекта, реабилитации и социальной адаптации. В России создана достаточно широкая дифференцированная сеть специальных (коррекционных) образовательных учреждений для детей с нарушениями слуха, зрения, речи, опорно – двигательного аппарата, с задержкой психического развития, умственной отсталостью.

Как правило, все специальные (коррекционные) учреждения значительно удалены от места жительства семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Помещение школьника или дошкольника в одно из этих учреждений лишает семью (родителей и ребенка) полноценного общения, разрывает в большей степени семейные узы, приводит к семейной депривации.

Одним из вариантов интегрированного образования, который получил развитие в образовательных учреждениях, является обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в специальных (коррекционных) классах общеобразовательных школах общего типа и группах компенсирующей направленности дошкольных образовательных учреждений.

В течение более чем 15 лет существования данной формы интеграции детей с задержкой психического развития наработан определённый положительный опыт в организации коррекционно – развивающего обучения в условиях специального (коррекционного) класса, который заключается в попытке разработать систему психолого – педагогического и медико – социального сопровождения ребёнка с момента начала его обучения в школе, перевода в специальный (коррекционный) класс и до выпуска из школы. Данная система основывается на использовании различных видов диагностических исследований, проводимых на различных этапах обучения, что по-

зволяет выстроить индивидуальную коррекционно – образовательную программу с учётом индивидуальных психо – физических особенностей ребёнка и объективного уровня его обученности [3].

Процесс разработки, корректировки анализа реализации индивидуальной программы находится под контролем школьного психолого – медико – педагогического консилиума, осуществляющего координацию деятельности специалистов службы сопровождения, формирующего командный, междисциплинарный подход к решению проблем ребёнка.

Безусловным плюсом открытия специальных (коррекционных) классов является решение очень насущной проблемы второгодничества и отсева. Анализ личностного развития, обучающихся специальных (коррекционных) классов, показывает повышение их мотивации к обучению, уровня самооценки, познавательного интереса учащихся, комфортности их пребывания в школе.

На сегодняшний день необходимо отметить, что эффективность образовательной деятельности и специальной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья остается низкой и не может удовлетворить потребности, как семьи, так и государства. Одной из главных причин является отсутствие системы преемственности дошкольного и школьного специального образования в части оказания логопедической помощи, а также коррекционно – развивающей детям с задержкой психического развития, четко налаженной системы психолого – педагогического и медико – социального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья, детей – инвалидов.

Больший объем специальных (коррекционных) услуг получают дети дошкольного возраста, посещающие дошкольные образовательные учреждения. При этом можно отметить стабильную ситуацию с созданием адекватной помощи детям с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с нарушениями опорно – двигательного аппарата и расширение сферы образовательных услуг для детей с нарушениями речи.

Одним из резервов повышения качества и эффективности коррекционно – развивающего обучения детей с ОВЗ в дошкольных учреждениях является разработка системы профилактики нарушений в развитии детей, что предполагает раннюю диагностику и раннюю коррекцию выявленных недостатков в развитии детей раннего и младшего дошкольного возраста [3].

Пристального внимания к себе требуют дети с ограниченными возможностями здоровья, не имеющие возможности посещать учебные учреждения. Перед школой возникла задача: сформировать у обучающихся, в том числе у детей с ограниченными возможностями здоровья, ряд компетентностей для успешной социализации. Именно высокие темпы информатизации образования, развитие телекоммуникационных технологий и, в первую очередь, глобальной сети Интернет открывают детям с особыми потребностями множество новых возможностей в получении образования. И, безусловно, одной из наиболее эффективных форм здесь является дистанционное обучение.

В Ставропольском крае в сентябре 2009 года к занятиям с использованием дистанционных образовательных технологий приступили 40 учащихся. Всего до 2012 года планируется организовать обучение 340 учащихся с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих образовательные учреждения. Дистанционное обучение ребенка – инвалида на дому реализовывается в сочетании с другими формами получения образования с учётом индивидуальных и психофизических особенностей. Комплектование групп осуществляется с согласия родителей (законных представителей) при наличии рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии, из числа детей – инвалидов: находящихся на индивидуальном обучении, с сохранным интеллектом, мотивированных к обучению; из социально благополучных семей; из районов, куда можно провести Интернет; возраст учащихся 8-15 лет [4].

Дистанционное образование помогает детям – инвалидам виртуально общаться с преподавателями, знакомиться друг с другом и чувствовать себя полноценным членом общества. Дистанционное обучение осуществляют сетевые преподаватели, обладающие познаниями не только в области методик и технологий организации образовательного процесса в очной и дистанционной формах, но и знаниями особенностей психофизического развития детей -инвалидов.

Таким образом, в перспективе созданная система дистанционного образования детей с ограниченными возможностями здоровья позволит вовлечь в образовательный процесс детей – инвалидов дошкольного возраста, а так же обеспечит участие детей – инвалидов в проектно – исследовательской деятельности, конференциях, предметных олимпиадах, творческих конкурсах, выставках разного уровня. Безусловно, можно осуществлять профессиональную подготовку данной категории учащихся, ориентировать детей на получение высокоинтеллектуальных востребованных на современном рынке труда профессий, прежде всего связанных с владением информационных технологий. Для достижения поставленных целей необходимо сформировать группу учителей – тьюторов, готовых обучать не только детей – инвалидов, но и других педагогов; создать образовательные ресурсы (дистанционные курсы по программам дополнительного и общего образования); организовать систему консультационного и информационного сопровождения родителей (законных представителей) детей – инвалидов. И тогда дети, являющиеся участниками программы, получат необходимый багаж знаний и возможность дополнительного общения и развития, а их родители достойно оценят и поддержат со своей стороны предлагаемые технологии дистанционного образования.

Литература

1. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых. Социол. исслед. –1993. - №1. –С. 62-66.

2. Морова Н.С. Теория и практика социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов. – Йошкар-Ола, 1997.
3. http://beregitedetei.ru/projects
4. http://www.stavcdo.ru.

Крылов А.С. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: старший преподаватель Трущелева А.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Мир новейших информационных технологий занимает все большее место в нашей жизни. Компьютерные технологии становятся неотъемлемой частью современной культуры, в том числе и в сфере образования. Именно благодаря компьютерным технологиям существенно повышается интерес обучающихся к предмету, активизируется мыслительная деятельность.

На современном этапе развития системы специального образования компьютеризация специальной педагогики и психологии включает в себя несколько самостоятельных, но взаимосвязанных направлений, а именно создание и использование диагностических программ, специальных диагностико-коррекционных, а также коррекционно-обучающих программ.

Диагностические программы позволяют осуществлять:

- первоначальную диагностику интеллектуального недоразвития, т.е. отграничение от нормы;
- дифференциальную диагностику, т.е. уточнение диагноза в рамках патологии;
- углубленную диагностику, т.е. уточнение структуры дефекта, определение пораженных и сохранных звеньев и процессов[2, с. 38].

Программы первичной диагностики психического развития ребенка не могут строиться как диалоговые: человек – машина, а должны реализовать тройственное взаимодействие: компьютер – экспериментатор – испытуемый. Оператор, в качестве которого должен выступать педагог, непосредственно взаимодействующий на этом этапе с ЭВМ, уточняет тестовое задание, предлагаемое ребенку машиной, выясняет, насколько оно понятно испытуемому, наблюдает за действиями, оценивает словесные или иные реакции и в соответствии с рекомендациями, предлагаемыми программой, вводит в машину оценку его деятельности на данном этапе.

После завершения обследования ЭВМ самостоятельно обрабатывает количественные показатели, полученные в ходе экспериментов с испытуемым, как по отдельным субтестам, так и суммарно и определяет место, которое он занимает среди показателей репрезентативной выборки детей данного возраста, хранящейся в памяти машины.

Программы дифференциальной диагностики включают в себя методики, специально ориентированные на исследование той или иной патологии, наиболее чувствительные к выявлению симптомокомплексов, свойственных различным видам нарушения психического развития.

Программы углубленной диагностики включают в себя батареи специальных тестов по определению степени сохранности психических функций ребенка; они могут быть построены по типу нейропсихологических методик.

Одна из возможностей применения компьютерной техники в комплексном изучении нарушений развития детей связана с необходимостью объективно оценить результаты педагогического воздействия. Стандартизованные методы обследования, предполагающие использование ЭВМ на линии во время экспериментальной проверки, позволяют применить систему градуированных по степени трудности или другим показателям заданий, оценивающих продвижение учащегося в данной области независимо от различных посторонних влияний, например, личности учителя или экспериментатора. Использование ЭВМ позволяет не только оценить характер продвижения ребенка в процессе обучения, но и определить степень эффективности различных методик обучения [1, с. 32].

Перспективным в настоящее время представляется также использовать ЭВМ в диагностике групповых различий. С этой точки зрения просматриваются два аспекта. С одной стороны, это возможности, которые открываются в связи с применением ЭВМ для тонкой дифференциальной диагностики в сложных случаях, когда необходимо учитывать одновременно большие массивы данных, полученные при обследовании группы детей различными специалистами. Компьютер в этом случае «учитывает» все объективные показатели тестирования и позволяет ранжировать их в зависимости от конкретной задачи. В свою очередь использование подобной информации, регистрируемой и хранящейся в ЭВМ, позволяет точнее устанавливать норму и аномалии.

С другой стороны, использование ЭВМ помогает в комплектовании классов или групп аномальных детей, формируемых по тем или иным принципам. Так, например, одна из задач диагностики в дефектологии – определить степень выраженности дефекта, на основании чего дети с почти одинаковой степенью выраженности дефекта объединяются в одну группу. Речь идет о распределении детей, принадлежащих к одной категории отклонений.

Использование компьютерной техники в психодиагностике поднимает ее эффективность на гораздо более высокий уровень, так как позволяет:

- максимально унифицировать процедуру обследования, объективизировать его, точно определить уровень развития той или иной функции в сравнении с результатами, полученными при исследовании репрезентативной выборки испытуемых данного возраста и культурной среды, а также в сравнении с собственными прежними достижениями испытуемого;

- с максимальной скоростью обследовать и автоматически обрабатывать данные, производить массовые психодиагностические обследования с наименьшими временными и материальными затратами;

- повышать надежность выставляемых дифференцированных диагнозов, разносторонне подкреплять их экспериментальными данными, выраженными объективными показателями и обсчитанными по законам математической статистики;

- фиксировать пути, различные виды проб и ошибок, которые допускает испытуемый в процессе обучающих экспериментов, а также промежуточные результаты;

- налаживать полноценный контакт, необходимый для диагностики, даже с детьми, имеющими нарушения общения, достигать в процессе исследования максимально возможных уровней продуктивности испытуемых вследствие их высокой заинтересованности самой процедурой исследования;

- определять возможные пути коррекционной работы на основе выявления наиболее уязвимых звеньев в психической деятельности испытуемого [2, с.29].

Вторым направлением компьютеризации образования является использование специальных диагностико-коррекционных программ, которые создаются в форме компьютерных игр пониженной сложности и служат для исправления и формирования как отдельных сторон познавательной деятельности, так и целостных процессов. Под исправлением и формированием отдельных сторон познавательной деятельности понимается, например, отработка ориентировочно-поисковых движений глаз, коррекция пространственных нарушений, улучшение реактивности, скоростных навыков и др. Одновременно программа должна фиксировать и оценивать всевозможные достижения ребенка в процессе его работы. Обработка учитываемых показателей может выявлять обучаемость ребенка, успешность и специфику его познавательной деятельности.

Третья группа программ, коррекционно-обучающие компьютерные программы, во многом сходны с обучающими компьютерными программами, предлагаемыми для интеллектуально и физически полноценных детей. Однако они должны быть разработаны с учетом специфики психологии обучения детей с отклонениями в развитии, т.е. включать в себя обширный ориентировочный этап, тщательную отработку основных понятий и способов действия, значительно сниженную скорость предъявления стимулов, концентричность построения, постоянный текущий контроль за качеством усвоения материала, а также возможность вернуться к уже пройденному необходимое число раз.

Одним из плюсов является индивидуализация обучения, возможности индивидуализации коррекционного обучения в условиях класса, обеспечения каждому отдельному ребенку адекватных лично для него темпа и спо-

соба усвоения знаний, предоставления возможности самостоятельной продуктивной деятельности, обеспеченной градуированной системой помощи.

Применение компьютера в коррекционной работе имеет те преимущества, что позволяет:

- максимально индивидуализировать объем, степень трудности, темп подачи материала, динамичность и повторяемость;
- регулировать физические и эмоциональные характеристики подаваемого материала;
- осуществлять тщательно выверенную поэтапность предъявления с постоянно производимым оперативным контролем и самоконтролем;
- предусматривать невозможность перехода к новому без прочного усвоения предыдущего материала;
- усиливать занимательность процесса обучения, создавать так называемую внутреннюю мотивированность познавательного процесса;
- вносить элементы случайности в подаваемый материал, предъявлять бесконечное число комбинаций и вариаций в целях разнообразия в упражнениях [3,56].

Применительно к ситуации коррекционной помощи детям с разным видом психического дизонтогенеза компьютерная среда позволяет проектировать различные социальные отношения (по желанию субъекта), обеспечивает наглядно-действенную основу для поэтапного формирования умственной деятельности, создает ребенку условия для динамичного, в необходимом ему темпе, перехода из зоны актуального развития в зону ближайшего развития, в процессе взаимодействия с интерактивной средой, присваивая готовые образцы знания, поведения, оценки, ребенок превращается в субъекта, способного к различным формам деятельности [5, с.34].

Использование компьютерных технологий педагогом в качестве средств обучения не влечет за собой принципиального изменения в соотношении средств коммуникации, используемой в системе обучения данной категории детей. Это значит, что педагог, использующий компьютерные технологии не должен занять роль пассивного стороннего наблюдателя. Он должен стать посредником между компьютером и ребенком, помощником ребенка при взаимодействии с машиной.

Что касается возрастного аспекта использования информационных технологий, то учеными показано, что компьютерная поддержка коррекционного обучения возможна, начиная с этапа дошкольного обучения. Компьютерные технологии обучения и коррекции могут использоваться в разных содержательных областях (на различных уроках и индивидуальных занятиях) на всех этапах школьного обучения ребенка с отклонениями в развитии.

Хочется отметить, что в настоящее время в нашей стране имеется ограниченное количество специализированных компьютерных программ и частных методик, ориентированных на коррекционное обучение. Наиболее из-

вестной из них является программа «Видимая речь», рассчитанная для работы с детьми, имеющими нарушения речевого развития [6, с.29].

В то же время ряд практикующих дефектологов сумели приспособить использование программ для нормально развивающихся детей в собственной коррекционно-педагогической деятельности.

Однако следует подчеркнуть, что отсутствие в школе специализированных обучающих программ не всегда оправдывает использования массовых программных продуктов не оснащенных специализированными методиками применения в коррекционном обучении. Бездумное внедрение в практику специальной школы такого рода компьютерных программ вступает в противоречие с самим понятием «коррекционное обучение» и вытесняет смысл дифференцированных подходов, развернутых, пошаговых методов и приемов, являющихся достоянием современной дефектологии.

Разработка специализированных компьютерных программ и частных методик, ориентированных на коррекционное обучение детей с нарушениями в развитии осуществляется на сегодняшний день только ИКП РАО [4, с.28].

Говоря о преимуществах применения компьютерных технологий, необходимо остановится и на проблемах, возникающих при их использовании.

Для того чтобы обеспечить комплексное воздействие на ребенка с отклонениями в развитии при использовании компьютерной поддержки, необходимо создание специализированных центров, оснащенных современной компьютерной техникой. Очевидно также, что для каждого из видов работы, которые обсуждались выше, потребуется и различная техника с соответствующим программным обеспечением. А в условиях финансирования современной системы образования детей с отклонениями в развитии приобретение подобной дорогостоящей техники становится труднодоступным.

Кроме того, необходима специальная подготовка педагогических кадров для работы с использованием компьютерных технологий.

Еще одним недостатком является тот факт, что существующие сегодня программы, носят, как правило, обучающий характер и имеют целью познавательное развитие детей. В то же время существуют и такие стороны психического развития, которые пока не нашли отражения в разработке специальных компьютерных программ. К таким сторонам относится, например, нравственная сторона личностного развития или же эстетическое воспитание детей.

Таким образом, очевидно система специального образования делает только первые шаги в развитии данного направления диагностико-коррекционной помощи детям с особыми образовательными потребностями. И еще предстоит решить немало вопросов, прежде чем компьютер станет действительно эффективным и неотъемлемым средством коррекционно-педагогического процесса.

Литература

1. Агапова Н.В. Информационные технологии в специальном образовании. – М., 1994.
2. Баранова Е.В. Гогун Е.А. и др. Методические рекомендации по использованию инструментальной компьютерной среды для организации уроков в начальной школе.- СПб.: Издат. “Анатолия”, 2003.
3. Горовиц Ю.М. Новые информационные технологии в специальном образовании. – М., 1998.
4. Кукушкина О.И. Компьютерная поддержка взаимодействия специального психолога и педагога» // ж. Дефектология. – 2002. – № 2.
5. Кукушкина О.И. Компьютеры в специальном обучении. Проблемы, поиски, подходы // ж.Дефектология. – 1994. – №5.
6. Кукушкина О.И., Королевская Т.К., Зеленская Ю.Б. Информационные технологии в обучении произношению. – М.: Полиграфсервис, 2004.

Милёхина И.С. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЧЕВЫХ ИГР И УПРАЖНЕНИЙ В ОБУЧЕНИИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Недостатки речи умственно отсталых школьников изучены очень основательно многими советскими психологами (А.Р. Лурия, М.Ф. Гнездилов, Г.М. Дульнев, М.П. Кононова, В.Г. Петрова).

У умственно отсталых детей значительно чаще, чем у нормально развивающихся сверстников, встречаются различные недостатки речи.

Нарушения речи у таких детей отрицательно влияют на всю психическую деятельность, вследствие чего у них затрудняется общение с окружающими, нарушаются коммуникативные возможности, задерживается формирование познавательных процессов, то есть имеются существенные препятствия в формировании личности, социальной адаптации детей с нарушением интеллекта.

У этих детей оказывается несформированной не только сама речь, но и ее предпосылки: у них не развиты ориентировочные действия, не сформирован интерес к окружающему, не развита предметная деятельность. Все эти факторы лежат в основе развития смысловой стороны речи и ее грамматического строя. Кроме того, у умственно отсталых детей нет потребности в общении и не развиты доречевые средства общения; не сформированы слуховое внимание и восприятие, фонематический слух и артикуляционный аппарат, обеспечивающие становление звуковой стороны речи.

Без специального обучения детей с нарушениями интеллекта не развивается возможность регулировать деятельность с помощью собственной речи: на-

блюдается в отдельных случаях сопровождающая речь, но совсем не возникает фиксирующая и планирующая. Сопровождающая речь часто производит впечатление неотнесенной, в ряде случаев наблюдается эхолаличная речь.

Речь у детей с нарушением интеллекта настолько слабо развита, что не может осуществлять функцию общения. Недоразвитие коммуникативной функции речи не компенсируется и другими средствами общения, в частности мимико-жестикуляторными; амимичное лицо, плохое понимание жеста, употребление лишь примитивных стандартных жестов. В результате к школьному возрасту, дети с нарушениями интеллекта приходят с существенным речевым недоразвитием. При поступлении в школу, дети отстают на 3–4 года от своего паспортного возраста. Поэтому очень важна четкая организация логопедической работы с дошкольниками, имеющими нарушения интеллектуального развития. Одним из методов такой работы является использование речевых игр и упражнений [3].

Принцип речевой игры прост: о чем говорю, то и показываю. Начинать необходимо с того, что после прочтения детям выбранного стихотворения поговорить о его содержании, попросить их самих рассказать, что они поняли; прослушав стихи, уточнить их ответы, разъяснить непонятные или редко употребляемые в современной речи слова. Далее на каждую строку (или две строки) вместе с детьми придумать удобный и соответствующий тексту стиха жест. Причем желательно, если один жест будет как бы вытекать из другого. Для удобства дальнейшей работы с речевыми играми необходимо придумать жестам название, например: «домик», «дерево», «окошко», «глаза совы», «кошачьи лапки».

В речевой игре от ребенка требуется использовать приобретенные ранее знания в новых связях и обстоятельствах. Играя, ребенок самостоятельно решает разнообразные мыслительные задачи, описывает предметы, выделяет их характерные признаки, находит сходство и различие, отгадывает по описанию, группирует предметы по различным свойствам. Речевые игры способствуют сенсорному и умственному развитию (развитию зрительного восприятия, образных представлений, обучению анализу, сравнению предметов, их классификации), усвоению лексико-грамматических категорий родного языка, а также помогают закреплять и обогащать приобретенные знания, на базе которых развиваются речевые возможности ребенка.

Речевые игры, способствуют выполнению важных методических задач: психологически готовят детей к речевому общению; обеспечивают многократное повторение ими речевого материала; тренируют детей в выборе нужного речевого варианта, что является подготовкой к ситуативной спонтанной речи вообще.

Использование речевых игр на логопедических занятиях позволяет достичь формирования определенных навыков; развития речевых умений; умения учиться; развития необходимых способностей и психических функций;

познания (в сфере становления собственного языка); запоминания речевого материала.

Польза этих игр в важности совместной игры взрослого и ребенка. Кроме этого, придумывая вместе с ребенком движения, мы помогаем ему развивать его фантазию, воображение, пластику движений, умение сочетать слово и жест, слышать и чувствовать ритм стиха.

И конечно, речевые игры помогают развивать мышление и речь ребенка, преодолевать те или иные логопедические трудности в произношении отдельных слов и звуков, делают речь интонационно богатой и выразительной.

Помимо этого, играя и примеряя на себя самые разные роли, ребенок избавляется от таких проблем, как детская стеснительность, неуверенность в себе, боязнь публичного выступления [1].

Специальные речевые упражнения проводятся для того, чтобы учащиеся научились использовать подготовленные образцы в речевом синтезе, узнавать и понимать известные конструкции в разнообразном окружении. При выполнении этих упражнений следует избегать перевода. Они могут сопровождаться анализом, но это будет только логический анализ, помогающий осмыслить содержание. Это могут быть упражнения, направленные на восприятие общего смысла высказывания или на выделение отдельных смысловых групп, но всегда они направляют внимание слушающего на содержание речи и проводится только на связанном материале.

В число речевых специальных упражнений войдут упражнения, развивающие умение соотносить часть и целое в процессе слухового восприятия, находить в речи главную мысль, основное содержание, обращать внимание на заранее указанный отрезок речи, понимать целое, независимо от отдельных трудных для понимания частей (слов и предложений), догадываться о назначении отдельных элементов на основе понимания целого, т.е. использовать языковую и логическую догадку в процессе слухового восприятия.

Речевые игры и упражнения в обучение необходимо включать постепенно, по мере развития, как самой речи, так и познавательной функции речи. Однако это не означает, что в обучение детей речь может включаться лишь тогда, когда она сможет полностью принять на себя передачу знаний ребенку. Напротив, речь в ее познавательной функции используется с самого начала обучения. Только вначале она фиксирует уже полученный ребенком опыт, закрепляет и обобщает его, затем включается в сам процесс познания нового наряду с наблюдением или действием, а к старшему дошкольному возрасту используется сначала для того, чтобы вызвать в памяти ребенка хорошо знакомые предметы, действия, ситуации, а затем и для того, чтобы передать новые знания, описать новые, незнакомые предметы, ситуации с опорой на имеющиеся у детей наглядные представления [2].

Анализ литературных источников показал, что нарушения речи у умственно отсталых детей являются сложным дефектом, и охватывают практически все уровни речевой деятельности.

У умственно отсталых детей нарушается не только языковой уровень речи, но и смысловой и сенсомоторный уровни. Более стойкими являются нарушения смыслового и языкового уровня.

Каждая из операций порождения смыслового высказывания вначале формируется самостоятельно, изолированно, на простых заданиях. Затем постепенно операции объединяются в целостный процесс порождения связного текста.

Основной формой воздействия на ребенка в специальных дошкольных учреждениях являются организованные занятия, в которых ведущая роль принадлежит взрослым. Занятия проводятся учителем-дефектологом, логопедом и воспитателями, которые составляют педагогический коллектив группы. Содержание занятий определяется «Программой воспитания и обучения умственно отсталых детей дошкольного возраста» [4].

Усвоение программного материала зависит от правильного выбора методов обучения. При этом каждый педагог должен помнить и о возрастных особенностях детей, о тех отклонениях в развитии, которые характерны для умственно отсталых. Как правило, умственно отсталые дети инертны, неэмоциональны. Поэтому необходимы такие методические приемы, которые могли бы привлечь внимание, заинтересовать каждого ребенка. Умственно отсталые дети пассивны и не проявляют желания активно действовать с предметами и игрушками. Взрослым необходимо постоянно создавать у детей положительное эмоциональное отношение к предлагаемой деятельности.

Игра, в том числе и речевая – одна из форм обучающего воздействия взрослого на ребенка. В то же время игра – основной вид деятельности детей. Таким образом, речевая игра имеет две цели: одна из них обучающая, которую преследует взрослый, а другая – игровая, ради которой действует ребенок. Важно, чтобы эти две цели дополняли друг друга и обеспечивали усвоение программного материала. Необходимо стремиться к тому, чтобы ребенок, не усвоив программного материала, не смог достичь игровой цели.

Использование данных видов работы, поможет значительно повысить уровень сформированности речи у детей с нарушением интеллекта, что положительно будет влиять на развитие их познавательной деятельности. Целенаправленная коррекционная работа по формированию речи дошкольников с нарушением интеллекта, с учётом структуры дефекта и психического состояния ребёнка, влияет на развитие речевой и познавательной деятельности, а также повышает уровень общего развития [5].

Литература

1. Арушанова А.Г. Игра, ее значение в развитии речи //Дошкольное воспитание. – 1986. – №3

2. Арушанова А.Г. Развитие речи и игры // Дошкольное воспитание. – 1995. – №7

3. Аугене Д.Й. Речевое общение умственно отсталых детей дошкольного возраста и пути его активизации // Дефектология. – 1987.

4. Большакова С.Е. Работа логопеда с дошкольником М., 1996.
5. Гаврилушкина О.П., Соколова Н.Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников М., 1985.

Растопчина А.Н. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Руководитель: к.психол.н. , старший преподаватель Моздор Н.В.

РАЗВИТИЕ ВООБРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ РЕЧИ

Наш мир полон перемен и преобразований. Сегодня обществу требуются творческие люди, способные нестандартно решать все новые поступающие задачи. Такие люди чаще достигают успеха, как в карьере, так и в духовной, социальной жизни. Одной из целей образовательных институтов является развитие именно творческих навыков и как первостепенного фактора творчества – воображения у детей. Воображение человека всегда выступает как отражение свойств его личности, его психологического состояния. Благодаря воображению человек творит, разумно планирует свою деятельность и управляет ею. Воображение – великая сила. Великий немецкий математик Давид Гильберт на вопрос одного из своих учеников ответил: «Он стал поэтом. Для математика у него не хватило воображения». Именно благодаря воображению, в науке совершены великие революционные открытия, такие, например, как создание периодической системы элементов Д. И. Менделеева и теории относительности Эйнштейна.

Для активизации воображения необходимо наличие «строительного материала», роль которого выполняют образы памяти, т.е. представления, полученные ребенком в процессе познания окружающего мира, опыт. Воображение ребенка развивается постепенно, по мере приобретения им определенного опыта. Из этого следует, что творческая деятельность воображения находится в прямой зависимости от богатства и разнообразия прежнего опыта человека.

Опыт человека разрабатывается и закрепляется проговариванием, поэтому особенного внимания заслуживает формирования воображения у детей с речевыми дефектами. Так как возникающее своеобразие в развитии речи создают определенные трудности в развитии познавательных процессов. Дети с нарушениями речи с большим трудом овладевают обобщающим значением слова, что, безусловно, влияет на уровень развития творческого воображения. Ограниченность общения со взрослыми, сверстниками лишает детей с нарушениями речи необходимого объема информации и знания приемов реконструкции имеющихся представлений. В процессе общения со взрослыми ребенок на ранних годах жизни усваивает огромный пласт информации, но у детей с речевыми проблемами процесс вооб-

ражения выполняет помимо отражательной еще и компенсаторную функцию. Дети посредствам воображения компенсируют недостающий объем в коммуникации.

Одним из важных моментов в исследованиях, посвященных воображению, является выяснение роли данного процесса в познании. Как писал Л.С. Выготский, «воображение надо рассматривать, как более сложную форму психической деятельности, которая является реальным объединением нескольких функций в их своеобразных отношениях»[1, ст. 47]. Исследованию роли речи в процессе становления воображения всегда отводилось должное место в работах отечественных психологов (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Г. Рузская). Отмечается, что мощный шаг в развитии детского воображения совершается именно в непосредственной связи с усвоением речи, что дети с задержкой речевого развития неизменно оказываются отстающими. Современные исследования, направляемые на выявление роли слова в развитии воображения, весьма не многочисленны. Е.М. Струниной было показано, что работа над смысловой стороной слова приводит к сдвигам в воображении ребенка.

Психологические характеристики речи и их роль в психологическом развитии ребенка были подробно рассмотрены А.Р. Лурией. В соответствии с этим можно предположить, что специфика использования слова в процессах функционирования воображения связана, прежде всего с семантикой слова и планирующей функцией речи. Благодаря развитию речи, а в связи с этим и развитию понятийного мышления, воображение детей претерпевает существенное изменение, оно освобождается от чисто конкретных, образных компонентов и приобретает ряд элементов абстрактного мышления.

Б.Г. Ананьев, А.Р. Лурия, В.П. Глухов, В.Н. Касаткин и другие подтвердили предположение о том, что нарушение речи неминуемо ведет к различным расстройствам со стороны как произвольного, так и непроизвольного воображения. Процесс воображения развивается у детей с нарушениями речи, несколько иначе, чем у здоровых детей. Их представления о предметах оказываются неточными и неполными, практический опыт недостаточно закрепляется и обобщается в слове, вследствие этого запаздывает формирование понятий. Чем сложнее нарушения речи, тем больше ограничиваются возможности ребенка проявить творчество, он оказывается беспомощным в создании новых образов[2, ст. 116].

В процессе выполнения заданий отмечается нарушение способности к преобразованию готовых образов и созданию на этой основе новых. Дошкольники испытывают большие трудности при выполнении творческих заданий, воссоздающее воображение, таким образом, наиболее сохранно при речевом дефекте, нежели творческое. Для ребенка легче создать что-то по образцу, чем сотворить новое в голове, так как понятийная сторона памяти непосредственно связана с речью. Чем сложнее нарушения речи, тем больше ог-

раничиваются возможности ребенка проявить творчество, он оказывается беспомощным в создании новых образов. Наряду с тем, у детей с общим недоразвитием речи наблюдаются неустойчивость внимания, недостаточный объем сведений об окружающем, психофизическая расторможенность, недостаточная координация пальцев, замедленность и неловкость движений, застревание на одной позе, отмечается быстрая истощаемость воображения. В своих играх дети имеющие проблемы речи, придерживаются бытовой тематики, сюжеты игр не развиваются, игры не стойкие и быстро распадаются. Детям оказываются недоступными творческие задания: воспроизвести рассказ педагога, рассказать о событиях из личного опыта. Дети плохо понимают переносное значение слов, метафор.[3, ст. 68]. Воображение ребенка обычно связано с яркими эмоциональными переживаниями. Однако дети с недоразвитием речи недостаточно эмоционально реагируют на грустную сказку, смешной стишок, нежную мелодию. Их речь маловыразительна, движения несколько скованы, дети не очень уверены в себе. Бедный словарный запас, что снижает и показатели беглости и гибкости воображения, показатель оригинальности и развития интеллекта, как правило, ниже чем у обычных детей.

Воображение детей с речевыми расстройствами формируется по тем же общим законам психического развития, что и у нормально развивающихся детей. Однако имеет свои специфические особенности. Которые требуют особой проработки и развития, для формирования здоровых функций воображения.

Литература

1. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте. – М – 1991.

2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений.- М.: «Академия», 2007.

3. Рыжова, Н. В. Ресурсы изобразительной деятельности в развитии творчества у детей с общим недоразвитием речи Рыжова Н. В. Логопед. – 2007

4. Субботина Л.Ю. Развитие воображения у детей. – Ярославль – 1997.

Сидоренко Т. А. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Жукова С. В.

КОРРЕКЦИОННОЕ ЗНАЧЕНИЕ РИТМИКИ В ВОСПИТАНИИ ДОШКОЛЬНИКОВ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

Ребенок, нормально развивающийся в психомоторном отношении, проходит несколько этапов. Психомоторное развитие начинается с неспецифической манипуляции с предметами и продолжается до разумной, осознанной деятельности, которая понимается как целенаправленное и планируемое восприятие и преобразование действительности с помощью действий.

В сознательную деятельность включается вторая сигнальная система, которая совершенствует деятельность и развитие ребенка.

Ритмическая организация является основой жизни. Все, окружающее нас, живет по законам ритма. Смена времен года, дня и ночи, биение сердца, возрастные процессы – все это и многое другое подчинено определенному ритму [2].

Как считает, практикующие логопеды, ритмическая способность занимает особое место в развитии ребенка. Уже в самых ранних проявлениях лепета обнаруживается ритмическая повторяемость однородных слогов, затем чередование разнородных. Отмечается тесная связь лепета с ритмическими движениями: ребенок ритмично взмахивает руками, прыгает, стучит игрушкой, при этом выкрикивает слоги в ритме движений, а как только движения прекращаются, он умолкает.

Ритмика является составной частью физического и художественного воспитания, особенно в детском возрасте. Она способствует гармоничному физическому развитию детей, развитию музыкального слуха, музыкальной памяти, выразительности движений; знакомит детей с музыкой, танцами, песнями, учит в движениях выражать характер и темп музыкального произведения.

Содержание музыкально-ритмических занятий составляет целенаправленное формирование личности путем воздействия на нее музыки и ритма с целью воспитания познавательной, волевой и эмоциональной сфер личности.

Благодаря разнообразной тематике музыкальных произведений, музыкальных игр, хороводов и т. д. развиваются познавательные способности детей.

Музыкально – ритмические упражнения рассматриваются как волевые проявления, так как ребенок действует, сознательно выполняя поставленные перед ним задачи. Игры, танцы требуют своевременной реакции на внешний раздражитель, своевременного переключения с одного движения на другое, умения быстро и точно его тормозить.

Музыкально-ритмические движения заставляют детей переживать выраженное в музыке. Содержанием музыкально-ритмического воспитания являются песня, игра, трудовой реализуемый процесс, праздник.

Наиболее часто на музыкально-ритмических занятиях и вне них используется подвижная игра. К. Д. Ушинский считал русские народные игры могущественным средством воспитания. В 60-х годах 19-го века Н. И. Пирогов, позднее Е. Н. Водовозова, П. Ф. Каптеров и др. подчеркивали, что подвижная игра как деятельность отвечает возрастным возможностям и потребностям ребенка и является средством его всестороннего развития [3].

Таким образом, музыка оказывает влияние на повышение качества исполнения движения: улучшаются выразительность, ритмичность движений, их четкость, координация, плавность, слитность, переключаемость. Эмоциональная окрашенность движений музыкой придает им энергию или легкость, большой размах или сдержанность и в то же время содействует их

свободе и непринужденности. Движения с музыкальным сопровождением положительно влияют на развитие слуха, внимания, памяти, воспитывают временную ориентировку, то есть способность уложить свои движения во времени, в соответствии в различным метроритмическим рисунком музыкального произведения. Определенная метрическая пульсация, с которой связаны движения детей, взрослых, вызывают согласованную реакцию всего организма человека (дыхательной, сердечной, мышечной деятельности), а также эмоционально-положительное состояние психики, что содействует общему оздоровлению организма.

Движение как результат воздействия механической энергии на организм человека применялось в качестве профилактического и лечебного средства издревле, еще во времена зарождения медицины [5].

Лечение посредством движения предполагает использование всех видов и форм движения. Просмотрев работы современных болгарских ученых: Л. Бонев, П. Слынчев, Ст. Банков, я увидела, что они предлагают для обозначения данного вида терапии термин “кинезитерапия” как наиболее общее определение применения различных форм движения, двигательной активности и естественных моторных функций человека. Они относят кинезитерапию к группе неспецефических действующих терапевтических факторов. В результате различные формы и средства движений изменяют общую реактивность человека, повышают его неспецифическую устойчивость, разрушают патологические динамические стереотипы.

В 30-е годы лечебная ритмика находит применение и в логопедических учреждениях, но не в полном объеме и в несколько специфическом виде. В системе ритмического воздействия на людей с речевой патологией ведущее место занимает слово. В связи с этим формируется особое направление воздействия в реабилитационных методиках – логопедическая ритмика. Первоначально логопедическая ритмика использовалась в работе с заикающимися дошкольниками.

В 40-ые годы логопедическая ритмика в нашей стране вошла как необходимая часть и в комплекс воздействия на больных афазией. Ю. А. Флоренская и В. А. Гринер в статье “Музические расстройства в процессе обратного развития афазии и их ритмотерапия” указывают, что логоритмика в отношении больных афазией применяется, прежде всего, к расстройствам просодической стороны речи [1].

В настоящее время, опираясь на научный опыт логопедов практиков, развитие движений в сочетании со словом и музыкой представляет собой целостный воспитательно-коррекционный процесс. Перевоспитание нарушенных функций и дальнейшее развитие сохранных функций требуют от ребенка собранности, внимания, конкретности представлений, активности мысли и развития памяти: эмоциональной, если процесс обучения вызывает заинтересованность и связанный с этим эмоциональный отклик; образной – при

восприятии наглядного образца движений; словесно-логической – при осмысливании задачи и запоминании последовательности выполнения логоритмических заданий; двигательно-моторной – в связи с практическим выполнением заданий; произвольной – без которой невозможно сознательное, самостоятельное выполнение упражнений.

Движения тела ребенка и восприятие им различных ощущений на начальных этапах развития являются средством познания мира на более элементарном уровне, чем интеллектуальное познание. При нарушении психомоторного развития осуществляется неполный или неправильный анализ ощущений различных модальностей. С исключением одного из анализаторов порог чувствительности остальных понижается. Например, педагоги, воспитатели, работающие люди с умеренной умственной отсталостью, уделяют много внимания тому, чтобы научить детей целенаправленному, произвольному движению, целенаправленным артикуляционным движениям и т. п.

В процессе коррекционной работы логопедическая ритмика опирается на закономерности возникновения и развития патологического процесса, на специфические методы воздействия, которые разрабатываются дефектологией в отношении лиц с психическими и речевыми расстройствами [4].

Таким образом, говоря о детях с проблемами в развитии, можно сказать о том, что логоритмические занятия необходимы для такой категории детей. Поскольку такие занятия способствуют развитию не только двигательной сферы, осуществляется коррекция и развитие, как психологической сферы, так и речи, что, несомненно, очень важно для работы с детьми данной категории, и что должно определять основные этапы работы с такими детьми.

Литература

1. Власова Т. М., Пфафенродт А. Н. “Фонетическая ритмика”: М. “Гуманитарный издательский центр “Владос”, 1996 г.

2. Волкова А. С., Лалаева Р. И. “Логопедия”: М., 2007 г.

3. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. “Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников”: М., 2006г.

4. Журнал “Дефектология №6”: М., 1985 г., Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. “Изучение детей с ОНР в специальном детском саду”.

5. Журнал “Дефектология №6”: М., 1997г., Шашкина Г. Р. “Логопедическая ритмика в системе коррекционо – педагогических воздействий на детей с ОНР в подготовительной к школе группе”.

Силюкова А.В. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: старший преподаватель Алексеева М.Н.

ОБУЧЕНИЕ ПЕРЕСКАЗУ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Язык и речь традиционно рассматривались в психологии, философии и педагогике как «узел», в котором сходятся различные линии психического развития – мышление, воображение, память, эмоции. Являясь важнейшим средством человеческого общения, познания действительности, язык служит основным каналом приобщения к ценностям духовной культуры от поколения к поколению, а также необходимым условием воспитания и обучения. Развитие устной монологической речи в дошкольном детстве закладывает основы успешного обучения в школе [4].

Учить ребенка рассказывать и пересказывать – это значит формировать его связную речь. Эта задача входит как составная в общую задачу развития речи детей дошкольного возраста.

Пересказ – это воспроизведение прослушанного художественного произведения в выразительной устной речи.

Чтобы обучение пересказыванию было плодотворным, нужно правильно отобрать тексты для пересказов. Каждое произведение должно учить чему-то полезному, развивать в детях нужное нашему обществу черты личности. Тексты подбирают доступные для детей по содержанию, близкие их опыту, чтобы при пересказе они могли отразить личное отношение к данному событию. В произведениях должны быть знакомые детям персонажи с ярко выраженными чертами характера, мотивы поступков действующих лиц должны быть понятны. Подбирать сюжеты с чётной композицией, с хорошо выраженной последовательностью действий.

Пересказ – это также творческий процесс. Особенность пересказа заключается в том, что в повествовании не только точно передаются замысел и сюжет, но и сохраняется стиль произведения. Для этого исполнитель должен хорошо знать особенности жанра (сказка, рассказ), не допускать слов и оборотов речи, не свойственных данному жанру. Например, в народной сказке будут фальшиво звучать книжные или очень современные слова и статистические обороты. Подготовка пересказа включает идейно-художественный анализ произведения, как при подготовке к художественному чтению (идея, система художественных образов, сюжет, композиция, язык).

Текст народной сказки должен быть неторопливым. В бытовой сказке и в сказках о животных язык разговорный с присущими разговору интонациями. Нередко почти всегда сказка строится на диалоге, на прямой речи персонажей, что позволяет ограниченными средствами наиболее полно раскрыть их характеры. В волшебной сказке романтическая приподнятость событий, таинственность требует и соответствующих интонаций. Требует вни-

мания рассказчика, структурные элементы самой сказки и присказки. Цель присказки – собрать внимание слушателей. После присказки обязательна пауза, иначе дети примут присказку за начало сказки, или трудно будет вникнуть в суть событий, о которых начал читать рассказчик.

В песенках-повторах интонации должны быть особенно точными: от повтора к повтору меняется соотношение силы, изменяется настроение, состояние персонажей.

Концовка сказки – свидетельство завершения повествования. Интонация концовки – непосредственное, доверительное общение со слушателями, возвращение их мыслей и чувств к повседневной жизни.

Пересказ литературных произведений оказывает заметное влияние на речевую деятельность дошкольников. Дети приобщаются к подлено художественной речи, запоминают образные слова, учатся владеть родным языком. Они более творчески начинают строить свои собственные рассказы – на темы из личного опыта, на предложенный сюжет. Следует полнее использовать влияние пересказа на формирование связной речи.

Установлено, что в дошкольном возрасте дети легче всего осваивают правильное построение отдельных предложений и значительно труднее овладевают различными формами связи и словосочетания фраз и части рассказа. Зачастую ребёнок 4 – 5 лет не закончив одной части высказывания, переходит к другой. С совершенно новым содержанием, то есть смысловые связи между фразами в его речи или выражены слабо, или совсем отсутствуют. Пересказ учит детей излагать постепенно, поочерёдно художественное произведение. Учит отвечать на вопросы, выделять основную мысль. Пересказ литературных произведений оказывает заметное влияние на речевую деятельность дошкольников. Дети приобщаются к подлинно художественной речи, запоминают образные слова, учатся владеть родным языком. Они более творчески начинают строить свои собственные рассказы – на темы из личного опыта на предложенный сюжет. Поэтому следует полнее использовать влияние пересказа на формирования связанной речи детей.

Особое внимание нужно уделить овладению пересказом детей дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Задержка психического развития у детей проявляется как в замедленном созревании эмоционально – волевой сферы, так и в интеллектуальной недостаточности, которая проявляется в том, что интеллектуальные возможности ребенка не соответствуют его возрасту. Так же этим детям свойственно снижение работоспособности и неустойчивость внимания. У одних детей максимальное напряжение внимания и наиболее высокая работоспособность обнаруживаются в начале выполнения задания и неуклонно снижаются по мере продолжения работы; у других сосредоточение внимания наступает лишь после некоторого периода деятельности; у третьих отмечаются периодические колебания внимания, и неравномерная работоспособность на протяже-

нии всего времени выполнения задания. Установлено, что многие из таких детей испытывают трудности в процессе восприятия. Прежде всего, это проявляется в том, что дети не воспринимают с достаточной полнотой преподносимый им учебный материал. Многое воспринимается ими неправильно. Это важно иметь в виду, так как легко предположить, что дети, не имеющие дефектов слуха или зрения, не должны испытывать трудностей в процессе восприятия.

У всех детей с задержкой психического развития наблюдаются и недостатки памяти: причем эти недостатки касаются всех видов запоминания: непроизвольного и произвольного, кратковременного и долговременного. Они распространяются на запоминание как наглядного, так и словесного материала.

Значительное отставание и своеобразие обнаруживается и в развитии их мыслительной деятельности. То и другое с наибольшей очевидностью проявляется в процессе решения интеллектуальных задач.

Отличается от нормы и речь детей с задержкой психического развития. Многим из них присущи дефекты произношения, что, естественно, приводит к затруднениям в процессе овладения чтением и письмом. Дети рассматриваемой группы имеют бедный словарный запас (особенно активный). Выражаемые имеющимися в словаре словами понятия часто неполноценны – сужены, неточны, а иногда и просто ошибочны. Это затрудняет понимание речи окружающих людей. Дети с задержкой психического развития плохо овладевают эмпирическими грамматическими обобщениями; поэтому в их речи встречается немало неправильных грамматических конструкций. Ряд грамматических категорий ими вообще не используется в речи. Дети рассматриваемой группы испытывают трудности в понимании и употреблении сложных логико-грамматических конструкций и некоторых частей речи.

Пополнение словарного запаса детей происходит в процессе изучения художественных произведений с помощью различных, показанных ранее, приемов словарной работы. Диалогическая (разговорная) речь развивается в ходе работы над прочитанными текстами, при их анализе [1].

Цыпина Н.А. [5] уделяет особое внимание развитию монологической речи учащихся. Элементы такой работы встречаются уже тогда, когда для анализа текста в ходе вопросно-ответной беседы требуются связные высказывания.

В букварный период развитию монологической речи способствуют имеющиеся в учебниках задания: «вспомнить и продолжить содержание широко известных русских народных сказок или детских стихотворений». Однако для того, чтобы дети с задержкой психического развития могли такие задания выполнить, их необходимо, как отмечалось ранее, знакомить с этими сказками и стихами еще в подготовительный период. Тогда выполнение заданий будет достигать намеченной цели. В качестве упражнения для развития речи является составление рассказов по имеющимся в Букваре, Азбуке и Родной речи сюжетным картинкам или по серии картинок, которые в данном случае представляют собой картинный план рассказа.

Подробный пересказ вполне посилен детям с задержкой психического развития: они последовательно, логично и полно воспроизводят текст, небольшой по объему и доступный по содержанию. Правильный подробный пересказ не только свидетельствует о запоминании текста, не только служит для закрепления в памяти его содержания, но говорит о понимании прочитанного, активно способствует обогащению словаря, усвоению средств художественной выразительности, упражнению в правильном построении предложений.

Но нередко дети с задержкой психического развития хуже своих сверстников усваивают пройденный ранее материал. Это говорит не только о снижении памяти, но и об особенностях их познавательной деятельности в целом.

Дети для пересказа выбирают любимые или наиболее знакомые сказки, а так же наиболее короткие, легкие по содержанию. Одни дети не дают пересказа совсем, другие опускают начало сказки, некоторые нарушают последовательность изложения, другие заменяют действующих лиц либо под влиянием непонятной иллюстрации, либо под влиянием фантазии.

Так же в пересказах проявляется, характерная для детей с задержкой психического развития, импульсивность. Они, иногда замечая свои ошибки и с возгласом “Ой!” исправляют их.

По пересказам детей с ЗПР видно, что они часто не могут воспринять сказку как цельное поэтическое произведение со своей образной структурой и отражением народных представлений, народного быта. Они нередко привносят в пересказ представления, более близкие их современной жизни. Следует отметить, что дети допускают путаницу при употреблении названий типичных для народных сказок действующих лиц, таких как: дед и баба, старик со старухой. Встречается употребление слов, отличающихся своими формами, главным образом, суффиксами, от привычных традиционных названий.

Важно отметить также, что в тех случаях, когда пересказ дается близко к тексту дети достаточно полно используют лексику народных сказок, в том числе характерные средства художественной выразительности, например, зачины, повторы, постоянные эпитеты и др. В большинстве случаев дети мало или совсем не используют в своих рассказах традиционных языковых средств устного народного творчества.

Таким образом, можно сделать вывод, что дети с задержкой психического развития недостаточно усваивают художественные произведения. Для них характерно знание сказок наиболее коротких, легких по содержанию, простых по развитию сюжета, по количеству действующих лиц и взаимоотношениям между ними. Дети плохо умеют пользоваться при пересказе традиционными народными образными языковыми средствами, обнаруживают недостаточное понимание многих слов и выражений, проявляют характерные для них особенности словообразования, построения высказывания.

Литература

1. Власова Т.А., В.И. Лубовской, Н.А. Никашина. Обучение детей с задержкой психического развития: М.: Просвещение, 1981.
2. Липкина А.И., Оморокова М.И. Работа над устной речью учащихся на уроках чтения. М., 1967
3. Найденов Б.С. Выразительность речи и чтения. М.: Просвещение, 1969
4. Ушакова О.С. Программа развития речи детей дошкольного возраста в детском саду. – М., 2004. .
5. Цыпина Н. А. Обучение чтению детей с ЗПР. М., 1994.

Тараканова Е.Н. г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.п.н., доцент Кабушко А.Ю.

ОВЛАДЕНИЕ ПРЕДПОСЫЛКАМИ НАВЫКА ПИСЬМА ДОШКОЛЬНИКАМИ В НОРМЕ И ПРИ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИИ

Овладение предпосылками навыка письма – длительный и трудоемкий процесс. В функциональную систему, обеспечивающую нормальный процесс становления предпосылок навыка письма, входят различные участки коры левого полушария головного мозга и различные анализаторные системы (акустическая, оптическая, моторная и др.), причем каждая из них обеспечивает нормальное протекание лишь одного какого-либо звена в структуре письма, а все вместе – оптимальные условия для осуществления сложного целостного акта письма [1].

Успешное овладение предпосылками навыка письма невозможно без сравнительно высокого уровня устной речи, развития слухоречевой памяти, сформированных предпосылок к овладению звуковым анализом, развития ряда неречевых функций (зрительного и пространственного восприятия, зрительно-моторной координации, общей и мелкой моторики), наглядно-образного мышления, логического мышления, а также определенного уровня общего (деятельностного, личностного) развития ребенка.

Предпосылки навыка символизации, т. е. буквенного обозначения фонем, формируются на основе развивающихся у ребенка способностей к символизации более широкого плана: символической игры, изобразительной деятельности и др. Кроме того, необходимой предпосылкой является достаточная зрелость фонематического восприятия и языкового сознания.

Первым проявлением способности к символической деятельности в онтогенезе является появление символической игры с характерными для нее действиями игрового замещения предметов и предметного изображения в рисунках. С того момента, как ребенок переходит от каракулей к изображению форм, которым дает названия, начинается развитие графического символизма [6].

К концу первого года жизни (по данным Н.Х. Швачкина) слово впервые начинает служить орудием общения, приобретает характер языкового средства, и ребёнок начинает реагировать на его звуковую оболочку (фонемы, входящие в его состав). Далее фонематическое развитие происходит бурно, постоянно опережая артикуляционные возможности ребёнка, что и служит основой совершенствования произношения. Н.Х. Швачкин отмечает, что уже к концу второго года жизни (при понимании речи) ребёнок пользуется фонематическим восприятием всех звуков родного языка. В поступательном развитии фонематического восприятия ребёнок начинает со слуховой дифференцировки далёких звуков (например, гласных – согласных), затем переходит к различению тончайших нюансов звуков (звонких – глухих или мягких – твёрдых согласных) [4].

Ребёнок начинает с акустической дифференцировки звуков, затем включается артикуляция и, наконец, процесс дифференцировки согласных завершается акустическим различением (Д.Б. Эльконин, Н.Х. Швачкин, С.Н. Ржевкин).

По данным Р.Е. Левиной, Р.М. Боскис, Н.Х. Швачкина, в период от одного года до четырёх лет, развитие фонематического восприятия происходит параллельно с овладением произносительной стороны речи. Формирование фонематического восприятия ребенка проходит несколько стадий:

1) дофонетическая стадия – полное отсутствие дифференциации звуков окружающей речи, понимания речи и активных речевых возможностей;

2) начальный этап овладения восприятием фонем: различаются акустически наиболее контрастные фонемы и не различаются близкие по дифференциальным признакам.

3) дети начинают слышать звуки в соответствии с их фонематическими признаками;

4) правильные образы звучания фонем преобладают в восприятии, но ребенок продолжает узнавать и неправильно произнесенное слово;

5) завершение развития фонематического восприятия. Ребенок слышит и говорит правильно, перестает узнавать отнесенность неправильно произнесенного слова [3;10].

Достижение данного этапа развития фонематического восприятия является необходимой предпосылкой овладения фонематическим анализом. Нарушения фонематического восприятия, которые обычно становятся заметны на четвертой-пятой стадиях его развития, т. е. примерно в возрасте 4- 6 лет. В этом случае у ребенка слуховое различение некоторых фонем или их групп надолго остается недостаточно четким. В норме сенсорные и языковые эталоны фонем формируются у ребенка на основе взаимодействия слышимых образцов речи взрослых, слухового восприятия собственной речи и кинестетических ощущений, получаемых в процессе артикуляции. Фонематические представления, таким образом, являются результатом межанализаторной интеграции слуховых и кинестетических образов. При нарушении

межанализаторного взаимодействия слуховой анализатор перестает быть средством самоконтроля за правильностью произношения ребенка. Напротив, неполноценные кинестетические образцы при дефектном звукопроизношении патологически влияют на формирование слуховых эталонов фонем и деформируют их. Подобные нарушения препятствуют становлению правильного звукопроизношения и приводят к систематическим заменам соответствующих букв в письме.

Фонематическое восприятие – первая ступень в поступательном движении к овладению предпосылками навыка письма, звуковой анализ – вторая. Ещё один фактор: фонематическое восприятие формируется в период от года до четырёх лет, звуковой анализ – в более позднем возрасте, наконец, фонематическое восприятие – способность различить особенности и порядок звуков, чтобы воспроизвести их устно, звуковой анализ – способность различить то же самое, чтобы воспроизвести звуки в письменной форме.

Готовность к овладению навыка письма дошкольниками заключается в достаточном уровне развития аналитико-синтетической деятельности ребёнка, т.е. умений анализа, сравнения, синтеза и обобщения языкового материала.

Звуковой анализ в отличие от фонематического восприятия (при нормальном речевом развитии) требует планомерного специального обучения.

В исследованиях Д.Б. Эльконина под звуковым анализом понимается:

1) определение порядка слогов и звуков в слове;

2) установление различительной роли звука [14].

Процесс трансформации временной последовательности фонем в пространственный ряд графем протекает у ребенка практически параллельно с фонематическим анализом и графомоторными операциями записи букв.

Графомоторные навыки являются конечным эффекторным звеном в цепочке операций, составляющих предпосылки в овладении навыком письма. Тем самым они могут оказывать влияние не только на каллиграфию, но и на весь процесс письма в целом.

Их формирование в онтогенезе претерпевает значительную эволюцию одновременно с развитием изобразительной деятельности. Важнейшей функцией, от которой этот процесс зависит, является зрительно-моторная координация. На протяжении значительной части дошкольного возраста регуляция изобразительных движений осуществляется преимущественно на основе двигательного анализатора. Период от 1 года до 4-5 лет уходит на овладение произвольной регуляцией движений руки. Контроль выполнения, обратная связь (афферентация) происходит с помощью кинестезии. Рисуя, дети в этом возрасте опираются на «память руки». Зрительный контроль над движениями почти отсутствует. Постепенно происходит межсенсорная интеграция кинестетических ощущений во время рисования и зрительных образов, воспринимаемых при этом.

Наибольшего развития межанализаторная интеграция достигает в возрасте 6-8 лет. С этого момента зрительно-моторная координация начинает зани-

мать ведущее положение в регуляции графо-моторных движений и развитии соответствующих навыков. Поэтому сформированность данных способностей является одним из показателей так называемой «школьной зрелости».

Одним из наиболее важных аспектов в овладении предпосылками навыка письма является развитие движений кисти и пальцев руки.

По мнению В.А. Силивон двигательный навык, включает:

1. Развитость мелкой мускулатуры пальцев, легкость руки, сенсорно-двигательные связи и координации, способствующие выполнению произвольных движений и коррекций высокой точности по силе, скорости, направленности и размаху.

2. Развитие пространственно-ориентированной способности двигательной ориентации и координации на ограниченной плоскости: линейке, строке, клеточке; быстрое нахождение лево-правой сторон и т.д.

3. Сформированность зрительно-двигательных образов и представлений. Развитие аналитического восприятия и воспроизведения предметных изображений и буквенных знаков поэлементно-целостным способом [11].

Эти движения развиваются у ребенка постепенно в течение всего дошкольного периода.

По мнению Т.С. Комаровой, движения руки ребенка к трем годам уже значительно развиты, орудийными действиями с карандашом и кистью дети, как правило, еще не владеют. Если эти навыки не отрабатываются, дети и в шесть лет не владеют ими: держат карандаш всеми пальцами, сильно сжимают его [7].

Проблема формирования предпосылок становления навыка письма у детей с нарушениями речи является предметом исследования известных специалистов в области логопедии. Значительный вклад в проблему становления предпосылок к овладению грамоте детей с общим недоразвитием речи внесли работы Р.Е. Левиной, О.Л. Жильцовой, Г.А. Каше, Н.А. Никашиной, Л.Ф. Спировой, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, А.В. Ястребовой.

Несформированность устной речи и особенности невербальной психической сферы, характерные для детей с общим недоразвитием речи, определяют собой возникновение затруднений на различных этапах овладения предпосылками навыка письма.

А.Н. Гвоздев, отмечая трудности усвоения грамматического строя речи у детей с общим недоразвитием речи, объясняет их рядом причин: особенностями возраста, закономерностями усвоения морфологической и синтаксической сторон речи, сложностью грамматической системы, особенно морфологии. Многие грамматические погрешности вызваны особенностями местного говора, диалектной речью окружающих [4].

Дети с общим недоразвитием речи III уровня, оказываются способными к усвоению грамоты и нередко обладают развернутым письмом. Однако это письмо значительно отклоняется от нормы [9].

На овладении предпосылками навыка письма у дошкольников с общим недоразвитием речи III уровня отражается смешение свистящих звуков с шипящими.

Довольно большое распространение на данном уровне недоразвития речи имеют также перестановки слогов и букв, пропуски и другие нарушения структуры слова.

К проявлениям аграмматизма в овладении предпосылок навыка письма следует также отнести ошибки падежных согласований, а также согласований в роде, числе и т.д. Дети дошкольного возраста, допускающие подобные ошибки, еще недостаточно выделяют слово как самостоятельную единицу из речевого потока [9].

Опыт речевого общения детей с общим недоразвитием речи III уровня слишком беден, а нечеткое различение многих фонем (в том числе гласных) еще более затрудняет образование тех обобщений, которые подготавливают ребенка к овладению навыком письма и грамотного его написания [8].

Анализ научно-методической литературы по исследуемой проблеме показал, что у дошкольников с общим недоразвитием речи неполноценная речевая деятельность оказывает влияние на формирование основных предпосылок к овладению грамотой. Дошкольники с общим недоразвитием речи испытывают большие трудности в овладении предпосылками к обучению грамоте. Ряд авторов в своих работах указывают на взаимосвязь между состоянием речи детей, уровнем их психического развития и овладением предпосылок становления навыка письма (Р.Е. Левина, Н.С. Жукова, Л.Н. Ефименкова, Е.М. Мастюкова и др.).

Развитие предпосылок навыка письма, определяющих готовность к овладению письменной речью у детей с нарушением речи, детерминируется не только степенью устного речевого недоразвитая, но и состоянием психических и сенсомоторных процессов.[12].

Все эти признаки речевого недоразвития не позволяют ребенку в старшем дошкольном возрасте овладеть даже элементарными операциями со звуками и словами.

Несовершенное фонематическое восприятие у детей с общим недоразвитием речи, с одной стороны, отрицательно влияет на становление детского звукопроизношения, с другой – тормозит, усложняет формирование навыков звукового анализа, без которых полноценное письмо невозможно.

Нарушение звукового анализа выражается в том, что ребёнок воспринимает слово глобально, ориентируясь только на его смысловую сторону, и не воспринимает сторону фонетическую, то есть последовательность звуков его составляющих. В свою очередь, звуковой анализ и синтез у ребёнка с нарушением речи невозможен без тонких акустико-артикуляционных дифференцировок и создания устойчивых фонематических представлений о звуках родного языка.

Дошкольники с общим недоразвитием речи III уровня обладают сравнительно нерасчлененным восприятием звукового состава слова и способность воспринимать и воспроизводить слоговые ряды. Смешения фонем приобретают локальный характер, они происходят только в пределах определенных звуковых отношений [12].

Звуковой анализ и синтез выражается в недостаточно четком различении определенных фонем между собой, что приводит к их смешению. Ошибки касаются звуков, принадлежащих к родственным группам: свистящие смешиваются с шипящими, звонкие с глухими, звук «р» со звуком «л». Недостаточная сформированность звуковой стороны речи находит свое специфическое выражение и в словарных затруднениях. С фонематическим недоразвитием связаны смешения значения слов, которые наблюдаются на III уровне общего недоразвития речи [9].

Дети с общим недоразвитием речи III уровня, оказываются способными к усвоению грамоты и нередко обладают развернутым письмом. Однако это письмо значительно отклоняется от нормы [13].

Существует еще один процесс, который может играть не последнюю роль в трудностях овладения навыком письма – это сукцессивные процессы, которые представляют собой легкоуязвимую предпосылку интеллекта и страдают даже при легких резидуально-органических поражениях ЦНС. Если способность к удержанию в кратковременной памяти временной последовательности звуков или символов у ребенка нарушена, это неизбежно сказывается на овладении навыком письма.

Также у детей с общим недоразвитием речи обнаруживается незрелость сложных форм зрительно-моторной координации, особенно в случаях наиболее тяжелых нарушений (А.Н. Корнев). В ряде случаев несформированность графомоторных навыков служит причиной особого вида нарушений – моторной или кинетической дисграфии (Р.Е. Левина, И.Н. Садовникова) [8].

Следовательно, неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей функциональной системы, обеспечивающей нормальный процесс письма.

Литература

1. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. М., 1990.
2. Безруких М.М., Хохлова Т.Е. Как писать буквы. – М., 1993.
3. Боскис Р.М. Развитие письменной речи. М., Просвещение,1978.
4. Гвоздев А.Н. От первых слов до первого класса. – Саратов, 1981.
5. Глухов В.П. Формирование пространственного воображения и речи у детей с общим речевым недоразвитием в процессе предметно-практической деятельности – М., 2002.
6. Глухов В.П. Основы психолингвистики. – М., 2005.
7. Комарова Т.С. Как научить ребенка рисовать. Обучение детей в детском саду и в школе. – М., 1998.

8. Корнев А.Н. Нарушение чтения и письма у детей. СПб – МиМ, 1997.
9. Левина Р.Е. Общая характеристика недоразвития речи у детей и его влияние на овладение письмом / Хрестоматия по логопедии. Т.2. // Под редакцией Л.С. Волковой, В.И. Селиверстовой. – М., 1968.
10. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии. – М., 1968.
11. Силивон В.А., Соколова Е.Н. Когда ребенок рисует. М., 1990.
12. Филичева Т.Б., Туманова Т.В. Дети с общим недоразвитием речи. – М.,1999.
13. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Изучение детей с общим недоразвитием речи в специальном детском саду. // Дефектология – 1985 – №6.
14. Эльконин Д.Б. Чтение и письмо. – М., 1993.

Фенихель К.П. г. Ставрополь, ФГБОУ ВПО СевКавГТУ

Научный руководитель: к. псих.н., доцент Бондарь Н. Г

РОЛЬ АРТПЕДАГОГИКИ И АРТТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

На важную роль искусства в воспитании и обучении детей с отклонениями в развитии указывали представители зарубежной специальной педагогики прошлого Э. Сеген, Ж. Демор, О. Декроли, а также отечественные психологи и врачи Л. С. Выготский, А. И. Граборов, В. П. Кащенко и др.

В настоящее время можно выделить несколько направлений использования искусства в коррекционной работе: психофизиологическое (связанное с коррекцией психосоматических нарушений); психотерапевтическое (связанное с воздействие на эмоциональную сферы); психологическое (выполняющее катарсистическую, регулятивную, коммуникативную функции); социально-педагогическое (связанное с развитием эстетических потребностей, расширением общего и художественно-эстетического кругозора, с активизацией потенциальных возможностей ребенка в практической художественной деятельности и творчестве) [3].

Реализация этих направлений в работе с детьми с проблемами осуществляется через определенные психокоррекционные, коррекционно-развивающие методики, которые используются в рамках артпедагогики и арттерапии.

Артпедагогика (художественная педагогика) – область научного знания, наука об обучении, воспитании и развитии, а в специальном образовании – и коррекции. По отношению к специальному образованию – это синтез двух областей научного знания (искусства и педагогики), обеспечивающих разработку теории и практики педагогического коррекционно-направленного процесса художественного развития детей с недостатками развития и вопросы формирования основ художественной культуры через искусство и ху-

дожественно-творческую деятельность (музыкальную, изобразительную, художественно-речевую, театрализованно-игровую) [2].

Основными функциями артпедагогики являются: культурологическая (связь личности с культурой как системой ценностей, развитие человека на основе освоения им художественной культуры, становление ее творцом); образовательная (освоение действительности посредством искусства, приобретение знаний в области искусства и практических навыков в художественно-творческой деятельности); воспитательная (формирующая нравственно-эстетические, коммуникативно-рефлексивные основы личности и способствующая социокультурной адаптации с помощью искусства); коррекционная (содействующая профилактике, коррекции и компенсации недостатков в развитии).

Сущность артпедагогики состоит в воспитании и обучении, развитии лиц с ограниченными возможностями средствами искусства, формировании у них основ художественной культуры и овладении практическими умениями в разных видах художественной деятельности [2].

В последние годы арттерапия все больше включается в коррекционно-развивающий процесс в специальных образовательных учреждениях для детей с разными вариантами нарушений развития и дает положительные результаты [3].

Арттерапия применительно к специальному образованию – это синтез нескольких областей научного знания (искусства, медицины и психологии). А в лечебной и психокоррекционной практике – совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства в своеобразной символической форме и позволяющих с помощью стимулирования художественно-творческих (креативных) проявлений ребенка с проблемами осуществить коррекцию нарушений психосоматических, психоэмоциональных процессов и отклонений в личностном развитии [4].

Основными функциями арттерапии являются: катарсистическая (очищающая, освобождающая от негативных состояний); регулятивная (снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния); коммуникативно-рефлексивная (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки).

В настоящее время арттерапия в широком понимании включает в себя: изотерапию (лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и т. д.); библиотерапию (лечебное воздействие чтением); имаготерапию (лечебное воздействие через образ, театрализацию); музыкотерапию (лечебное воздействие через восприятие музыки); вокалотерапию (лечение пением); кинезитерапию (танцете-рапию, хореотерапию, коррекционную ритмику – лечебное воздействие движениями). Также можно назвать такие разновидно-

сти как видеотерапия, драмотерапия, игротерапия, оригами, работа с глиной, песочная терапия, сказкоторапия, цветотерапия, фототерапия и др [3].

Современные исследования в специальной психологии и педагогике объективно подтверждают положительное влияние искусства на детей с различными отклонениями в развитии.

В процессе занятий музыкой, пением у учащихся с умственной отсталостью активизируется мышление, формируется целенаправленная деятельность, устойчивость внимания (С. М. Миловская, И. В. Евтушенко), у детей с нарушением слуха на развитие речевой функции, слухового восприятия, моторики раскрывается в работах [2].

Занятия театрализованной деятельностью детей с задержкой психического развития дают положительную динамику в качественном развитии воображения, произвольного внимания, обеспечивают становление знаково-символической функции мышления. Также обеспечивают коррекцию психоэмоционального состояния (Е. А. Медведева).

Занятия рисованием способствуют сенсорному развитию детей, формируют мотивационно-потребностную сторону их продуктивной деятельности, способствуют дифференциации восприятия, мелких движений руки, а также обеспечивают развитие произвольного внимания, воображения, речи, коммуникации [2].

Участие ребенка с ограниченными возможностями в художественной деятельности со сверстниками и взрослыми расширяет его социальный опыт, учит адекватному взаимодействию и общению в совместной деятельности, обеспечивает коррекцию нарушений коммуникативной сферы. Ребенок в коллективе проявляет индивидуальные особенности, что способствует формированию внутреннего мира ребенка, утверждению в нем чувства социальной значимости. У ребенка появляется возможность новых позитивных переживаний в процессе занятия. новых позитивных переживаний ребенка, рождает новые креативные потребности и способы их удовлетворения в том или ином виде искусства [2].

Психокоррекционный эффект воздействия искусства на ребенка выражается также в том, что общение с искусством помогает ему «очиститься» от наслоившихся негативных переживаний, отрицательных проявлений и вступить на новый путь отношений с окружающим миром.

О катарсистическом (очищающем) воздействии искусства известно очень давно. Катарсис связан с художественным восприятием, которое представляет собой сложнейшую работу чувств, мыслей, воображения воспринимающего произведение искусства. Далеко не все дети с нарушения в развитии подготовлены к осуществлению этой работы. Процесс же восприятия детей с разными отклонениями в развитии имеет свои особенности, обусловленные природой и характером нарушения [2].

Так, у детей с нарушением зрения катарсистического эффекта легче добиться через восприятие музыкальных инструментальных и вокальных произведений, а у ребенка с нарушением слуха через общение с изобразительным, танцевальным искусством.

Основными сложностями в применении этих направлений на практике является отсутствие достаточного количества подготовленных специалистов в области арттерапии и и артпедагогики с детьми имеющим ограниченные возможности, дороговизна некоторых методов обучения (специальное оборудование, материальное оснащение и т.п.).

Если рассматривать артпедагогику, как направление педагогической деятельности в рамках дополнительного образования детей, то здесь возникают те же сложности – недостаточное финансирование и отсутствие специалистов.

Эффективность этих методов зависит от возраста и непосредственно своевременного психолого-педагогического вмешательства в процесс развития ребенка с ограниченными возможностями.

Важную роль в преодолении недостатков развития могут сыграть артметоды. Например, при применении музыкальных средств воздействия на детей, особенно на групповых занятиях, решаются многие задачи психологической коррекции. У замкнутых, аутичных детей формируются навыки общения, возникают неформальные связи со сверстниками. Боязливые дети делаются более уверенными, у них повышается самооценка, смягчается проявление страхов. Агрессивные, эгоцентричные дети приучаются сдерживать свои импульсивные побуждения и считаться с интересами окружающих.

На начальных этапах работы с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи, паралингвистические средства (жесты, мимика, пантомимика) иногда являются единственно возможным способом установления контакта с ребенком. Такие дети произносят первые слова только на высоте эмоционального напряжения, создаваемой в игре, через отраженное проговаривание со взрослым, в ходе куклотерапии, игротерапии.

Выбор методов и приемов воспитания и обучения в артпедагогике определяется: возрастными и индивидуальными особенностями и возможностями детей; их интересами и склонностями; уровнем подготовки; особенностями и степенью отклонений в их развитии; целями и задачами художественного развития детей; спецификой воздействия каждого из видов искусства; формами организации художественной деятельности; объемом и качеством художественной информации; мастерством педагога, уровнем владения специальными педагогическими технологиями и технологиями художественного развития.

Таким образом, арттерапия и артпедагогика, являясь инновационными креативными и вместе с тем достаточно эффективными методами работы, находят все более широкое применение в социальной сфере, имея значительный потенциал воздействия. Поскольку они дают видимые позитивные

результаты в плане реабилитации, адаптации, профилактики, мобилизации и коррекции детей, все многообразие методов, форм и технологий арттерапии и артпедагогики постепенно интегрируется в социальную работу в отечественных центрах социальной помощи, школах, больницах, домах престарелых, консультативных и реабилитационных центрах.

Литература

1. Копытин А.И., Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2006.

2. Левченко И. Ю. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учебник для вузов / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001.

3. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. – М.: СФЕРА, 2002.

4. Шевченко, Ю. С. Принципы арттерапии и артпедагогики в работе с детьми и подростками / Ю. С. Шевченко, А. В. Крепица. – Балашов : Изд-во Балашов. пед. ин-та, 1998.

Содержание

РАЗДЕЛ I. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ СО СТОРОНЫ ОБЩЕСТВА И ГОСУДАРСТВА

Горбунова С.В. Использование блисс-методики как средства общения с детьми-инвалидами 3
Иванова К.А. Сравнительная характеристика вклада А. Фрейд и М. Кляйн в развитие детского психоанализа 8
Карпунина А.В. Исторические предпосылки возникновения универсального дизайна и борьбы за права людей с инвалидностью за рубежом 11
Ливадная Е.С. Музыкально – ритмическое воспитание школьников с нарушением интеллекта 16
Пяткова А.С. История создания сурдопедагогом А.Г. Беллом специальных технических средств для неслышащих 21
Симонкина Ю.С. Исторический опыт работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья 25

РАЗДЕЛ II. СОЦОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Алексеева М.Н., Тугбаева Е.В. Психолого-педагогические аспекты формирования нравственного сознания и поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья 30
Булачёва Р.З. Организация логопедической помощи в современной России 36
Горбунова С.В. Патриотическое воспитание детей с общим недоразвитием речи на логопедических занятиях 39
Курочева К.М. Арт-терапия как метод социо-культурной адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья 42
Кирина А.А. Социально-психологические аспекты сопровождения семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья 45
Коленкина В.И. Социально-психологическая помощь семье ребенка с ограниченными возможностями 47
Мигачёва Ю.Н. Патриотическое воспитание в семьях, имеющих детей с нарушением речи 51
Мишина А.Е. Синдром эмоционального выгорания у психологов и педагогов, работающих с детьми с ограниченными возможностями ... 53

Оленникова М.В. Значение трудового воспитания в коррекционно-воспитательной работе с умственно отсталыми детьми 57
Тюрденева И.Ю. Методы психогигиены и психопрофилактики синдрома «эмоционального выгорания» у педагогов коррекционных образовательных учреждения 60

РАЗДЕЛ III. ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В ЛИТЕРАТУРЕ И ИСКУССТВЕ

Батенёва М.С., Долганова А.Е., Нечаева В.В. Формирование в современном обществе толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями средствами художественной литературы 64
Гринь А.В. Тема стремления к счастью и свету в повести В.Г. Короленко «слепой музыкант» 69
Денисова А.В., Емельяненко А.А. Преодоление негативного отношения общества к людям с ограниченными возможностями средствами художественных произведений 71
Полякова С.А. Вклад людей с ограниченными возможностями в литературу и искусство 74
Растопчина А.Н. Выдающиеся достижения людей с ограниченными возможностями здоровья 77

РАЗДЕЛ IV. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Воробей О.А. Психологические особенности семейного воспитания ребенка с особыми потребностями 79
Книга Л.Н. Содержательные аспекты оказания психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии 82
Книга Л.Н. Психолого-педагогический потенциал семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в его социальной реабилитации 85
Кузьмина А.Б. Сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: психологический аспект 92
Мануйлова Ю.В. Формы и методы психологической помощи семье, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья .. 96
Муравьева О.Д. Роль специализированных учреждений в оказании помощи и поддержки семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья 99

Омелянчук О.В. Семейное консультирование родителей, воспитывающих ребенка с нарушенным слухом 102
Предыбайло А.А. Психолого-педагогическое образование родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья 106
Тулинова М.С. Особенности личностного состояния матери, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья 109

РАЗДЕЛ V. АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Александрович А.А., Трухин П.Т. Адаптивная физическая культура – удивительный социальный феномен 114
Гордеев Р.М. «Безбарьерный туризм» для людей с ограниченными возможностями здоровья 116
Кононенко Е.А. Физическая культура как средство реабилитации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата 119
Молчанова Ю.В. Разработка туристско-экскурсионных маршрутов в окрестностях города-курорта Кисловодска для людей с ограниченными возможностями здоровья 123
Тютюнникова А.А. Приоритетные направления деятельности по развитию адаптивной физической культуры 127

РАЗДЕЛ VI. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Аскерова С.М. Представление умственно отсталого ребёнка о себе как субъекте познания окружающего мира 129
Бекетова О.А. Леворукость и левшество как особенность и актуальная проблема психологического развития детей и их взаимодействия с окружающим миром 132
Бондаренко В.В. Проблемы развития детей с ранним детским аутизмом в России 136
Гопкало Г.М. Агрессия как нарушение поведения детей дошкольного возраста 140
Дрововозова Я.А. Особенности психического развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей 144
Кононенко Е.А. Речевые нарушения у детей с детским церебральным параличом 147
Литвинова В.А. Специфика межличностных отношений у детей дошкольного возраста с ДЦП 151

Мустафаева А.Г. Особенности сенсорных эталонов у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом 154
Окорокова О.С. Нейропсихологический анализ нарушений письма у младших школьников 158
Олабенко М. Н. Особенности зрительного восприятия у детей с задержкой психического развития 161
Песнякова А.В. Особенности развития мелкой моторики у детей с детским церебральным параличом 164
Проноза А.Г. Особенности проявления дислексии у детей с задержкой психического развития 167
Реброва М.А. Особенности речевого развития детей с нарушением зрения .. 171
Сальникова О.Д. Особенности мимической и артикуляционной моторики у детей дошкольного возраста с дизартрией 175
Федоровская С.Г. Особенности осязательного восприятия у детей с нарушениями зрения 181
Федюкова М.А. Онтогенез слухового восприятия детей дошкольного возраста в норме и с нарушением слуха 185

РАЗДЕЛ VII. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Агаханова И.Д. Особенности психологической диагностики детей с нарушениями зрения 191
Анненкова А.В. Психологические средства коррекции эмоционального развития детей с двигательной недостаточностью 195
Бекетова О.А. Особенности психологического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной школе на основе их личностного потенциала 197
Кумейко О.А. Дельфинотерапия как одно из направлений нетрадиционных методов коррекции различных нарушений у детей 200
Манакина Е.А. Деятельность практического психолога учреждений интернатного типа по минимизации эмоциональной депривации у детей 202
Морушко Ю.С. Психологическая поддержка дезадаптированных детей младшего школьного возраста 207
Олешова В.В. Методическое обеспечение настройки речевого процессора после кохлеарной имплантации у детей 212
Омелянчук О.В. Использование мозартики в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья 215
Позднякова Р.Н. Особенности комплексной диагностики сенсорного развития детей младшего школьного возраста с нарушениями слуха 219

Ущеко Н.П. Использование нетрадиционных техник в работе логопеда поликлиники с детьми, имеющими нарушения в развитии 221
Федорова О.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями слуха после кохлеарной имплантации 225
Шумейко М.В. Особенности психологической помощи детям с церебральным параличом 229

РАЗДЕЛ VIII. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Друпова М.В. Канистерапия как средство реабилитации детей с ограниченными возможностями 233
Коленкина В.И. Особенности обучения детей с ограниченными возможностями здоровья 236
Крылов А.С. Использование информационных технологий в системе специального образования 240
Милёхина И.С. Использование речевых игр и упражнений в обучении старших дошкольников с нарушением интеллекта 245
Растопчина А.Н. Развитие воображения у детей с дефектами речи 249
Сидоренко Т. А. Коррекционное значение ритмики в воспитании дошкольников с проблемами в развитии 251
Силюкова А.В. Обучение пересказу детей дошкольного возраста с задержкой психического развития 255
Тараканова Е.Н. Овладение предпосылками навыка письма дошкольниками в норме и при речевой патологии 259
Фенихель К.П. Роль артпедагогики и арттерапии в развитии детей с ограниченными возможностями 265

Публикуется в авторской редакции,
Компьютерная верстка П.Г. Немашкалов

Подписано в печать 05.04.12

Формат 60x84 $^{1}/_{16}$ Усл.печ.л. 15,93 Уч.-изд.л. 14,02
Бумага офсетная Тираж 100 экз. Заказ 2

Отпечатано в ООО «Бюро новостей».