

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

**Всероссийской научно-практической конференции
для студентов и молодых ученых, посвященной
Всемирному дню инвалидов
(14 декабря 2012 года)**

Ставрополь
2012

УДК 371.9
ББК 74.3
М 63

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

**Мир без границ: Материалы Всероссийской научно-
М 63 практической конференции для студентов и молодых
ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов (14 де-
кабря 2012 года, Ставрополь, СГПИ)/ Под ред. С.В. Бобрыше-
ва, Каменевой Г.Н., Е.С. Слюсаревой, В.В. Ершовой. – Ставро-
поль: Изд-во СГПИ, 2012. – 424 с.**

ISBN 978-5-91090-125-8

В сборник включены материалы Всероссийской научно-практической конференции для студентов и молодых ученых, посвященной Всемирному дню инвалидов, «Мир без границ».

Представлены результаты научных и практических достижений в области оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья; комплексного сопровождения в условиях инклюзивного образования; технологии здоровьесбережения и физического воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья; факторы риска и механизмы профилактики жестокого обращения с детьми; превенция и интервенция девиантного поведения в образовательных учреждениях.

УДК 371.9
ББК 74.3

ISBN 978-5-91090-125-8

© Ставропольский государственный
педагогический институт, 2012

РАЗДЕЛ I. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В ОБЛАСТИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Асланукова Л.О., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ

Психологическим консультированием называется особая область практической психологии, связанная с оказанием со стороны специалиста-психолога непосредственной психологической помощи людям, которые нуждаются в ней, в виде советов и рекомендаций. Они даются психологом клиенту на основе личной беседы и предварительного изучения той проблемы, с которой в жизни столкнулся клиент.

Один сеанс психологического консультирования проходит в форме личной беседы психолога с клиентом, длящейся в среднем от нескольких десятков минут до полутора, двух и более часов. В ходе этой беседы клиент рассказывает психологу о себе, о своей проблеме. Психолог, в свою очередь, внимательно выслушивает клиента, стараясь проникнуть в суть его проблемы, разобраться в ней, прояснить ее как для себя, так и для самого клиента. Во время консультации, как указывает Н.И. Олифирович, оценивается личность клиента, и с учетом его индивидуальных особенностей клиенту даются научно обоснованные, аргументированные рекомендации по поводу того, как лучше всего практически решить его проблему [3].

Как известно, в подростковом возрасте в организме взрослеющего ребенка происходят серьезные изменения. Идет бурный физический рост и половое созревание, начинаются гормональные изменения. Подросток, по мнению Л.Ф. Обуховой, стремится к общению вне семьи, с референтной группой сверстников, хочет найти и понять себя. Подросток большое внимание уделяет себе: своим переживаниям, мыслям, стремится поделиться ими с кем-то, поэтому он старается найти близкого друга или начинает вести дневник [2].

Часто, не привыкшие к требованиям самостоятельности ребенка родители не могут найти новые способы общения с подростком. Они не меняют привычных способов поведения, слишком ограничивая самостоятельность ребенка, требуя безоговорочного послушания. Такие тенденции, по мнению А.А. Реана, могут отрицательно сказываться на личности подростка, усиливать его негативные реакции и переживания [4].

Ведущий тип деятельности в этом возрасте – общение со своими сверстниками.

К началу переходного возраста в общем психическом развитии появляются новые, более широкие интересы, личные увлечения и стремление занять более самостоятельную, более «взрослую» позицию в жизни.

Эти изменения, с точки зрения О.А. Захаровой, могут стать фактором осложнений детско-родительских отношений в том случае, если у родителей имеются собственные неразрешенные конфликты во взаимодействии с представителями своего, либо противоположного пола [1].

Консультирование по проблемам данного возраста отличается тем, что сам подросток впервые становится клиентом – субъектом обращения в психологическую консультацию, причем он может даже не сообщать об этом родителям.

Особенностями психологического консультирования семьи с подростками, по мнению О.В. Хухлаевой, являются:

1. Нередкое отсутствие мотивации у подростка, пришедшего на консультацию с родителями, когда он не знает, зачем его привели.

2. Чаше всего причиной существующих проблем родители видят только самого подростка, который выступает в роли идентифицированного пациента. Между тем семья является целостной системой, и нарушения поведения подростка маркируют дисфункциональность всей семьи [5].

Для многих психологов начало консультативной беседы с подростком или старшим школьником – это одна из сложных ситуаций. В том случае, если ученика к психологу привели родители или учитель, в первые минуты беседы молодой человек, как указывает Г.В. Бурменская, либо испытывает чувства неудобства и сопротивления («Зачем меня привели к психологу? Что я – ненормальный?»), либо демонстрирует безразличное отношение («О чем мне разговаривать с психологом? У меня и так все в порядке»). Бывает, что школьник или школьница, наоборот, ждут от психолога готового совета и настроены только на пассивное участие в ходе консультации («Я сейчас все расскажу, а психолог посоветует, что мне делать») [1].

Каждый раз, начиная психологическую консультацию с подростком, или старшеклассником, как подчёркивает О.А. Карабанова, психолог решает задачу «запуска» беседы, организации доверительного, эмоционально-открытого разговора, нейтрализации внутреннего сопротивления своего юного клиента, активизации его интереса к анализу своих проблем, а также формирования его стремления к самостоятельному решению собственной проблемной ситуации [1].

В качестве организации начала беседы предлагаются несколько методических приемов, которые помогут школьному психологу активно начать консультацию и направить ее по нужному руслу.

Методический прием: «Давай думать вместе!»

Если перед психологом – подросток или старший школьник с пассивной установкой, чтобы нейтрализовать его устремление на получение готового совета и активизировать его поведение, психолог начинает консультацию следующими словами: «Давай попробуем вместе решить твою проблему!»

Готового решения я предложить не могу, мы будем обсуждать вопросы, связанные с твоей проблемой, и вместе искать решение». «Было бы здорово, если бы у нас получился разговор равных людей. Анализируя твои проблемы, я могу также испытывать сложности, как и ты. Правда, у меня есть профессиональные знания и жизненный опыт. Я постараюсь помочь тебе. Но решение необходимо принимать тебе самому».

Методический прием «Психологический контакт»

При этом приеме беседа должна располагать подростка к общению и способствовать тому, чтобы он действительно почувствовал себя психологически равноправным со взрослым. Если же психолог, по мнению Е.И. Захаровой, начинает беседу словами: «Ну, что у тебя опять случилось?» произнесенными «учительским голосом», со строго-формальным выражением лица, у клиента «сработает» установка взаимоотношений типа «учитель-ученик» и психологической беседы не получится. Для налаживания начального эмоционально-положительного психологического контакта желательно задать подростку или старшему школьнику несколько нейтральных вопросов (о новом музыкальном ансамбле, кинофильме и др.). С первых же минут встречи необходимо показать, что консультант видит в своем юном партнере по общению не только клиента, но прежде всего интересного собеседника [1].

Методический прием «Человечек»

Психологическая консультация, если школьники пришли «не по своей воле», а их привели взрослые, обычно в какой-то степени травмирует ребят. Дело в том, что во время школьного обучения ученик находится среди одноклассников, «в массе коллектива» и это положение для него привычно. На консультации, чувствуя себя в центре внимания взрослого, он начинает волноваться, ждет подкрепления своей самооценки, теряется в ответах.

В этом случае эффективен прием «Человечек». На листке бумаги консультант рисует стилизованную фигурку человечка и говорит: «Смотри! Это твой ровесник. Зовут его, например, Игорь. Сейчас мы будем обсуждать вопросы, связанные с его проблемой. Правда, я довольно мало знаю о его конкретной ситуации. Тебе тоже придется немного рассказать о нем» [1].

В диалоге составляется общий рассказ о нарисованном человечке, юноше Игоре. Как правило, основная информация взята из конкретной ситуации реального клиента, сидящего перед психологом. Напряженность нашего клиента заметно снижается: рассказывать приходится не о себе самом, а о ровеснике. И хотя он понимает символизм данного действия, тем не менее, беседа становится более динамичной и открытой. Снижению внутренней напряженности способствует и тот момент, что школьник понимает: аналогичные трудности довольно часто встречаются в жизни его ровесников. А если это так, необходимо не стыдиться и зажиматься, а обсуждать, чтобы решать их [1].

Методический прием «Проблемная ситуация». В качестве одного из эффективных средств активизации внимания и позиции подростка или старшего школьника на консультации может быть использовано постоянное под-

черкивание со стороны психолога того факта, что не только ученик, но и он сам в данный момент находятся в проблемной ситуации. Такое положение дел вполне естественно, поскольку на консультации решаются действительно сложные вопросы.

При этом психологическая беседа проводится в форме двухфазного разговора. На первой обсуждаются проблемы клиента и анализируются возникшие трудности. Консультант и школьник находятся в предметной, содержательной «плоскости» беседы.

При возникновении в разговоре «тупиков», недомолвок, нарушений во взаимопонимании полезно перейти ко второй фазе консультации. Здесь психолог активизирует внимание школьника не на проблеме как таковой, а на протекании самой консультативной беседы. Он может задавать такие вопросы: «Какие проблемы нам с тобой удалось обсудить и что осталось за пределами нашей беседы?», «Почему ты тогда согласился со мной, а сейчас нет?», «Тебе нравится, как протекает наша беседа?», «Тебе интересно?», «В чем ты видишь пользу от нашего разговора?»

По существу, вторая фаза беседы – рефлексивная: обсуждаются вопросы, связанные с протеканием самой консультативной беседы, наличием или отсутствием понимания между психологом и его клиентом, выявляются точки зрения, препятствующие взаимопониманию. Другими словами, анализируется организационно-коммуникативный «слой» психологической консультации и обсуждаются события, которые произошли в кабинете психолога по принципу «здесь и теперь».

Такое построение консультативной беседы, как указывает О.А. Карабанова, способствует развитию у подростка или старшего школьника коммуникативных навыков, умений посмотреть на себя «со стороны», а также стремлений к взаимопониманию с партнером по общению [1].

Методический прием «Вербальное пространство». Перед психологом – подросток или старший школьник, которые привыкли, что взрослый в беседе с ними обычно много говорит, а им приходится чаще всего слушать и поддакивать («Взрослый всегда прав, даже тогда, когда он и не прав вовсе» – так сказал мне один подросток). Действительно, учитель или родитель, организуя воспитательную беседу с подростком или старшеклассником, говорят о том, как надо делать или что не надо делать из того, что совершил их юный воспитанник или сын (дочь). В результате все «вербальное пространство» занимает взрослый, разговор строится как монолог взрослого, в котором изначально нет места для выражения позиции юным человеком. Физически присутствуя в пространстве беседы, психологически юноша или девушка просто выключены из нее.

Психолог должен следить за собой и стараться не соскальзывать на «глобальный монолог». Необходимо добиваться того, чтобы «вербальное пространство», имеющееся между консультантом и его клиентом, по времени участия в нем психолога и школьника было поделено как бы на равные половины [1].

Таким образом, подросток стремится к самостоятельности, отделению от родителей, обретению своего места в мире, познанию себя. Ограничение его деятельности, отсутствие взаимодействия в семье в сторону предоставления подростку большей ответственности, самостоятельности в принятии решений отрицательно влияет на поведение и чувства подростка. Он может еще больше отдалиться от родителей, впасть в депрессию, уйти из дома и т.п.

Поэтому родителям и психологам особенно важно при общении с подростком перейти на партнерские отношения, уважать его личность и стремление быть взрослым.

Литература

1. Бурменская Г.В., Е.И. Захарова, О.А. Карабанова и др. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков. – М., 2002.
2. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. – М., 1996.
3. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. – СПб., 2006.
4. Психология подростка/ Под. ред. Реана А.А. – СПб, 2007.
5. Хухлаева О.В. Психология подростка. – М., 2005.

***Боченкова М. Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. пед.н. Шеховцова Т. С.***

ЛЕВОРУКОСТЬ: ПРОБЛЕМА ИЛИ ОСОБЕННОСТЬ?

Феномен леворукости интересует разные отрасли науки (психологию, нейропсихологию, физиологию) в течение уже почти ста лет.

Действительно, большая часть человечества – праворукие и только 5 – 12% – леворукие. По данным отечественных учёных (М. М. Безруких, С. П. Ефимова, Н.В. Дубровинская, Д.А. Фарбер.), количество леворуких людей среди здоровых взрослых не превышает 5,5%, и это неудивительно, так как в течение многих десятилетий леворуких детей в СССР переучивали, не очень заботясь о том, полезно ли это. Так, по данным нейрофизиолога А.А. Айрапетянц, в 1987 г. выявлено 13,3% леворуких мальчиков и 10% леворуких девочек среди школьников 7-9 лет, а в 14 лет их уже было 4,4% среди мальчиков и 4,1% – среди девочек. В последние годы число детей с левшеством в начальной школе составляет 15-23% [7].

Леворукость – это термин, отражающий предпочтение и активное использование левой руки, то есть внешнее проявление того, что по каким-то причинам правое полушарие мозга взяло на себя (временно или навсегда) главную, ведущую роль в обеспечении произвольных движений человека [3].

В обыденном сознании леворукость нередко воспринимается как дефект, отклонение от нормы. Нельзя отрицать и своеобразного «эгоизма» праворуких: большинство бытовых предметов, приспособлений, приборов и инструментов рассчитано на правшей. Левши в полной мере способны к осу-

пеществлению любых двигательных актов, в том числе и относящихся к тонкой моторике (письмо, рисование и т.п.). Левша нормально проходит все стадии физического и психического развития и становится абсолютно полноценной личностью [1].

Интеллектуальные затруднения и болезненные проявления, которые в ряде случаев, действительно, свойственны левшам, порождены их насильственной ассимиляцией в мире праворуких, в частности – принудительным переучиванием. Педагоги старого поколения и родители прошлых десятилетий, приучая всех без исключения детей пользоваться правой рукой, руководствовались вполне понятными практическими соображениями: быть леворуким неудобно. Привычка пользоваться левой рукой, с их точки зрения, снижала адаптивные возможности ребёнка. Естественно, что в таких условиях дети подвергаются большему нервному напряжению, чаще дают срывы в поведении, хуже учатся. Принуждение левшей к переучиванию, наказания за их «недостаток», переучивание леворукого ребёнка «на правую руку» сильно вредят и часто приводят к психическим травмам, затормаживанию развития и неврозам, которые проявляются, в частности, в речевых нарушениях, в том числе – заикании [5].

Объясняется это тем, что рука и её развитие связано с одним из полушарий мозга. Одно полушарие отвечает за работу правой руки, другое полушарие – за работу левой руки. «Ответственность» полушарий распределяется по зеркальному принципу. Правое отвечает за левую сторону, и наоборот. Возможности правой руки определяются левым полушарием. У подавляющего числа людей левое полушарие является доминирующим. Именно в нем находятся главные центры речи – зона Брока (двигательный центр) и зона Вернике (центр восприятия речи). Развитие правой руки взаимосвязано с развитием речевых центров. Особенно чувствительна эта связь в раннем возрасте, в период становления речи.

В качестве весьма поучительного и одного из наиболее ярких разочарований при изучении проблемы леворукости являются результаты исследований Т.Г. Бетелевой, Н.В. Дубровинской, Д. А. Фарбер, в результате которых оказалось, что, против всяких ожиданий, моторный центр речи Брока у левшей в 70% случаев расположен так же, как и у правшей, в левом полушарии.

Ситуация с передачей функций доминирования правому полушарию рождает массу вопросов. Перенос центров речи в правое полушарие вовсе не означает, что полушария автоматически меняются своими функциями. Правое полушарие отвечает за целостное восприятие, за образное и пространственное мышление. Эти функции за ним сохраняются. Но оно ещё и нагружается «ответственностью» за речь. Может, это действительно ценное сочетание, благоприятствующее развитию способностей у детей? Однако это только предположение, не имеющее под собой научного обоснования, и пока нет серьезных оснований считать, что любой леворукий ребенок – потенциальный гений [4].

Следует помнить, что преимущественное владение той или другой рукой определяется не желанием или капризом ребёнка, а особой организацией работы его центральной нервной системы. Большими усилиями родители и педагоги могут, конечно, заставить ребёнка-левшу действовать правой рукой. Но при этом они рискуют создать ряд медицинских и психологических проблем. Прежде чем попытаться сделать из ребёнка-левши правшу, необходимо проконсультироваться с психологом медицинского и педагогического профиля, взвесить все “за” и “против” самым тщательным образом. Примечательно, что левшой является каждый пятый всемирно прославившийся человек (Александр Македонский, Леонардо да Винчи, Микеланджело и многие другие).

Но наряду с выдающимися особенностями некоторых левшей исследователи (А. А. Капустин, А. В. Семенович) отмечают и затруднения. Так, отмечены затруднения детей с леворукостью в ориентировке в пространстве. Такие же затруднения (хотя и в более сглаженном виде) встречаются и у взрослых левшей.

Ориентировка в пространстве, и в первую очередь – ориентировка в пространственных отношениях, является комплексным процессом. Наряду со зрительным восприятием в нём участвуют также кинестетические сигналы, которые идут от ведущей (правой или левой) руки и придают пространству, в котором живёт человек, известную асимметричность.

Известно, что ориентировка в пространстве с чётким разделением правой и левой сторон складывается в онтогенезе сравнительно поздно и обнаруживает большую зависимость от выделения ведущей руки, вызывает известные затруднения в случаях амбидекстрии (умение владеть правой и левой рукой), стёртого (переученного) левшества, а также в случаях явного левшества. Это не означает, что у левшей нет стойких представлений о том, где, например, правая и левая рука, но при этом они могут прочитать и написать (скопировать) букву, цифру или слово равновероятно в любом направлении. Когда необходимо рассматривание (сканирование) большого поля, на пространственную недостаточность накладывается хаотичность и фрагментарность, то есть выхватывание отдельных элементов целостного изображения. Ребёнок не в состоянии адекватно распределить пространство лежащего перед ним листа бумаги, вследствие чего рисунки его наползает друг на друга, хотя рядом достаточно свободного места [2].

Для ребенка левши свойственны попытки самокоррекции. Постоянно разворачивая так и эдак образец для копирования и собственный экспериментальный лист, что очень специфично для левшей, ребёнок, не умея еще охватить сложную многокомпонентную фигуру целиком, в результате многочисленных манипуляций деформирует её так, что сам, в конце концов, не понимает, что же у него получилось и как ему это удалось. То есть в мозгу левшей наличествует не единый образ, а как бы два «информационных файла», две картины мира, содержащиеся соответственно в левом

и правом полушариях. Как им удается «договориться» между собой?! Как показывает практика, с трудом, что мы и наблюдаем у левшей, анализируя их трудности в учёбе и быту.

Надо сказать, что у правшей становление тех или иных звеньев, параметров психической деятельности имеет определенную упорядоченность. У левшей этот процесс может быть трансформирован до неузнаваемости. Причем именно те звенья, которые у правшей обычно развиваются быстрее, у левшей могут быть не сформированы длительное время. И наоборот, есть определённые параметры психической деятельности, которые у правшей формируются поздно, а зачастую, в силу разных причин (в первую очередь системы школьного обучения), остаются невостребованными, недоразвитыми, что мало сказывается на успешности их обучения и адаптации. У левшей же последние не только развиваются с опережением, но и могут стать базисом для формирования более сложных функций, и если ориентироваться на правила онтогенеза правшей, возникает впечатление, что у левши определенная функция происходит «ниоткуда», поскольку традиционный для нее базис практически отсутствует.

Таким образом, леворукость нельзя считать причиной нарушений или отклонений в развитии, причиной сниженных интеллектуальных и физических возможностей. Преимущественное владение рукой зависит не от желания ребёнка или его упрямства, а от особой организации деятельности мозга, определяющей не только “ведущую” руку, но и некоторые особенности организации высших психических функций. Механически переучивая левшу, причем ценой больших усилий, можно научить работать правой рукой, но нельзя изменить его биологическую суть. Особенности леворукости на уровне физиологии в детстве могут задержать или нарушить развитие речи и письма.

В современном мире левшество – это не проблема, а особенность личности. К развитию ребёнка-левши нужно подходить с большим вниманием, чтобы не ограничивать его искусственными рамками переучивания, а, зная имеющиеся отличия, помочь адаптироваться к окружающему миру «праворуких» людей.

Литература

1. Боданов Ю. Ф., Узун В. И.. Энциклопедия дома и семьи. – М., 2002.
2. Макарьев И.С. Если ваш ребенок – левша. 2-е изд., стер. – СПб., 2003.
3. Семенович А.. Эти невероятные левши. Практическое пособие для психологов и родителей. – М., 2005.
4. Эльконин Д.Б. Если ваш ребенок левша. – М., 2005.
5. <http://psylist.net>
6. <http://www.detki.lv>
7. <http://www.logopedplus.org>

*Иванова К.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н., доцент Шаповаленко З.И.*

РОЛЬ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО В ДИНАМИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНЩИН

Психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний [1].

Одним из первых термин «психосоматический» в 1818 году использовал врач Иоганн-Христиан Гейнрот. А в 1822 году Якоби дополнил эту область понятием «соматопсихический». В наше время этот подход получил широкое распространение в 20-50-х годах XX века.

В области психосоматической медицины работали Ф. Александер, С. Джелифф, Ф. Данбар, Э. Вейсс, О. Инглиш и др. В 1939 году в США началось издание журнала «Психосоматическая медицина». В 1950 году было создано Американское психосоматическое общество. В связи с этим можно сказать, что данная ветвь психологии существует не так давно. В последнее время, многие исследователи, психологи, особенно психоаналитики, обращаются к этому направлению в психологии. Из этого следует вывод, что психосоматические заболевания получают широкое распространение.

В настоящее время в России наблюдается тенденция сближения медицинской и психологической психотерапии. Это проявляется в том, что и врачи, и психологи проявляют интерес к разнообразным (как новым, так и давно применяемым зарубежными специалистами) школам и техникам психотерапии, а также в размывании границ «врачебной территории», которая до недавнего времени строго охранялась от проникновения психологов [5].

Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического заболевания лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор поражаемого органа или системы.

Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических (включая наследственные) свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы – психической или соматической. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание. И только понимание этих связей, как указывает Малкина-Пых, может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии [3].

Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину заболевания, его длительность, течение и, возможно, резистентность к терапии.

В данной работе мы рассмотрим психосоматические заболевания современных женщин. Динора Пайнз в своей книге «Бессознательное использование своего тела женщиной» пишет, что психосоматическим заболеваниям одинаково подвержены как мужчины, так и женщины, но среди важнейших жизненных событий есть такие, которые происходят только с женщинами, которые расширяют круг подобных заболеваний: беременность, наличие (или отсутствие) менструального цикла, менопауза и др.[2].

Динора Пайнз в той же работе отмечает, что тело современной взрослой женщины предоставляет ей своеобразные средства избегать осознания психических конфликтов и работы над ними. Например, наблюдая пациенток, она постепенно открыла для себя варианты поведения, связанные с использованием беременности и даже злоупотребление ею. На сознательном уровне женщина может забеременеть, чтобы иметь ребенка, но ее бессознательно амбивалентное отношение к своей беременности может проявиться в виде недонашивания или выкидыша. Беременность может использоваться и для разрешения бессознательных конфликтов, касающихся сексуальной идентичности или других психических проблем, как, например, бессознательный гнев против матери.

Девочки в подростковом возрасте проходят через неизбежные изменения своего тела и переживают эмоциональное воздействие могущественных сексуальных потребностей. Они могут, как показал психоаналитический опыт, либо принять эти перемены, либо отвергнуть приход взрослой женственности, заболевая аменореей или анорексией, избегая тем самым развития вторичных половых признаков, таких, например, как груди. Молодые женщины выходят замуж, беременеют, рожают детей и нянчат их, и во всем этом всегда присутствует не только радость материнства, но и многочисленные эмоциональные проблемы, о чём уже было сказано выше [2].

Даже если женщина не использует свое тело для того, чтобы уйти от конфликта, изменения, происходящие с телом на протяжении жизни, глубоко потрясают ее, и разные женщины по-разному справляются с ними в зависимости от своей способности решать жизненные проблемы вообще и в зависимости от того, как складывалась их жизнь. Окончание детородного периода часто сопровождается мучительной смертью мечты женщины о будущих детях, детях, которых она уже никогда не сможет зачать и родить. Боль бесплодия особенно огромна и непереносима. Старееющее тело женщины и утрата репродуктивной функции может стать жестоким ударом по ее самооценке, как если бы умерла часть ее, именно та, что нравится мужчинам. Вместе с тем, менопауза может побудить и к поиску нового жизненного пути, новых решений, когда закончится траур по прошедшей части жизненного цикла. Однако в процессе терапии своеобразная «бессознательная

тайна» раскрывается, что позволяет женщине понимать свои импульсы и поведение и думать об этом, а не отыгрывать его, что непременно обернётся тем или иным гинекологическим психосоматическим заболеванием [4].

В этом контексте можно назвать ряд заболеваний, которые в последнее время, как отмечают медицинские работники, «молодеют» и в большем, чем раньше, масштабе поражают женщин: рак молочный железы, ложная беременность, первичная, вторичная аменорея, дисменорея, менархе, функциональная или психосоматическая стерильность, недонашивание или выкидыши и др.[2].

Зачастую причины тех или иных психосоматических заболеваний кроются именно в некогда бывшей диаде мать – дитя. Кожные заболевания, такие как различные аллергические реакции, младенческая экзема, крапивница, отёк Квинке и другие имеют важное значение для женщины, так как кожа – это тот первый объект, через заботу или пренебрежение им мать выстраивает свои отношения с ребёнком и отношение к ребёнку, что в дальнейшем обеспечит ему первичную идентификацию. Динора Пайнз пишет, что наблюдается немедленный успокаивающий эффект от контакта кожа-к-коже между матерью и новорожденным сразу после того, как дитя резко переходит из теплого материнского тела в холодный и не охватывающий его мир [2].

При уходе за ребенком кожа матери может передавать весь спектр чувств – от нежности, тепла и любви до отвращения и ненависти, что в последствии отражается на эмоциональном фоне женщины и становится частью её бессознательного и архетипического опыта общения с женщиной, через которую девочка познаёт свою идентичность и учится оценивать насколько хорошо или плохо быть женщиной.

Ребенок может реагировать кожей на добрые материнские чувства ощущением, что ему хорошо, и на недобрые – различными кожными заболеваниями. Невербальные аффекты младенца могут найти себе выражение через его кожу. Кожа может зудеть, кожа может «плакать» (мокнуть), кожа может раздражаться и поведение кожного покрова будет определяться способностью матери принимать и утешать своего ребёнка.

Неослабевающий интерес к проблемам психосоматики закономерен, потому что всё чаще встречаются отклонения, характеризующиеся как заболевание, состояние дезадаптации, которые не могут быть объяснены только физиологическими причинами. В силу развития наук психологии и медицины стало очевидным, что любое заболевание возникает при взаимодействии физических и психосоциальных факторов. Это знание демонстрирует несостоятельность уже устаревшей модели врач – пациент и требует детальной разработки новой модели взаимодействия врач – пациент-психотерапевт.

Литература

1. Большой психологический словарь. – 4-е изд., расширенное / Сост. и общ.ред. Б. Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – М, 2009.

2. Д. Пайнз. Бессознательное использование своего тела женщиной. Психоаналитический подход. – М., Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1997.

3. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М., 2005.

4. Никитин В.Н. Психология телесного сознания. – М., 1998.

5. Радченко А. Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств/ /Методы современной психотерапии. Учебное пособие/ Сост. Кроль Л.М., Пуртова Е.А. – М., 2001.

*Кононенко Е.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. вет. н., доцент Тинькова Е.Л.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ (БОС) В КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Проблема коррекционно-педагогической помощи детям с неврологической патологией в настоящее время чрезвычайно актуальна [3].

По данным специальных исследований, доля здоровых новорожденных снизилась с 48,3 до 26,5-36,5%. Сегодня до 80% новорожденных физиологически незрелые, свыше 86% имеют перинатальную патологию ЦНС. Несвоевременная коррекция дефекта приводит к развитию стойких нарушений в будущем. Патология, перенесенная ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на состояние многих систем организма, в первую очередь нервных [3].

Достаточно часто встречаемая неврологическая патология у детей, затрагивающая речевую функцию – дизартрия. Это нарушение произносительной и мелодико-интонационной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Самые тяжелые формы дизартрии встречаются у детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Менее выраженные проявления дизартрии наблюдаются у детей с задержкой психического развития (ЗПР), умственно отсталых. Лёгкая степень дизартрии встречается очень часто у детей с общим недоразвитием речи (ОНР) – 50-80%; у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФН) – 30-40%; у некоторых детей с первоначальным диагнозом «сложная дислалия» в результате тщательного обследования выявляется стертая дизартрия – 10% [2].

Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение произносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем. Дизартрия как резидуально-органическое состояние – это тяжелое, тотальное нарушение формирования произносительных навыков, обусловленное ранним органическим поражением головного мозга. При этом наблюдается тотальное нарушение

всех функций, участвующих в акте фонации, артикуляции, интонационно-мелодической окраски речи, речевого дыхания. Вследствие этого речь оказывается нечленораздельной, малопонятной, маловыразительной [1].

В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях. Наиболее подробно она описана у детей с церебральным параличом [1]. В новой коррекционной программе 2010 г. практически нет раздела и направлений, касающихся современных подходов в работе с детьми-дизартриками. Консервативно и по старинке в ней указано об обязательном выполнении упражнений.

Система коррекции дизартрии должна включать:

- коррекцию звукопроизношения, формирование звукового анализа и синтеза и другие общие логопедические задачи;
- дифференцированный артикуляционный массаж и гимнастику;
- лечебную физкультуру и логоритмику;
- физиотерапию;
- медикаментозное лечение.

При разработке средств устранения речевых расстройств логопедия должна опираться на новейшие достижения медицины [3]. Одним из современных методов устранения речевых нарушений и формирования правильных компонентов речевой системы являются БОС – технологии («Игры для тигры», «Дельфа-130», «Видимая речь» и т.д.) [4].

Метод биологической обратной связи (БОС) – это передача человеку дополнительной, не предусмотренной природой информации о состоянии его органов и систем в доступной и наглядной форме. На основе этой информации человек способен включать механизмы саморегуляции и целенаправленно использовать огромные функциональные возможности организма с целью совершенствования своих функций в норме (тем самым сохраняя и укрепляя свое здоровье) и коррекции деятельности нарушенных функций при патологии.

Применение технологии БОС в России за последние несколько лет сопровождалось положительным эффектом: десятки тысяч людей получили возможность восстановить и укрепить свое здоровье. Накопленный специалистами в этой области практический опыт, поток положительных отзывов, как от пациентов, так и со стороны ведущих медиков и педагогов страны, возрастающие масштабы применения технологии БОС, а также интерес со стороны руководителей регионов, вывели технологию БОС на уровень национальной идеи сохранения и укрепления здоровья России [5].

Метод БОС помимо коррекции дизартрии используется в работе с детьми страдающими заиканием, логоневрозом, алалией, афазией, дисграфией, дислексией, ринолалией, расстройством фонации, функциональных нарушений голоса, нарушением темпа речи.

Использование метода преследует следующие цели: формирование навыка диафрагмально-релаксационного дыхания (ДРД); снижение уровня психоэмоци-

онального напряжения; коррекция речевого дыхания (увеличение длины выдоха, налаживание плавности, ритмичности); коррекция речевых нарушений, коррекция звукопроизношения; развитие высших психических функций: мыслительных процессов, восприятия, концентрации внимания, увеличения объема памяти; развитие связной речи (поэтапно, с постепенным усложнением); работа над просодическими компонентами речи (темпом, ритмом, интонацией).

Использование метода БОС в коррекционно-развивающей работе позволяет улучшить общее звучание речи у детей-логопатов; значительно устранить тревожные и невротические состояния; речевую неуверенность; улучшить показатели нарушенных речевых функций; сократить частоту нарушений темпоритмической организации речи, обусловленной судорожным состоянием мышц речевого аппарата; расширить активный и пассивный словарь [6].

Многообразие дефектов, их клинических и психолого-педагогических проявлений предполагает применение разных методик коррекции, а, следовательно, и использование разных компьютерных технологий. Их применение способствует повышению результативности коррекционно-образовательного процесса [4].

Из выше сказанного можно сделать вывод, что метод БОС сочетает в себе лечебно-оздоровительное и коррекционное воздействие на ребенка, используется при устранении, как тяжелых, так и легких речевых нарушений, имеет довольно большой спектр коррекционных программ.

Красочное и увлекательное оформление коррекционного процесса поможет ребенку в короткие сроки, с наименьшими физическими затратами преодолеть речевой дефект.

Литература

1. Борозинец Н.М. Логопедия: учебное пособие. Ч. 1. – Ставрополь: СГПИ, 2008.
2. Назарова Н.М. Специальная педагогика: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб.заведений. – М., 2001.
3. <http://www.logoped-sfera.ru/problema-dizartrii-vzglyad-logopeda-praktika.html>
4. <http://www.logopunkt.ru/viz.htm>
5. <http://www.biosvyaz.com/metodbos.php>
6. <http://ito.edu.ru/2010/Rostov/VII/VII-0-14.html>

Кулинцова А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.ветер.н., доцент Тинькова Е.Л.

К ВОПРОСУ НАРУШЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА КАК ФАКТОРА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ

В последние годы в России сохраняются негативные тенденции в динамике состояния здоровья детей. Они характеризуются увеличением рожда-

емости детей с отклонениями в развитии, ростом их заболеваемости и инвалидности. По данным статистики, число детей с проблемами в состоянии здоровья среди новорожденных составляют 74%, из них детей с нервно-психическими нарушениями – 67%.

Одной из важнейших проблем, рассматриваемых различными специалистами на современном этапе в специальной педагогике, является превентивное воздействие в области воспитания будущих родителей и внимательного отношения к своему здоровью как основе здоровья будущего ребёнка.

Для определения причин и механизмов возникновения пренатальной патологии следует тщательно изучить онтогенез развития ребенка.

Современное понятие «онтогенез» включает в себя полный цикл индивидуального развития организма, основу которого составляет реализация наследственной информации на всех стадиях существования в определённых условиях внешней среды [2].

Среди этапов онтогенеза наиболее важным является пренатальное развитие. Этот период характеризуется морфогенезом, включающим в себя органогенез различных систем организма, в котором закладываются основы морфофункциональной полноценности особи.

Движущей силой онтогенетических преобразований в пренатальном периоде являются два основных механизма: рост и развитие. Это не только взаимообусловленные, но и взаимозависимые процессы [3, с. 51-74]. Современные генетические и эмбриологические исследования расширили знания о преобразованиях, происходящих в организме в ходе его роста и развития на разных этапах онтогенеза. Многие процессы объяснены с позиции теории дифференцированной активности генов (Дондуа А.К., 2004).

Наиболее изучены с точки зрения воздействия на систему мать – плод внутриутробные (ВУИ) или антенатальные инфекции, при которых возбудитель проникает в плод до начала родов, и интранатальные, возникающие в процессе прохождения плода по инфицированным родовым путям матери. Возбудителями внутриутробных инфекций могут быть вирусы, микоплазмы, бактерии (хламидии, стрептококки, кишечная палочка); риккетсии (клещевой боррелиоз (болезнь Лайма); Ку-лихорадка (кокциеллёз) и др.); простейшие (главным образом – токсоплазмы), грибки рода *Candida* [1].

Профессор А.П. Милованов (1999) суммировал общее мнение исследователей о том, что антенатальное инфицирование – это основная причина аборт и рождения потомства с пороками развития. Развитие инфекционного заболевания у плода, тяжесть поражения, распространенность патологического процесса, темпы его реализации и исхода болезни определяются видом возбудителя, его вирулентностью, трансплацентарным тропизмом и проходимостью, а также защитными резервами и способностью плода к иммунному ответу.

Особая острота данной проблемы обусловлена тем, что младенческий и ранний возраст рассматривается специалистами как сензитивный период в развитии речевой, познавательной и двигательной сфер ребенка. Возника-

ющие в это время различные отклонения в развитии, проявляющиеся даже в минимальной степени, в дальнейшем могут привести к выраженным расстройствам двигательной, психической и речевой функций в последующем возрасте. Предупреждение и выявление дизонтогенетических проявлений в первые годы жизни и своевременное оказание комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям способствует снижению численности дошкольников и младших школьников с патологией развития [4].

Известно, что многие болезни никак не влияют на развитие эмбриона или плода. Например, большинство видов бактерий не проникают сквозь плацентарный барьер, так что даже серьезное бактериальное заражение матери может не иметь никаких последствий для развития плода. С другой стороны, многие вирусы, особенно вирусы краснухи, сифилиса, герпеса, полиомиелита и др. способны преодолеть фетоплацентарный барьер и стимулировать у плода тератогенный эффект.

Вместе с тем существуют заболевания матери, которые оказывают на плод максимальное тератогенное воздействие. Так диабет матери может приводить к многочисленным физическим дефектам ребенка, даже к рождению мертвого плода. Размеры плода могут превысить границы нормы, повышая шанс появления трудностей при родах. При гонорее у матери (опасность обусловлена возможностью бессимптомного течения) возбудитель нарушает фетоплацентарный барьер и становится причиной развития у ребенка слепоты. Поэтому сразу же после рождения каждому новорожденному обязательно закапывают в глаза ляпис. Гонорея лечится антибиотиками, хотя постоянно развиваются все больше штаммов гонореи, устойчивых к ним [6].

Еще один опасный вирус, который несёт мощный тератогенный эффект – генитальный герпес. Он так же, как и выше перечисленные возбудители, может пересекать плацентарный барьер, но гораздо более часто передача инфекции младенцу происходит во время родов. Среди грозящих ребенку последствий – слепота, проблемы неврологического характера, умственная отсталость и, в значительном количестве случаев, смерть. Если в момент наступления срока родов мать страдает герпесом в активной форме, рекомендуется применение кесарева сечения. Герпес в настоящее время неизлечим.

Но не только бактерии и вирусы могут быть источником нарушения развития у плода. Существует и физиологическая несовместимость матери и плода, как например, резус-фактор. Несовместимость резус-фактора матери и ее ребенка является болезнью в том смысле, что некий белковый (протеиновый) компонент крови матери может являться причиной серьезных аномалий или смерти плода [6].

Профилактика перинатальной патологии начинается задолго до беременности. Правильное формирование организма будущей матери в результате рационального использования оздоровительных мероприятий, а так же разумное физическое и половое воспитание девочек и девушек являются важным звеном этой профилактики.

Каждая девочка и девушка должны рассматриваться при диспансеризации как будущая мать. В комплексе оздоравливающих мероприятий необходимо акцентировать внимание на деятельность мочеполовой сферы и раннее назначение корригирующих или лечебных мероприятий, в связи с чем, важна ранняя диагностика и направление к детскому гинекологу при дисгармоничном половом развитии. Следует проводить санацию хронических очагов инфекции, предохранять от препаратов, способствующих сенсибилизации (иммуноглобулины, вливания крови, плазмы и др.), своевременно назначать прививки против краснухи (если девочка ею не болела), воспитывать чувство необходимости материнства. Мероприятия, направленные на рациональное физическое и половое воспитание девочек, создание специализированных кабинетов при женских консультациях для девочек-подростков и детских гинекологических отделений, широкое медико-генетическое консультирование – важные звенья профилактики антенатальной патологии.

При передаче больной девочки-подростка во взрослую поликлинику педиатр, терапевт, а при необходимости, узкие специалисты должны разработать конкретный индивидуальный комплекс оздоровительных мероприятий [5].

Таким образом, акцентирование внимания на здоровье беременной женщины позволяет предупредить перинатальные патологии и снизить процент возникновения ОВЗ у детей в постнатальном онтогенезе.

Литература

1. Афанасьев Е.Н. Листерия: некоторые аспекты распространения и эпизоотологическое значение. – Новосибирск, 2001.
2. Дондуа А.К. Биология развития. – СПб., 2004. – Т.1, Т.2.
3. Миклашевская Н.Н. Медицинские аспекты возрастной антропологии // Антропология – медицине / Под ред. Т.И. Алексеевой. – М., 1989.
4. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод: Руководство для врачей. – М., 1999.
5. Абрамченко В.В. Клиническая перинатология. – Петрозаводск, 2004.
6. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. – 9-е изд. – СПб., 2005.

***Малиновская В., Редько А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Ершова В.В.***

СЛОВЕСНО-ЖЕСТОВЫЙ БИЛИНГВИЗМ ГЛУХИХ

Билингвизм в семьях глухих является довольно распространенным явлением. Изучением данной проблемы занимались как в России, так и за рубежом такие ученые, как Г. Л. Зайцева, Л. С. Выготский, С. А. Зыков, Л. П. Носкова, Т. С. Зыкова, Е. Н. Марциновская, Л.А. Новоселов, Лева, А. ван Уден и др.

Билингвизм (двуязычие) — способность тех или иных групп населения объясняться на двух языках. Людей, владеющих двумя языками, называют билингвами, более двух – полилингвами, более шести – полиглотами. Так как

язык является функцией социальных группировок, то быть билингвом – значит принадлежать одновременно к двум различным социальным группам.

Коммуникативная деятельность глухих осуществляется при помощи словесной речи, жестовой речи и калькирующей жестовой речи. В процессе взаимодействия этих систем общения складывается своеобразное словесно-жестовое двуязычие, или билингвизм глухих.

Билингвизм «словесный язык – жестовый язык глухих» – довольно распространенное явление. В мире проживает порядка 360 миллионов глухих и слабослышащих людей, в России глухих около 13 миллионов. Многие не слышащие люди овладевают жестовым языком с детства, а затем в образовательных учреждениях выучивают устную речь и навыки чтения по губам. Но бывает и обратная ситуация – когда неслышащему ребенку с детства прививали навыки чтения по губам и обучали устной речи, а лишь затем он овладевает языком жестов. Двуязычие глухих – наиболее распространенный вариант словесно-жестового билингвизма. Второй распространенный случай – семьи неслышащих. Родственники неслышащих людей, как правило, владеют жестовой речью. Особенно дети глухих родителей – часто с детства выучивают жестовый язык и пользуются им свободно как родным [1]. Недаром в России по сей день справедливо утверждение, что лучшие переводчики русского жестового языка – дети из семей не слышащих.

Вполне очевидно, что глухие, не знающие жестовой речи, не двуязычны, если мы говорим именно о словесно-жестовом билингвизме. Специфично и словесно-жестовое двуязычие глухих, не использующих в общении РЖР. В настоящее время в нашей стране они составляют большинство.

Для словесно-жестового двуязычия характерны: распределение коммуникативных функций между контактирующими речевыми системами, различный уровень владения каждой из них, а также – взаимное влияние сосуществующих речевых систем.

Чаше всего сначала глухие дети овладевают жестовым языком, и впоследствии усваивают словесный язык в образовательных учреждениях. Это встречается в семьях глухих родителей. Иногда процесс идет параллельно, то есть жестовый и словесный языки усваиваются одновременно.

Бывает и так, что сначала глухой ребенок усваивает словесный язык, и только позднее приобретает познания в жестовом языке. Это встречается в семьях слышащих родителей.

В настоящее время среди глухих билингвизм представлен достаточно широко. Однако имеется много случаев отсутствия билингвизма – это когда глухой ребенок владеет только одним языком: либо жестовым, либо словесным.

Наличие или отсутствие билингвизма предопределяется социальным окружением и образовательными учреждениями, в которых обучался глухой ребенок. Например, в семье глухих родителей глухой ребенок, как правило, впитывает жестовый язык, и тот становится для него первым, родным. Впоследствии, как правило, такой “жестовый” ребенок попадает в дошкольное и

затем школьное коррекционное учреждение. И там усваивает словесный язык как второй язык. И если обучение прошло успешно, то в этом случае мы видим “билингвизм глухих” в его классическом виде.

Но бывает, что этот “жестовый” глухой ребенок, несмотря на обучение в образовательных коррекционных учреждениях, так и не освоил в достаточной степени словесный язык. Тогда здесь билингвизма нет.

Нет билингвизма и в семьях слышащих родителей, если их глухой ребенок успешно обучался только в массовых образовательных учреждениях и всё это время не соприкасался каким-либо образом с другими “жестовыми” глухими.

Каждый неслышащий ребенок, независимо от степени нарушения слуха, имеет право на двуязычие. Научные исследования давно показали, что глухим детям обязательно надо владеть и пользоваться двумя языками, а именно жестовой и словесной речью, чтобы полностью развить свои когнитивные, языковые и общественные способности (словесной речью ребенок должен, если возможно, владеть не только письменно, но и устно).

Специализация функций словесной речи, РЖР и КЖР начинается, как правило, с поступлением глухого ребенка в школу-интернат. Словесная речь, которая формируется в условиях организованного педагогического процесса и совершенствуется в общении на уроках, воспитательных занятиях и т. д., становится главным средством коммуникации со слышащими людьми. Развитие русской жестовой речи в непосредственном непринужденном общении со сверстниками, старшими учащимися и взрослыми глухими приводит к выделению коммуникативной функции РЖР как основного средства межличностного общения. В условиях официального общения часто появляется потребность в сопровождении устной речи выступающих жестами, поскольку значительное расстояние затрудняет восприятие устной речи. Складывающаяся таким образом КЖР принимает на себя функции обслуживания общения глухих в официальной обстановке. Развиваясь и совершенствуясь, словесная речь, РЖР, КЖР сохраняют свое основное назначение в коммуникативной деятельности и учащихся школ-интернатов и взрослых глухих (хотя, как уже отмечалось, РЖР начинает проникать в сферу официального общения). Уровень владения глухими учащимися каждой речевой системой, определяющий успешность коммуникации, различен.

Нарушение слуха – постоянно действующий фактор, преодолеть действие которого полностью не удастся. Поэтому естественно стремление глухих использовать в общении друг с другом средства, наиболее адекватные их физическим возможностям. То обстоятельство, что учащиеся сравнительно быстро усваивают русский жестовый язык, объясняется вовсе не его «примитивностью». Важно, что все сложные и разнообразные структуры РЖЯ – зрительно воспринимаемые конструкции. Поэтому, овладевая ими, глухой не должен преодолевать специфические трудности, связанные с дефектом его слуха. Это ускоряет овладение русской жестовой речью и ведет к

расширению сферы использования РЖР, стимулирует ее дальнейшее совершенствование. Старшеклассники школ-интернатов, как и взрослые глухие, свободно владеют русской жестовой речью, вполне эффективно используют средства РЖЯ в межличностном общении.

Калькирующая жестовая речь, развивающаяся как вторичная знаковая система, черпает основные жесты из лексического фонда РЖЯ. Таким образом, КЖР можно рассматривать как результат взаимодействия систем словесного и русского жестового языков. Однако в процессе своего развития КЖР вырабатывает и собственные лексические средства (например, общественно-политические, научные термины и т. д.), необходимые ей для успешного обслуживания коммуникации в официальных условиях. Следовательно, уровень овладения КЖР определяется степенью усвоения словесного языка, знанием лексики, принадлежащей только КЖР, и формированием прочных связей между значениями жестов и соответствующих им слов. Успеха в коммуникации при помощи КЖР пока достигают далеко не все глухие, а только те из них, у кого достаточно развита словесная речь.

Главным фактором, обуславливающим специфику словесно-жестового двуязычия глухих, является само нарушение слуха, а также своеобразие развития глухого ребенка.

Литература

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002.
3. Воскресенский А.Л. Компьютерный банк жестовой речи. // Компьютерная лингвистика и интеллектуальные технологии: Тр. Междунар. конференции «Диалог» 2003 (Протвино, 11-16 июня 2003 г.) / Под ред. И.М. Кобозевой, Н.И. Лауфер, В.П. Селегея. – М., 2003.
4. Гейльман И. Ф. Знакомьтесь: ручная речь. – М., 2001.
5. Димскис Л.С. Дактильная речь. – М., 2001
6. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология. – М., 2000.

***Макарова О.С. к.пед.н., ст. преподаватель кафедры
иностраных языков ГБОУ ВПО СГПИ***

АУДИОВИЗУАЛЬНЫЙ МЕТОД В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В условиях современного динамичного развития общества и усложнения его технической и социальной инфраструктуры важнейшим стратегическим ресурсом стала информация. Наряду с традиционными – материальными и энергетическими ресурсами – современные информационные технологии, позволяющие создавать, хранить, перерабатывать и обеспечивать эффективные способы представления информации потребителю, стали не только важ-

ным фактором жизни общества, но и средством повышения эффективности управления всеми сферами общественной деятельности.

На современном этапе обучение иноязычному общению с помощью новых информационных технологий дает качественно новый результат.

Использование современных информационных технологий оказывает положительное влияние на мотивацию студентов системы специального образования при изучении ими иностранного языка. Кроме того, это позволяет избежать монотонности и достичь быстрой смены одного вида языковой деятельности другой. Что в свою очередь предоставляет возможность применения разнообразных форм и методик для достижения целей и задач, поставленных на учебном занятии. В результате увеличения содержательной стороны занятия в данную единицу времени мы получаем более высокий уровень языковой компетенции студентов.

Овладение коммуникативной компетенцией на иностранном языке, не находясь в стране изучаемого языка, как известно, дело очень трудное. Поэтому важной задачей преподавателя является создание реальных и воображаемых ситуаций общения на уроках иностранного языка с использованием различных приемов работы, в том числе и интерактивных, способствующих приобщению студентов системы специального образования к культурным ценностям народа-носителя языка, при этом особенное значение имеют аутентичные материалы, в том числе видеофильмы.

В разное время учеными проводились многочисленные исследования по использованию видео при обучении всем видам речевой деятельности: говорению, аудированию, письму, чтению, и результаты всегда были положительными. При условии регулярного использования видеофрагментов студенты приобретают навык восприятия устной речи в режиме реального времени.

Аудиовизуальный метод как методическое направление был создан в 50-е годы прошлого столетия во Франции, при этом в качестве основной цели выдвигалось интенсивное обучение устной разговорной речи взрослых людей, приезжавших во Францию из бывших колоний. Название метода отражает его характерные черты – широкое использование аудиовизуальных средств обучения и глобальная подача материала, когда магнитофонные записи и видеофрагменты не разделяются на эпизоды, а грамматические структуры вводятся и тренируются целиком. Устно-речевая направленность процесса обучения отражается в тщательном отборе языкового материала, осуществляемого в результате анализа образцов устной речи по принципу функциональности. Родной язык полностью исключается из учебного процесса, лексика вводится беспереводным способом. Используемые видеофрагменты отражают основные ситуации общения, которые впоследствии воспроизводятся обучаемыми и дополняются новыми элементами. Популярность аудиовизуального метода объясняется тем, что аутентичные материалы имитируют условия реальной языковой среды носителей языка, способствуют развитию мотивации и интереса обучаемых [1, с. 22].

Аутентичность учебного материала – одно из обязательных условий в обучении устной иноязычной речи. А одним из самых доступных источников подлинной устной речи являются популярные иноязычные видеофильмы (как художественные, так и учебные). Видеофильмы целиком или «нарезки» из подобранных по определенному принципу (тематическому или уровневому) фрагментов имеют неоспоримую практическую ценность не только в ходе учебного занятия иностранного языка индивидуально или в группе, но и при самостоятельном его изучении [3, с. 15].

Применение видеофильмов (в особенности художественных) весьма эффективно при формировании коммуникативной культуры обучающихся, т.к. они:

- отражают в полном объеме региональные и территориальные вариации иностранного языка;
- демонстрируют различные исторические «срезы» культуры страны изучаемого языка;
- знакомят обучающихся с богатым и насыщенным миром иноязычной фразеологии (которой зачастую уделяется мало времени на практических занятиях, но которая неотделима от живой, выразительной и яркой устной речи);
- позволяют задействовать не только слуховые, но и зрительные анализаторы обучающихся, тем самым улучшая понимание, стимулируя речевую деятельность и оптимизируя обучение в целом [2, с. 43].

Помимо безусловной ценности видеофильмов в обучении иноязычному общению, работа с данным материалом весьма удобна с точки зрения практического применения, т.к.:

- видеофильмы доступны;
- в современных условиях видеофильмы существуют в различных форматах (DVDformat, VHS format, BETA format, NTSC format, PAL, 35mm, 16mm, 8mm videoformat), что позволяет легко подстроиться под имеющееся в лингвистической лаборатории оборудование;
- их разносторонняя тематическая направленность позволяет подобрать материал в соответствии с лексическим наполнением практического занятия или целого курса;
- длина видеоматериала может варьироваться в зависимости от намерения преподавателя и практических задач занятия иностранного языка;
- существующие на сегодняшний день программы позволяют преподавателю творчески подойти к содержанию видеоматериала и самостоятельно создать «нарезку» из наиболее важных с тематической точки зрения фрагментов;
- наличие строки субтитров при просмотре видеоматериалов в DVD формате позволяет адаптироваться к языковому уровню обучающихся.

На практических занятиях иностранного языка есть ряд ситуаций, когда просмотр видеофильмов или же «нарезки» видеофрагментов может быть особенно полезным. Например, если среди практических целей занятия заявлено стремление

- показать обучающимся тематический языковой контекст с последующим его воспроизведением или последующим тематическим развитием;
- продемонстрировать коммуникативную сторону языка через изучение мимики и жестов с последующим их воспроизведением в подобной ситуации речевого общения приближенной к реальной;
- практиковать навыки аудирования в естественном контексте, что является неотъемлемым компонентом перехода к самостоятельной устной иноязычной речи;
- представить ситуации для обыгрывания в течение практического занятия (например, ролевая игра по мотивам просмотренного видеофрагмента);
- практиковать навыки описания и пересказа в рамках монологического высказывания по итогам просмотра видеофрагмента;
- обогатить словарный запас изучающих иностранный язык; стимулировать общение или дискуссию [2, с. 44].

Видеоматериалы предоставляют уникальную возможность не только погрузиться в живую речь носителей иностранного языка, но и познакомиться с языком мимики и жестов, стилем взаимоотношений и реалиями страны. Видео представляет язык в живом контексте. Оно связывает практическое занятие иностранного языка с реальным миром и показывает язык в действии.

К достоинствам видеоматериалов также стоит отнести их эмоциональное воздействие на зрителей, соответственно внимание преподавателя должно быть направлено на формирование у студентов личностного отношения к увиденному. Это возможно только при систематическом просмотре видеофрагментов и при правильной методической организации их демонстрации.

Использование видеоматериалов способствует развитию различных сторон психической деятельности студентов и прежде всего внимания и памяти. Во время просмотра в аудитории возникает атмосфера познавательной совместной деятельности, непроизвольное внимание переходит в произвольное, его интенсивность оказывает влияние на процесс запоминания. Использование различных каналов поступления информации (слуховое, зрительное, моторное восприятие) положительно влияет на прочность усвоения страноведческого и языкового материала.

Таким образом, психологические особенности воздействия учебных видеоматериалов на обучаемых (способность управлять вниманием каждого из них и аудиторий в целом, влиять на объем долговременной памяти и прочность запоминания, оказывать эмоциональное воздействие на студентов и повышать мотивацию обучения) способствуют интенсификации учебного процесса и создают благоприятные условия для формирования коммуникативной (языковой и социокультурной) компетенции учащихся.

Стойкая положительная мотивация студентов в отношении восприятия учебного материала достигается эффективной организацией процесса обучения. Задания, выполняемые во время просмотра видео, не должны отнимать у студента много времени на их выполнение, студент может отметить что-либо в

предложенной ему таблице (схеме), заполнить пропуски в предложении, выполнить задания на множественный выбор (multiple choice) или дать краткие ответы на поставленные вопросы. Процесс восприятия языкового материала активизируют и такие задания, как прогнозирование событий после внезапной остановки видеоряда или комментирование студентом немого видеосюжета.

Послефильмовые (послепросмотровые) задания направлены на дальнейшее усвоение и расширение полученной языковой информации и могут носить творческий характер (составление собственных дикторских текстов, комментариев, аннотаций). Студентам можно поручить найти с помощью справочной литературы объяснение незнакомым реалиям и фактам, продемонстрированным в видеофрагменте.

Как показывает практика, использование видеофильмов и видеосюжетов привносит в процесс обучения иностранным языкам предметное содержание учебного речевого общения и без сомнения повышает эффективность обучения межкультурной коммуникации.

В данной статье мы хотели показать, насколько разнообразные возможности предоставляет использование на учебном практическом занятии иностранного языка видеoinформации. Видеофильм (как художественный, так и учебный) это не только момент урока, помогающий привлечь внимание учащихся и отвлечься от монотонности занятия, он еще и позволяет «включить» все четыре вида речевой деятельности. Заставляет студентов думать, развивает их, придает творческий характер всему уроку, а главное повышает мотивацию и личный интерес учащихся к занятиям иностранного языка.

Литература

1. Круглова М.В., Межуева И.Е. О роли видеоматериалов в обучении иностранным языкам студентов неязыковых специальностей // Иностранные языки в школе. – 2008. – № 5.
2. Гладкова О.Д. Использование тематических фрагментов видеофильмов на занятиях иностранному языку// Иностранные языки в школе. – 2007. – № 4.
3. Колесникова И.Л., Долгих О.А. Англо-русский терминологический справочник по методике преподавания иностранных языков. – СПб., 2001.

***Марченко А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.ветер.н., доцент Тинькова Е.Л.***

К ВОПРОСУ ОБ ОГРАНИЧЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Долгое время лица с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) классифицировались, как люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, слабовидя-

щие, с тяжёлыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды [9, с. 4-16]. Однако, специалисты (педагоги, психологи, медики) [5, с. 211] считают, что термин ОВЗ применим и к людям, страдающим психосоматическими расстройствами, так как это группа болезненных состояний, возникающих в результате взаимодействия психических и физиологических факторов. Это психические расстройства, проявляющиеся на физиологическом уровне, физиологические расстройства, проявляющиеся на психическом уровне, или физиологические патологии, развивающиеся под влиянием психогенных факторов.

Психосоматические заболевания, в том числе и у детей, – ведущая медико-социальная проблема XXI века. Неуклонно возрастает число детей, страдающих бронхиальной астмой и сахарным диабетом, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и желчного пузыря, болезнями мочевыводящих путей, расстройствами со стороны сердечно-сосудистой системы, нейродермитом. Для 94,7% больных с психосоматическими заболеваниями характерна высокая значимость психотравмирующих факторов в дебюте болезни и для 91,3% – в декомпенсации [6, с. 26,48, 112; 7, с. 38-45]. Ведущими факторами, предшествующими возникновению заболевания, являются при сахарном диабете 1 типа, бронхиальной астме и язвенной болезни – проблемы в семье. В дебюте заболевания снижается роль психоэмоциональных стрессов с увеличением возраста пациентов, а при декомпенсации – с увеличением стажа заболевания и возраста.

Однако, очень часто из поля зрения специалистов уходит вопрос связи указанных патологических состояний с ограничением физических, психических и психологических возможностей индивида, тем самым не включая данные заболевания в разряд патологических состояний относящихся к ОВЗ.

Сложность изучения данной проблемы состоит еще и в том, что через сравнительно короткий период после возникновения психосоматического заболевания оно становится фактором, ухудшающим психическую сферу человека в связи с возникающими соматопсихическими нарушениями. В результате психосоматическое заболевание в дальнейшем развивается по законам любой другой тяжелой хронической болезни [6, с. 21; 9, с. 4-16].

В частности широкое распространение у детей имеет сахарный диабет (СД). Выделяют два основных типа СД: инсулинозависимый диабет (диабет 1 типа) и инсулиннезависимый диабет (диабет 2 типа) [1, с. 76-97; 4, с. 11-23; 8, с. 56-82].

Если среди взрослого населения преобладает СД 2-го типа, то среди детей преобладает СД 1 типа (инсулинозависимый).

СД 1-го типа характеризуется очень низким уровнем инсулина в крови, вследствие чего, ребенок больной сахарным диабетом зависит от лечения инсулином. Заболевание в этом возрасте развивается относительно остро, приобретая тяжелое, прогрессирующее течение. Это обусловлено лабильностью нейроэндокринной регуляции обмена, интенсивным ростом орга-

низма и высоким уровнем метаболических процессов, а у детей раннего возраста в начале заболевания обнаруживаются значительные колебания уровня сахара в крови в течение суток [1, с. 76-97; 4, с. 11-23; 8, с. 56-82].

В многофакторном патогенезе хронических осложнений СД признано значение нарушений липидного обмена, различные нарушения со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной систем. Эти патологические состояния возникают как результат нарушения деятельности вегетативной нервной системы, так как она регулирует активность гладких мышц, желез внутренней секреции, сердца и сосудов. Нарушение парасимпатической и симпатической иннервации лежит в основе изменения функции внутренних органов и сердечно-сосудистой системы.

Нарушения функции органов пищеварения сопровождаются изменениями в различных участках как промежуточного, так и основного обмена веществ в организме человека. Отклонения от нормы в работе одного органа в системе приводит к нарушению функций других органов, что особенно проявляется во взаимодействии поджелудочной железы и печени.

Одним из самых тяжелых проявлений СД независимо от его типа являются диабетическая микроангиопатия и невропатия, которые сопровождаются повышенной тревожностью, склонностью к депрессии, ипохондрии; однако при каждой нозологической форме имеются и некоторые свои психоэмоциональные и личностные особенности [1, с. 28-47; 3, с. 87-92].

У детей больных СД неизбежно происходят изменения в эмоциональной сфере, они могут привести к дегуманизации ребенка, к жестокости и неспособности сопереживать другим. Меняется поведение в отношении родителей и сверстников, возрастает ранимость и тревожность, что неблагоприятно влияет на эмоциональные отношения в семье, классе, любых коллективах.

Доказано, что психоэмоциональные факторы влияют на стабильность течения, быстроту прогрессирования недуга и качество жизни (КЖ) больных с уже сформированными психосоматическими заболеваниями (Овчаренко С.И. и соавт., 2001).

По данным И.А. Новиковой (2005), больные с психосоматическими заболеваниями, в целом, имеют общие психофизиологические характеристики: слабый и среднеслабый тип нервной системы, низкие значения показателей эргичности, темпа, высокую – до 40,3% – нестабильность выбора, отклонение от аутогенной нормы до 74,5% и повышенный – до 58,9% фактор тревожности.

Исследователи [2, с. 61-68; 9, с. 4-16] отмечают, что на психическое состояние ребёнка больного СД большое влияние оказывает психологический климат в семье, внимание родителей, их поддержка и взаимопонимание, которые формируют у подрастающего поколения такие чувства, как гуманность и сострадание.

Значимым является фактор наследственности по СД. По результатам исследований [2, с. 61-68; 9, с. 4-16], больные дети с семейным вариантом СД 1 типа чаще показывали низкий уровень эмпатии, чем имеющие спорадический сахарный диабет (25,0 % против 15,9 %), а высокая степень эмпатийнос-

ти преобладала у пациентов, в семьях которых заболевание ранее не регистрировалось. Дети со средней способностью к сопереживанию одинаково часто встречались в обеих группах, вне зависимости от наличия больных сахарным диабетом родственников.

Таким образом, наличие у психосоматических больных детей выраженных нарушений в психоэмоциональной сфере в виде депрессивной, тревожной, ипохондрической симптоматики, высокого уровня тревожности, а также серьезные патологические изменения со стороны жизненно важных функций организма указывает на необходимость рассмотрения психосоматических заболеваний с точки зрения ОВЗ. В связи с этим возникает необходимость создания комплексного сопровождения таких детей как врачами, так и специальными психологами.

Литература

1. Балаболкин М.И. Диабетология. – Москва, 2000.
2. Гиппенрейтер Ю.Б., Карягина Т.Д., Козлова Е.Н. Феномен конгруэнтной эмпатии // Вопросы психологии. – 1993. – № 4.
3. Дедов И.И., Петеркова В.А. Руководство по детской эндокринологии. – М., 2006.
4. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2002.
5. Лакошина Н. Д. Клиническая психология. – М., 2007.
6. Новикова И. А. Психофизиологические аспекты формирования психосоматических заболеваний. – Архангельск, 2005.
7. Овчаренко С.И. Клиническое течение, внутренняя картина болезни и нозогенные реакции у больных бронхиальной астмой / С.И.Овчаренко, А.Б.Смулевич, М.Ю. Дробижев и др. // Терапевтический архив. 2001. – Т.73. – №3.
8. Овчинников Б. В. Основы клинической психологии и медицинской психодиагностики. – СПб, 2005.
9. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – Т.99. – №4.

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

Научный руководитель: к. психол. н., доцент Мельникова М.И.

ЗНАЧЕНИЕ РАБОТ МЕЛАНИ КЛЯЙН ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ПСИХОАНАЛИЗА

Сущностные представления о психике человека и конкретные модели нормы и патологии во многом формировались и развивались под влиянием теории и практики психоанализа, основанного З. Фрейдом в конце XIX – начале XX века. Востребованность психоаналитических идей в современной социокультурной реальности не снижается, а, наоборот, возрастает, привле-

кая все новых и новых сторонников, что можно объяснить эмпирической валидностью самого подхода. В то же время сложившаяся система психолого-педагогических мер консультативной и психотерапевтической помощи лицам, страдающим различными психическими расстройствами в современной России, все еще наталкивается на различные преграды и непонимание не только среди практикующих специалистов, но и среди маститых теоретиков психологической науки. Указанное обстоятельство делает актуальной проблему изучения основных идей психоанализа и особенно тех его представителей, кто творчески развивал психодинамическую традицию.

Мелани Кляйн (1882 – 1960) можно отнести к числу наиболее известных и ярких фигур постклассического психоанализа, одной из создателей теории объектных отношений. В отличие от классического психоанализа представители теории объектных отношений акцентировали социальную природу человека, доказывали роль интерперсональных отношений ребенка со значимыми взрослыми, прежде всего с матерью в раннем возрасте.

Начало творческого пути Мелани Кляйн можно отнести к 1919 году, когда она представила доклад «О развитии одного ребенка» на одном из заседаний Венгерского психоаналитического общества, членом которого состояла. А уже в 1921 г. она переезжает в Берлин, где начинает свою психоаналитическую практику со взрослыми и детьми. Здесь М. Кляйн сформулировала свои первые идеи, касающиеся отличия психоанализа детей от психоанализа взрослых, игровой техники и интерпретативного подхода в детском психоанализе. В 1926 г. Мелани Кляйн переезжает в Великобританию. Там ее клиническая и теоретическая работа достигла своего расцвета и получила широкое признание, появились многочисленные ученики, вышли в свет основные статьи и книги.

К важнейшим достижениям Кляйн в практике детского анализа следует отнести создание игровой техники. Она считала, что детский анализ не может проходить, как взрослый: когда пациент лежит на кушетке и предается вербальным свободным ассоциациям. Ребенок должен двигаться, играть, видеть своего аналитика. Поэтому вместо вербальных свободных ассоциаций в детском анализе Кляйн применила технику свободной игры, инициатором которой является ребенок, и которая так же, как вербальные ассоциации взрослого человека, становится способом выражения его желаний, фантазий и жизненного опыта. Главной теоретической заслугой Мелани Кляйн является разработка теории развития личности в первые годы жизни. Она была первой из психоаналитиков, кто сосредоточился на отношениях маленького ребенка с матерью и другими людьми как на главном условии и источнике развития его личности и даже просто его физического выживания. Кляйн является первым и, возможно, наиболее влиятельным теоретиком объектных отношений в психоанализе. Отношения ребенка и, прежде всего, его отношения с матерью, отношения пациента и, прежде всего, его отношения с аналитиком всегда оставались в центре внимания не только психоаналитической теории Мелани Кляйн, но и ее лечебной техники.

В своей теории развития Мелани Кляйн исходила из того, что у ребенка с самого начала действуют два основных влечения: любовно-сексуальное и разрушительно-агрессивное. Возникающее Эго младенца решает задачи не только взаимодействия с внешним миром, но и овладения этими инстинктами, причем сам процесс развития проходит благодаря взаимоотношениям ребенка с его первыми объектами – грудью, а затем матерью. Интроецируя (поглощая, усваивая) их, идентифицируясь с первичными объектами и с возникающими с ними объектными отношениями, ребенок строит свой внутренний мир, овладевает своими влечениями [1].

М. Кляйн считала, что процесс интеграции Эго, развития его защитных механизмов, процесс становления и развития объектных отношений проходит через две стадии, которые, однако, не имеют четкой хронологической привязки и могут существовать в течение всей жизни человека в качестве позиций, отражающих его отношение к самому себе и окружающему миру. Она описывает две позиции: параноидно-шизоидную и депрессивную. Для параноидно-шизоидной позиции характерно отсутствие интеграции Эго и объектов, которые разделены на хорошую и плохую части. Это необходимо для того, чтобы сохранить хороший объект, хорошего себя и хорошие отношения между ними от атаки со стороны агрессивно-разрушительных частей своей личности, которые ребенок еще не в состоянии контролировать. Основными защитными механизмами являются: расщепление себя и объекта, и как следствие, резкие и внешне не мотивированные изменения в чувствах и поведении по отношению к себе и другим людям на противоположные; и проективная идентификация, т. е. проекция на объект невыносимых в себе самом чувств, желаний, намерений, и одновременно идентификация с этим «обогащенным» своими проекциями объектом, что приводит к нарушению границ между собой и объектом, и ощущению внешнего объекта как плохой, преследующей части себя и наоборот. Фиксация на параноидно-шизоидной позиции, как следует из ее названия, присуща тяжело нарушенным пациентам, страдающим психозами или тяжелыми пограничными или нарциссическими расстройствами [2].

Хронологически более поздней, а клинически более зрелой и «нормальной» является депрессивная позиция, для которой характерна целостность себя и объекта, т. е. реалистическое признание в себе и в других людях как хороших, так и плохих сторон, способность испытывать вину за свои агрессивные и разрушительные чувства и желания, смягчать свою ненависть любовью и возмещать нанесенный своими поступками вред. Депрессивной позиции, соответствующей уровню невротических расстройств, присущи зрелые защитные механизмы (вытеснение, рационализация, реактивные образования и т. п.) и объектные отношения с целостными объектами, например с матерью, с отцом, сочетающими в себе как свои хорошие, так и плохие черты. Обогастило психоаналитическую теорию развития также и выдвинутое Мелани Кляйн положение о том, что стадии психосексуального раз-

вития, по Фрейду, – оральная, анальная, фаллическая (генитальная) – не являются хронологически закрепленными, последовательно сменяющимися этапами развития, они присутствуют у каждого ребенка с самого рождения в качестве тенденций. А первые, ранние стадии Эдипова конфликта начинают проживаться младенцем еще при кормлении грудью. При этом ранняя «эдипизация», сексуализация ребенка говорит о его глубокой оральной неудовлетворенности в диадических отношениях с матерью [1].

Особый интерес у М. Кляйн вызывали негативные, разрушительные чувства и желания человека: ненависть, зависть, жадность. Клиническому и теоретическому исследованию их источников и проявлений посвящены многие ее работы. Наряду с этим, М. Кляйн в своих размышлениях о «плохой» и «хорошей» матери, ненависти и любви, зависти и благодарности постоянно подчеркивала важность любви, позволяющей не только смягчить и преодолеть негативные чувства, но и глядеть в будущее человечества с осторожным оптимизмом. Кляйн была не просто выдающимся практиком и ученым, она была и создательницей своей аналитической школы. Ее учениками были такие известные психоаналитики, как Вильфред Бюн, Паула Хайман, Герберт Розенфельд, Ханна Сегал. Идеи Кляйн нашли свое применение не только в клинической работе, но и в социальных и гуманитарных дисциплинах. Одна из последних итоговых работ Мелани Кляйн «Зависть и благодарность» (1957). В этой книге в присущей ей смелой и безапелляционной манере Мелани Кляйн исследует бессознательные источники двух всем знакомых отношений – зависти и благодарности. На примере богатого литературного и клинического материала Кляйн разворачивает драму развития человека и его взаимоотношений с окружающими в борьбе любви и ненависти, доверия и подозрительности, щедрости и жадности, благодарности и зависти. Она убедительно показывает, как психоаналитическое лечение способно разрешить негативный перенос, реконструировать ранний детский опыт пациента и привести к интеграции его личности [3].

М. Кляйн была среди тех психоаналитиков, которые существенно расширили спектр клинического применения психоанализа, включив в него аналитическую работу с тяжело нарушенными психотическими или околоспиритическими пациентами. Для аналитической техники Мелани Кляйн характерны смелые и глубокие интерпретации с самого начала лечения, большое внимание к анализу негативных чувств вообще и негативного переноса, в частности, использование при интерпретировании языка частичных объектов (груди, пениса, вагины, фекалий, хорошей и плохой матери и т. п.) и телесных функций (еды, выделения, сексуальности). Мелани Кляйн оказала большое влияние на весь современный психоанализ.

Литература

1. Кляйн М. Эдипов комплекс в свете ранней тревожности // Эдипов комплекс и эротические сны. – М., 2002.

2. Кляйн М. Заметки о некоторых шизоидных механизмах // Развитие в психоанализе. – М., 2001.
3. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. – СПб., 1997.
4. Старовойтов В.В. Современный психоанализ: интеграция субъект-объектного и субъект-субъектного подходов. – М., 2004.

Растопчина А.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н., доцент Шаповаленко З.И.
ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА
СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Общество быстро развивается, и дети вырастают значительно быстрее, чем прежде. Подростковый период – это этап онтогенеза, находящийся между детством и взрослостью. Этот период называют и самым трудным из возрастов человека, и вторым рождением, и сравнивают с новым кораблем, выпущенным в открытый океан без штурвала, рулевого и балласта. Сегодня в психологии существует множество фундаментальных исследований, гипотез и теорий подросткового возраста. Учеными уже выяснено, что психологическое состояние этого периода связано с двумя «переломными» моментами: психофизиологическим – половым созреванием, и всё, что с ним связано, и социальным – конец детства, вступление в мир взрослых. А.Б. Боссарт пишет: «... на человека в обществе обращают слишком мало внимания. На него это малое внимание обращают слишком поздно. Когда он уже человек. Или не совсем человек. Или нечеловек... Когда он готов, без нас – окончательно произошел или не произошел. И мы как будто не причем...» [6, с. 48].

И особенно – жизненно необходимо это внимание подростку, так как он самый отверженный и самый одинокий. В силу своего возраста он уже не может довольствоваться семейной и школьной жизнью, вырастая из их представлений и норм, а подчас и вступая с ними в конфликт – подростка неудержимо влечет к себе взрослое общество со своими законами, со своей, совершенно иной, чем детская структура.

В психологии до настоящего времени ведутся дискуссии о хронологических рамках подросткового периода. Существует множество точек зрения, рассмотрим некоторые из них.

Л.С. Выготский выделяет пубертатный возраст 14-18 лет и два кризиса: кризис 13 и 17 лет. [1]. По Э. Эриксону подростковый возраст приходится на стадию идентичности (диффузии идентичности), которую человек проходит с 15 до 20 лет. Л.Ф. [7]. Л.Ф. Обухова говорит, что по современным данным подростковый период охватывает почти десятилетие – от 11 до 20 [6].

А.М. Прихожан указывает, что это период длится с 10-11 до 16-17 лет, совпадая в современной российской школе со временем обучения детей в V-

XI классах. Вследствие акселерации половое созревание происходит в современных условиях несколькими годами раньше, чем в прошлом, в то время как психологическое и социальное взросление отсрочилось, увеличив промежуточный период между детством и взрослостью [4].

Подростковый возраст – это период становления личности, который доставляет немало проблем родителям, педагогам, а прежде всего самому ребенку. То, каким будет будущее человека, как указывает М. Кле, зависит от того, как проживет он этот трудный момент своего взросления. Часто неумение построить взаимоотношения со сверстниками, невозможность добиться значимого положения в группе являются причиной нарушения общения со сверстниками [4].

К сожалению, в каждом классе есть изолированные ребята, и случается, что их процент достаточно велик. Как правило, это дети с неадекватным поведением, с ярко выраженными эпилептоидными, истероидными и неустойчивыми акцентуациями характера. Они зачастую агрессивны, неуравновешенны, склонны к антисоциальным поступкам. Это так называемая группа риска среди подростков. Морфологические и физиологические изменения, приходящиеся на пубертатный период, формируют зону риска временных нарушений в адаптации и отклонений в поведении подростков. Это проявляется, по мнению Т.В. Драгуновой, в поведенческих паттернах подростка: повышенная нервозность, несдержанность, неустойчивость эмоциональных реакций, повышенная утомляемость и плохое самочувствие без видимых причин. В этот период личность подростка отличается дисгармоничностью. Остро протекающий психический перелом обуславливает его исключительную сложность и противоречивость [2].

Именно в подростковом возрасте остро обнаруживаются многие нервные и психические заболевания, которые так или иначе удерживают подростка в сфере межличностных и внутриличностных конфликтов, они проявляются в виде социального неуспеха, неудач в той или иной референтной группе. Естественное для этого возраста расширение сферы социальных отношений дает подростку новый социальный опыт (причем, отнюдь не всегда позитивный), овладеть которым очень сложно.

В периоде становления характера его типологические особенности, не будучи еще сглажены и затусшеваны жизненным опытом, выявляются настолько ярко, что иногда напоминают психопатии, т.е. патологические аномалии характера. С взрослением черты акцентуаций обычно сглаживаются. Это позволяет говорить о «преходящих подростковых акцентуациях характера». Наибольшую известность в литературе получил термин К. Леонгарда – «акцентуированная личность». А.Е. Личко уточнила этот термин, так как личность, по её мнению, понятие сложное, скорее подходящее для психопатий. Она предложила называть это явление акцентуацией характера [5].

Акцентуации характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, отчего обнаруживается из-

бирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим [5].

Акцентуация – это в сущности, те же индивидуальные черты, но обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние. При большей выраженности, как указывает Т.В. Драгунова, они накладывают отпечаток на личность как таковую и, могут приобретать патологический характер, разрывая структуру личности [2].

Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной. При акцентуациях нарушения возникают только при определенного рода психических травмах, в некоторых трудных ситуациях, а именно: лишь тогда, когда они адресуются к «месту наименьшего сопротивления», к «слабому звену» данного типа характера. Иные трудности и потрясения, с точки зрения Т.В. Драгуновой, не задевающие этой ахиллесовой пяты, не приводят к нарушениям и переносятся стойко. При каждом типе акцентуации имеются свойственные ему отличные от других типов, «слабые места» [2].

В динамике развития акцентуаций можно выделить два варианта. Первый вариант – трансформация типов акцентуаций. Предполагается, что акцентуации характера имеют эндогенную, генетическую обусловленность. У ребенка изначально есть предрасположенность к появлению и развитию определенных черт. Влияние среды, прежде всего семейное воспитание, или усиливает их, или сглаживает, или изменяет.

Существуют «чистые» типы характера (или типы личности), с доминированием отдельных ярких черт. Они описаны П. Б. Ганнушкиным, К. Леонгардом, чья классификация акцентуированных личностей получила широкое распространение в зарубежной психологии. В психологии личности есть и другие типологии. У подростков (так же, как у взрослых) кроме «чистых» наблюдаются и смешанные типы характеров. Иногда их формирование тоже определяется генетическими факторами, и, возможно, условиями развития в раннем детстве.

В других случаях характер трансформируется из-за неадекватного воспитания: на исходные черты как бы наслаиваются черты другого типа. Например, ребенка повышенно возбудимого, агрессивного и конфликтного необходимо воспитывать достаточно жестко, постоянно контролируя его поведение и не давая резко проявляться его отрицательным качествам. Если же он воспитывается по типу «кумира семьи», эти черты интенсивно развиваются и к ним добавляются новые, главным образом демонстративность. Такой домашний тиран не только устраивает скандалы своим родственникам, но и использует театральные эффекты, шантажируя их уходом из дома или самоубийством, удовлетворяя свою безудержную потребность во внимании и поклонении.

Следует отметить, что есть черты, которые не могут сочетаться друг с другом, не могут быть присущи одному человеку. В то же время существуют довольно часто встречающиеся сочетания черт разного типа, образующих смешанный или «мозаичный» характер.

На фоне явной акцентуации характера возникают временные нарушения поведения, острые аффективные реакции, неврозы и некоторые другие неблагоприятные явления. Аффекты всегда кратковременны, длятся не более суток. Подростки, по мнению В. Квин, в аффективном состоянии бегут из трудно переносимой ими ситуации, проявляют агрессию по отношению к окружающим или себе, разыгрывают бурные сцены. Если травмирующая ситуация слишком тяжела или длительна, развивается затяжной невроз [3].

Типичные для подросткового возраста нарушения поведения – это делинквентность, алкоголизация, токсикомания, наркомания, бродяжничество, суицидальное поведение (попытки самоубийства) и некоторые другие. Поскольку они ситуативно обусловлены, быстрая смена обстановки может привести к позитивным результатам. Главное – не допустить необратимых изменений и упрочения опасных форм поведения.

Литература

1. Выготский Л.С. Психология. – М., 2005.
2. Драгунова Т.В. «Кризис» объясняли по разному. Хрестоматия по возрастной психологии / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М., 2006.
3. Квин В. Прикладная психология. – СПб., 2000.
4. Кле М. Психология подростка. – М., 2009.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков – СПб., 2007.
6. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. – М., 2003.
7. Эриксон Э. Детство и общество. – СПб, 1999.

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

Научный руководитель: к.психол.н., доцент Мельникова М.И.

КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ СУЩНОСТИ МУЖСКОЙ МОДЕЛИ ИДЕНТИЧНОСТИ

Актуальность исследования различных аспектов проблемы идентичности обусловлена современной социокультурной ситуацией, характеризующейся быстро идущими изменениями в различных сферах общественной жизни. Социум и средства масс-медиа предлагают различные модели самореализации. При этом наблюдается крушение прежних ценностных ориентиров и устоявшихся традиционных моделей поведения ко все более размытым, нечетким и амбивалентным. Декларирование толерантности к нетрадиционному типу поведения оборачивается терпимостью к парадом гей-меньшинств, однополым бракам и т.д. В этих условиях человек не может сформировать устойчивую систему представлений о том, каким быть, он начинает испытывать ощущение потери собственного «Я», которое нередко заканчивается асоциальными поступками или депрессией. Еще Э. Фромм, отмечал, что «потребность в самоидентичности является на-

столько жизненно важной и властной, что человек не может чувствовать себя здоровым, если он не найдет возможности ее удовлетворить» [3, с. 94].

Идентичность (от англ. identity – тождественность) – отождествление индивида с определенными биологическими, психологическими, социальными и культурными качествами. Но идентичность – это не только конфигурация каких-то качеств, а это также «важная психическая функция, являющаяся необходимым условием существования личности» [2, с. 4]. Проблема идентичности была поставлена в рамках психоанализа (З. Фрейд, Э. Эриксон, К.Г. Юнг, О. Кернберг, Х. Хартман). В данной статье делается акцент на исследованиях, выполненных в рамках психоаналитического подхода и направленных на понимание сущности мужской полоролевой идентичности. Известно, что К.Г. Юнг одним из первых обратился к материалам мифов для доказательства преемственности многих психических структур у современного человека. По Юнгу, мифы содержат глубокий смысл для каждой личности, так как в них в форме рассказа всплывает “архетипическое” содержание, то есть универсальные и достоверные картины жизни. Миф уподобляется Юнгом сновидению, которое доносит до человека важную и необходимую психологическую истину о человечестве в целом и о нем самом. Человек, постигающий внутренний смысл мифа, соприкасается с универсальными духовными вопросами, которые ставит перед ним жизнь. Главная идея юнгианской психологии заключается в постижении человеком своей Самости, в процессе индивидуации. Сущность этого процесса состоит в «постепенном расширении сознания и возрастающей способности личности к максимальной рефлексии» [1, с. 12].

К мифам, в которых раскрывается сущность мужской идентичности, последователь К.Г. Юнга Р. Джонсон относит миф о Священном Граале. Согласно Р. Джонсону, поиск Чаши Грааля для каждого мужчины – это возможность обрести свою целостность, определенную Божьим промыслом. В мифе о священном Граале просматриваются параллели с эволюционным становлением психического развития каждого мужчины: от бессознательного детского превосходства и совершенства через постепенно нарастающее ощущение своей ненужности и ущербности в среднем возрасте к сознательному ощущению полноценности в старости. Сущность индивидуации у мужчины – это примирение со своей Тенью, темной, отвергаемой и даже опасной частью личности, которая входит в конфликт с сознательными установками и идеалами. С одной стороны, он должен быть рациональным, соответствовать социальным нормам и ориентироваться на решение профессиональных задач, добиваться успеха и признания, конкурировать с другими мужчинами за право обладать властью, т.е. осваивать функцию Короля. Но, с другой стороны, он не должен подавлять в себе чувственное начало, воплощенное в архетипе Парсифаля, несведущего и наивного мальчика-подростка, охваченного природной радостью бытия, не озабоченного достижением социальных и материальных благ. Отвержение теневой стороны личности приводит к ее расщеплению, к конфликту между сознанием и

бессознательным. И, напротив, интеграция теневой стороны личности – это всегда трудный и болезненный процесс, который приводит к установлению психологического равновесия и гармонии.

Рассмотрим последовательно три стадии полоролевой идентичности у мужчины, опираясь на миф о Чаше Грааля. Первая стадия относится к подростковому возрасту, когда мальчик начинает осознавать свою маскулинность, проявляя ее в различных формах задиристости и бесшабашности. Он начинает испытывать жажду внутри себя, «зов Грааля», духовный голод и потребность что-то предпринять, иначе он может взорваться. Его поведение иррационально, он почти не признает никаких ограничений. Р. Джонсон отмечает в этой связи, что «отчаянная храбрость, гонки по трассе со скоростью 90 миль в час или наркотики, даже если их действие разрушительно для человека, – вызваны неосознанной жаждой Грааля» [2, с. 117]. На этом этапе, чтобы мальчик превратился в мужчину, он должен научиться овладевать собственной агрессией, сдерживать ее и уметь интегрировать эту грозную силу в целостную часть осознающей себя личности. Каждый взрослеющий мужчина, чтобы не погибнуть и не впасть в безумие, должен задать себе вопрос: для чего мне дана эта сила, сила Грааля? Ответ на этот вопрос приводит его к разрешению действующих внутри него противоречий и побуждает к целесообразной деятельности. Он трудится, создает семью, следит за успеваемостью детей и добивается в своем деле каких-то успехов. Это период зрелости, по мнению Р. Джонсона, – это время между 2-мя посещениями замка Грааля.

Но период зрелости порождает и новое противоречие. Постепенно мужчина перестает получать от жизни полное удовлетворение. Он может страдать и чувствовать горечь, из-за того, что все, к чему он стремился, во что верил, и чем был очарован – все это было лишь иллюзией существования. И чтобы мужчина смог излечиться от боли, он должен позволить проникнуть в свое сознание чему-то иному, что может его исцелить. Исцеление предполагает решение достаточно сложной задачи – осознание своего женского начала и его интеграции в структуру своей идентичности. Как известно, одно из наиболее ценных открытий Юнга – андрогинность – представляет собой соединение в человеке маскулинности и фемининности. «Внутреннюю женщину», существующую в мужчине, Юнг назвал анимой, а мужчину, существующего внутри женщины, – анимусом.

Что же представляет из себя та внутренняя женщина, с которой мужчина должен установить контакт? Прежде всего, это его творческий потенциал, а также мягкость, податливость и повышенная эмоциональность. Если мужчина бессознательно подчиняется этому внутреннему началу, то он и в поведении может обрести черты женственности. Если он начнет подавлять в себе фемининность, то потеряет большую часть психической энергии, станет черствым, озлобленным и мрачным. Как отмечает Джонсон, немногие мужчины осведомлены о внутренней женской компоненте, о своей аниме. А когда они ее осознают, то одни пытаются «сразу же запихнуть ее в бутылку»

ку и заткнуть пробкой», а другие, подчинившиеся аниме, становятся чрезмерно эмоциональными, потакающими своим прихотям [1].

Зрелая мужская идентичность предполагает, что с одной стороны, мужчина должен научиться контролировать свое женское начало, а с другой – вступать в контакт со своей «внутренней женщиной», то есть уметь устанавливать с другими людьми теплые отношения, быть способным чувствовать и желать. Сотрудничество со своей анимой дает ему возможность второй раз в жизни обрести чашу Грааля.

Как отмечает Р. Джонсон, об отношениях мужчины с его анимой можно судить, наблюдая за выражением его лица. Мужчина, у которого отсутствует контакт с фемининностью, может выглядеть жестким, негибким, его лицо может выражать горечь. Напротив, если человек побуждает женскую составляющую своей психики к постоянному развитию, он становится обладателем огромного творческого потенциала, не теряя мужского начала при наличии сильного компонента фемининности. Таковы, по мнению Джонсона, артисты и пророки – интуитивные и сензитивные мужчины, которые в любом обществе представляют собой социально-культурную ценность [1, с. 77].

Таким образом, мужская полоролевая идентичность формируется на протяжении всей жизни. Следуя этому процессу, человек постоянно приближается к идеальной целостной личности. Это приближение заключается в постепенном осознании внутренних противоречий, и возрастающей способности к максимальной рефлексии своей самости, являющейся центром сознания. Принятию и интеграции теневой стороны личности способствует понимание и интерпретация содержания культурно-исторических мифов, в которых отражается длительный опыт человечества в его попытках осознания себя и различных аспектов своей идентичности.

Литература

1. Джонсон Р.А. Он: Глубинные аспекты мужской психологии / Пер. с англ. – М., 2005.
2. Павлова О.Н. Идентичность: история формирования взглядов и ее структурные особенности. – М., 2001.
3. Фромм Э. Синдром распада / Кризис сознания: сборник работ по «философии кризиса». – М., 2009.

***Чубова Е.Д., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Алексеева М.Н.***

ПРОФИЛАКТИКА ГОЛОСОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ

Проблема нарушений голоса в последнее время приобретает все большее социальное значение, так как, по данным отечественных и зарубежных

авторов, отмечается увеличение заболеваемости голосового аппарата (Ю.С. Василенко, Д.К. Вильсон, Е.В. Лаврова, О.С. Орлова, И.В. Плещев, др.). Подобную тенденцию, прежде всего, можно объяснить высокой стрессогенностью современной жизни, ухудшением условий работы, увеличением голосовой нагрузки и требований, предъявляемых к голосу профессионалов.

Наиболее подвержены расстройствам голоса лица голосо-речевых профессий, у которых он не поставлен и которые не владеют навыками правильной голосоподачи. Неправильная техника голосообразования и, как следствие этого, перенапряжение аппарата фонации являются распространенными причинами возникновения нарушений, которые могут повлечь за собой профессиональную нетрудоспособность. Научная литература, посвященная проблеме голоса, преимущественно рассматривала заболевания голосового аппарата, в первую очередь у лиц голосо-речевых профессий, способы их лечения и коррекцию голоса [3].

Разработка коррекционно-педагогических методик по устранению нарушений голоса является важной проблемой современных исследований в области теории и практики фониатрии и логопедии (Е.С. Алмазова, Л.Е. Гончарук, Е.В. Лаврова, И.А. Лебедев, О.С. Орлова, Е.А. Покотиленко, А.Т. Рябченко, В.А. Тринос и др.). Наряду с эффективным логопедическим воздействием, направленным на преодоление нарушения голосовой функции, необходима оптимизация процесса раннего выявления и профилактики расстройств голоса. Это позволит предотвратить переход нарушений в хронические. С каждым годом увеличивается число профессий, которые требуют повышенной нагрузки голосового аппарата. В связи с этим возрастает потребность в организации профилактической помощи лицам голосо-речевых профессий, специальной подготовке их к дальнейшей голосовой работе.

Актуальность данной темы определяет недостаточная разработанность эффективных методов постановки голоса лиц речевых профессий, необходимость создания четкой программы по предупреждению нарушений голоса и его развития. Несмотря на достаточно многочисленные клинические и педагогические исследования различных видов голосовой патологии, целесообразно совершенствование педагогических технологий постановки голоса студентов голосо-речевых профессий и реабилитационных мероприятий при голосовых нарушениях для оптимизации логопедической работы.

Голосовой аппарат является рабочим органом для лиц речевых профессий. Расстройства голосовой функции значительно затрудняют выполнение ими профессиональных обязанностей. При неумелом использовании аппарата фонации, пренебрежении основными требованиями гигиены голоса становится слабым, изменяется диапазон, могут появиться затруднения дыхания, чувство дискомфорта в гортани. При длительной голосовой нагрузке в гортани часто возникают стойкие изменения. До настоящего времени не существует единого мнения о том, какие расстройства голосового аппарата следует считать профессиональными. М.С. Эрбштейн, Л.Д. Работнов в сво-

их исследованиях указывают, что заболевания голосового аппарата только тогда могут быть названы «профессиональными», если они возникают в результате грубых погрешностей в технике голосообразования при длительной голосовой деятельности [5].

М.С. Эрбштейн профессиональные нарушения голоса подразделяет на две группы. В первую группу им отнесены болезни, при которых наблюдаются объективные изменения в гортани: кровоизлияния, острый и хронический ларингит, узелки голосовых складок, парезы внутренних мышц гортани. Во вторую – заболевания, при которых эти изменения отсутствуют: острая и хроническая фонастения. Л.Д. Работнов среди профессиональных заболеваний гортани выделяет: гипокинез, гиперкинез, узелки голосовых складок, фонастению, спастическую дисфонию. Е.Н. Малютин придерживается противоположного мнения и среди причин, которые приводят к профессиональным нарушениям, в первую очередь отмечает обстановку на работе, а во вторую – перегрузку голосового аппарата. По мнению Ф.Ф. Заседателева, причиной профессиональных заболеваний голоса у певцов является неправильная постановка голоса. Он указывает на необходимость экономного дыхания, которое обеспечивает хорошее звучание. Перебор дыхания приводит к перенапряжению аппарата фонации, гиперемии слизистой оболочки гортани, а в дальнейшем и к парезу голосовых складок. На основании большого количества наблюдений автор приходит к выводу, что оптимальный тип дыхания – косто-абдоминальный [2].

А.Р. Ханамиров, В.Д. Тахтамышев, предлагая свою классификацию дисфоний, в группе функциональных расстройств выделяют постановочную дисфонию. Она возникает в результате неправильной постановки голоса, умения пользоваться голосовым аппаратом.

В.Г. Ермолаев и соавторы профессиональные нарушения голоса подразделяют на три степени: 1) расстройства голоса без видимых изменений со стороны голосового аппарата, проявляющиеся только субъективными ощущениями больного. Они объединены под названием фонастения; 2) расстройства голоса выражаются в том, что, кроме субъективных жалоб, при ларингоскопии отмечается недостаточность работы смыкателей голосовой щели, главным образом за счет миопатического пареза голосовых мышц, чем и объясняется видимая вялость краев голосовых складок или обеих, или одной из них. В эту группу также отнесены и «катар усталости», при котором отмечается стойкое порозовение голосовых складок и черпаловидной области, заметное расширение сосудов на поверхности истинных складок и гиперфункция ложных; 3) заболевания, при которых выявляются значительные изменения голосовых складок: кровоизлияния, отслойка слизистой оболочки по краям голосовых складок, «узелки певцов», фибромы голосовых складок [4].

Для охраны голоса лицам голосо-речевых профессий необходимо помнить, что курение, алкоголь, злоупотребление горячей и сильно охлажденной пищей недопустимы, так как при этом раздражается слизистая оболочка

ка глотки и гортани. Следует остерегаться простудных заболеваний. Наблюдения показывают, что отрицательное влияние на голосовой аппарат оказывают «малые простуды», при которых люди продолжают работать, напрягая голос. Самой радикальной мерой по предотвращению заболеваний голосового аппарата можно считать постановку речевого голоса, в ней нуждаются все лица, которым по роду деятельности приходится много говорить.

Вторичная профилактика состоит в предотвращении дефектов и наслоений, являющихся следствием голосовой патологии. Это в первую очередь невротические реакции на дефект, которые отягощают развитие основного нарушения.

Литература

1. Горшкова И.А. (Михалевская И.А.) Оценка речевого голоса методом определения «профиля» речевого голоса / И.А. Горшкова (Михалевская И.А.) // Материалы науч.-практ. конференции «Актуальные вопросы фониатрии и реконструктивной хирургии гортани», 20-22 мая 2002 г. – М., 2002.

2. Михалевская И.А. Постановка речевого голоса как основное превентивное мероприятие для лиц голосо-речевых профессий / И.А. Михалевская // Практическая психология и логопедия. – 2005. – № 3 (14).

3. Михалевская И.А. Применение метода фонетогрaфии в логопедической практике / И.А. Михалевская // Практическая психология и логопедия. – М.: Коррекционная педагогика, 2005. – № 2 (13).

4. Нейман Л.В., Богомильский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учеб.для студ. высш. пед. учеб. заведений. / Под ред. В.И. Селиверстова. – М., 2003.

Чубова Е.Д., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.психол. н., доцент Мельникова М.И.

ВКЛАД В ТЕОРИЮ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ Д. ВИННИКОТА

Быстро идущие изменения в современном обществе определяют повышенные требования к психическим ресурсам личности, что сопровождается ростом нервно-психических расстройств и отклонениями в социализации. В связи с этим возникает потребность оценить теоретические и практические возможности сложившихся в психологии представлений на проблему нормы и патологии. Одной из наиболее влиятельных теорий в этом направлении является психоанализ. Как отмечает Е.Е. Сапогова, «возникнув как метод лечения, психоанализ почти сразу же был воспринят как средство получения психологических фактов, позволяющих прояснить истоки личностных особенностей и проблем индивида» [2, с. 101]. Центральной идеей психоаналитиков стала мысль, что проблемы взрослого человека базируются на

детском опыте и тех неосознанных переживаниях, обусловленных характером взаимоотношений со значимыми взрослыми (матерью, отцом).

Теория объектных отношений (К. Абрахам, М. Кляйн, Д. Винникот, М. Балинт и др.) стала логическим продолжением классических идей психоанализа З. Фрейда и одновременно новым шагом на пути постижения сущности нормальной и аномальной личности. Интерес к теории объектных отношений в современном психоанализе определяется осознанием того факта, что необходимо изучать не индивида самого по себе, но его взаимодействие со средой [1, с. 297]. Понятие объекта в психоанализе используется в 2-х основных аспектах: 1) в связи с влечением: ведь именно в объекте или посредством объекта влечение может достичь своей цели или удовлетворения. Это может быть человек в целом или частичный объект, реальный или фантазийный; 2) в связи с любовью (или ненавистью): речь идет об отношении личности в целом, к какой-то инстанции Я или же к объекту в целом (личность, сущность, идеал и пр.) [3, с. 289].

Д. В. Винникотт является одним из ярких представителей теории объектных отношений. Работая педиатром, Винникотт наблюдал за взаимодействием между матерью и ребенком. Ему принадлежит идея о том, что, начиная с самого раннего детства, психика ребенка может развиваться и укрепляться лишь в данных отношениях субъект – объект. По Дональду Винникотту, объектные отношения – это опыт. Первый опыт ребёнка – то, как пестует его мать, и этот опыт даёт ему ощущение доверия к окружающему его миру. Позднее младенец испытывает тревогу и смотрит на мать для получения аффективного ключа относительно безопасности или опасности незнакомого человека. Фактически, в этот момент ребёнок впервые разделяет с другим человеком свои внутренние переживания.

Важным вкладом в теорию объектных отношений стало понятие «переходного объекта», введенное Винникоттом в статье «Переходные объекты и переходные явления» (1953). Переходный объект – материальный объект, имеющий для младенца особую ценность; это могут быть, например, угол одеяла или пеленка, которые он сосет в момент засыпания. По Винникотту, обращение к объектам этого типа – явление нормальное: оно наблюдается у детей в возрасте от 4 до 12 месяцев и свидетельствует о новой возможности ребенка осуществлять переход от первоначального отношения к матери к «подлинному объектному отношению» [1, с.293]. С точки зрения психоаналитика, речь идет о деятельности орального типа. Первый период оральной деятельности (сосание груди) характеризуется «первичным творчеством». «Движимый любовью или скорее потребностью, младенец вновь и вновь воссоздает материнскую грудь. Реальная материнская грудь всегда находится в том месте и в то время, где и когда ребенок готов ее придумать» [1, с. 294]. Впоследствии в действие вступает испытание реальностью.

По Винникотту, переходные объекты и переходные явления открывают перед индивидом нейтральное поле опыта, они относятся к области иллюзии.

Эта промежуточная область не принадлежит ни внутреннему миру человека, ни внешней реальности. Этот опыт в дальнейшем обуславливает интенсивность переживаний, связанных с искусством, воображением, научным творчеством. Ребёнок нуждается в объекте, который на время разлуки с матерью создаёт иллюзию её присутствия или, по крайней мере, её успокаивающих, защитных функций. Переходный объект, который прижимает к себе оставшийся без мамы ребёнок, служит защитой от тревоги, особенно тревоги депрессивного типа. Понятно, что выбранный на роль переходного объекта реальный предмет (плюшевый медведь, фланелевая пелёнка) обозначает грудь (или маму). Он обогащает ребёнка опытом символизации и предшествует умению адекватно оценивать реальность, в том числе различать фантазию и реальность.

Когда мать оставляет ребёнка одного на короткий срок, он испытывает тревогу и одновременно – пробуждение умственной активности и чувствительности. Он использует объект для сосания или другого аутоэротического удовлетворения, а также погружается в фантазии и мечты о маме, вспоминая её и переживая иллюзорно вновь. Так возникает переходная область, или, в теории Винникота, потенциальное пространство между ребёнком и внешним миром. Если всё идёт хорошо, заключает Винникот, опыт переживания фрустрации помогает ребёнку постичь, что внешние объекты реальны. Когда сильное приспособление к потребностям ребёнка неоправданно затягивается, младенец обнаруживает себя в волшебном мире, где внешние объекты ведут себя идеально и никогда не разочаровывают его. Он развивается в галлюцинаторном, а не в реальном мире любимых и ненавистных объектов. Только неполная адаптация к потребностям ребёнка делает объекты реальными и развивает способность младенца выражать отношение к внешней реальности, адекватно оценивать её и думать о ней.

Можно сказать, что последовательность такова, сначала объектные отношения, а в конце применение объекта. Между тем в промежутке происходит, может быть, самое сложное в развитии человека, а именно следующее: субъект выводит объект (другого человека) за пределы зоны своего всемогущества. Восприятие объекта (другого человека) как внешнего феномена, а не как проекции означает признание Другого существующим автономно.

Это изменение означает, что субъект (ребёнок) разрушает внутренний объект (поскольку он становится внешним). Разрушение объекта выносит его за пределы всемогущества ребёнка. Вслед за этим возникает новый аспект объектных отношений. Объект (другой человек) может выдержать это разрушение, а может и нет. Другими словами, объекты выживают и тем самым дают субъекту возможность жить в мире объектов. Если у субъекта нет опыта, связанного с максимумом своей разрушительной силы, пишет Винникотт, то он никогда не переносит аналитика наружу а, следовательно, никогда не сможет пойти дальше, чем самоанализ с использованием аналитика как проекции части собственной личности.

Важно заметить, что опыт ознакомления с внешним миром зависит от способности самого объекта (другого человека) к выживанию. Выжить в данном контексте означает «не атаковать в ответ». Важная работа, которую совершает мать – это стать первым человеком, который позволит ребёнку получить опыт позитивной ценности деструктивности. Ценой всего этого, указывает Винникотт, становится принятие разрушений, происходящих в бессознательных фантазиях. Они становятся реальными, то есть пригодными для использования. Деструктивность и выживание объекта вопреки разрушению способствуют созданию общей для людей реальности, которую субъект может использовать и которая может воздействовать на него в ответ.

Хорошая мать активно приспосабливается к потребностям ребёнка, и в самом начале, адаптируясь к ребёнку на все сто процентов, мать создаёт иллюзию того, что её грудь является частью ребёнка. Вот он голоден, проявил недовольство, и грудь тут же возникла из ниоткуда. Материнская грудь, полная тёплого и сладкого молока, находится как бы под магическим контролем младенца. Хорошая мать обеспечивает ребёнку эту иллюзию, а затем постепенно разрушает её. Она фрустрирует его (ведёт себя так, что ребёнок испытывает досаду и обиду) в соответствии с возможностями ребёнка. В нашем примере – ребёнок может несколько минут подождать, пока подогревается бутылочка с едой, школьник может спокойно потерпеть полчаса-час, пока будет приготовлен обед, взрослый может заказать пиццу на дом, если захотел есть, а дома ничего не приготовлено. По мере взросления стопроцентное приспособление к нуждам младенца постепенно ослабевает. Чем старше ребёнок, тем больше его возможности справляться с тревогой и досадой (фрустрацией). Наиболее фрустрирующая ситуация для младенца – это уход мамы. Пережить отсутствие мамы на недолгий срок малышу помогает переходный объект.

Если мать достаточно хорошо адаптирована к нуждам ребёнка, у него возникает иллюзия, что существует внешняя реальность, соответствующая собственной способности ребёнка создавать что-то новое. Главная задача хорошей матери, по Винникотту, – предоставление ребёнку возможности для создания такой иллюзии и затем её разрушение. Чуткость матери на самых ранних этапах жизни позволяет ребёнку справиться с огромным шоком, связанным с потерей всемогущества и обрести связь с объективно воспринимаемыми предметами. Так благодаря достаточно хорошей матери ребёнок обретает способность понимать и принимать реальность.

Винникотт подчёркивал, что терапевт должен создать возможности для развития «подлинного Я» пациента и для этой цели ему не следует «сталкиваться» с пациентом в некоторые моменты терапевтической регрессии. Оптимальная функция терапевта при этих условиях, говорил он, – быть объектом, который «осуществляет холдинг». По определению Винникотта, холдинг – это всё то, что мать делает, кем она является для своего младенца. Терапевт становится пациенту кем-то вроде матери, восполняет пациенту нехватку

нормальной материнской заботы. В такие моменты, полагает Винникотт, происходит молчаливая регрессия вплоть до самой примитивной зависимости от аналитика, воспринимаемого как «держашая на руках мама». Винникотт считает интуитивное эмпатическое присутствие аналитика более ценным, нежели нарушающая душевное равновесие и воспринимаемая как вмешательство словесная интерпретация.

Литература

1. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. – М., 1996.
2. Сапогова Е.Е. Психология развития человека: Уч. пособие. – М., 2001.
2. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 1. Теория. – М., 1996.

РАЗДЕЛ II. АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Алиева Т.Г., г. Махачкала, ФГБОУ ВПО ДГУ
Научный руководитель: к. психол.н. Дамадаева А.С.*

ОСОБЕННОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

За последние годы в медицине достигнуты значительные успехи в разработке разнообразных лекарственных противоастматических препаратов, однако отмечается увеличение частоты аллергических и побочных реакций на лекарственные средства, формирование резистентности к различным препаратам [1, с. 11]. В связи с этим, требуется разработка и внедрение новых терапевтических подходов, в которых будет учитываться роль всех факторов в течении бронхиальной астмы, а так же особенности подросткового возраста, индивидуальные личностные характеристики [7]. Нередко благоприятное действие на состояние больного оказывают немедикаментозные методы терапии: удается добиться ремиссии бронхиальной астмы при максимальном сокращении объема лекарственной терапии или полной отмене лекарств [1].

На данный момент физическая культура рассматривается как один из очень важных видов реабилитации при лечении бронхиальной астмы.

Вопросам реабилитации больных бронхиальной астмой посвящен значительный объем литературы [3, 4, 5].

Основная задача реабилитации при бронхиальной астме заключается в купировании бронхоспазма и закреплении этого эффекта на максимально длительный период, нормализация функций кардиореспираторной системы и подготовка больного к осуществляемой им деятельности [5].

Выделяют реабилитацию медицинскую (которая включает в себя физическую) и социальную (Виды реабилитации, 2010). Задачи реабилитации зависят от индивидуальных особенностей больных: одним показана только медицинская, а другим – социальная реабилитация [3].

Следует отметить, что в процессе физической реабилитации наступление ремиссии происходит благодаря восстановлению собственных компенсаторных возможностей организма больного, средства физической реабилитации наиболее экологически чисты и при правильном их применении не бывает осложнений [1, с. 11].

В процессе реабилитаций лиц с бронхиальной астмой необходимо четкое соблюдение основных принципов восстановительного лечения, таких как раннее начало, комплексность, индивидуальный подход, непрерывность, преемственность, учет функционального и общездоровья состояния пациента, его социального статуса и т.п. [4].

Как уже отмечалось, важную роль в лечении детей, больных бронхиальной астмой, играют немедикаментозные методы: лечебная физическая культура, массаж, физиотерапия, психотерапия, климатотерапия, иглорефлексотерапия и другие, то есть физическая реабилитация. Основная цель физической реабилитации – ускорить и достичь наиболее полного восстановления функций организма, повысить защитные возможности его и способствовать созданию условий для возможности выполнения более интенсивных физических нагрузок по сравнению с теми, которые были под силу больному в период развития болезни [4].

Основным средством физической реабилитации при лечении бронхиальной астмы является физическая культура. На данный момент широко описаны особенности лечебной физической культуры при бронхиальной астме [1, 5]. Также описаны особенности физической культуры детей [9].

Так, в комплексной реабилитации детей, больных бронхиальной астмой, средства физической культуры специальной направленности являются мощным фактором оздоровительного воздействия на организм ребенка [1]. Бронхиальная астма – болезнь, при которой лечебная физическая культура может оказать благоприятное и многообразное воздействие, но следует учитывать, что лечение астмы у детей по своей методике сложно и требует много времени [4].

Противопоказания для занятий лечебной физической культурой – общие и частные (дыхательная недостаточность III степени, абсцесс легкого до прорыва в бронх или осумкования, кровохарканье или угроза его развития, астматический статус, большое количество экссудата в плевральной полости, полный ателектаз легкого) [4].

Физическая активность больных бронхиальной астмой детей в стационарах регламентируется двигательными режимами – строгий постельный (тяжелобольным детям при нарастании объективных симптомов заболевания), постельный (при стабилизации объективных признаков и наметившихся тенденциях к улучшению общего состояния), полупостельный, или палатный (выздоровливающим детям в раннем периоде выздоровления), свободный (выздоровливающим детям, подготовляемым к выписке из больницы) – для каждого из них характерны свои задачи и комплекс упражнений [4]. В межприступном периоде при лечении бронхиальной астмы используются разнообразные средства лечебной физической культуры: утренняя гимнастика, лечебная гимнастика, самостоятельные индивидуальные задания, тренировки с дыхательными тренажерами и на велоэргометрах, дозированные ходьба, плавание, лыжные прогулки, спортивные игры (волейбол, баскетбол, настольный и большой теннис, бадминтон и др.), пешеходный туризм и др.

[3, 4, 5]. Большинство специалистов отмечают, что больным бронхиальной астмой желательно проводить занятия на воздухе.

Обнаружены данные относительно положительного влияния на детей, больных бронхиальной астмой, танцевальных упражнений [11].

Установлена эффективность комплексного лечения больных бронхиальной астмой с использованием иглорефлексотерапии [10].

Доказано позитивное влияние курортно-санаторного лечения детей, больных бронхиальной астмой [8].

1. Однако на данный момент чрезвычайно мало данных относительно апробированных схем физической реабилитации детей, больных бронхиальной астмой. Исключением является работа Л.С. Захаровой [1, с. 53-55], разработавшей и экспериментально проверившей эффективность программы комплексной реабилитации детей младшего школьного возраста, больных бронхиальной астмой.

Еще в одной работе экспериментально доказано, что танцы, являющиеся одной из форм адаптивной физической культуры, помогают решить задачи по коррекции психофизического и психоэмоционального состояния детей с БА уже на этапе физической реабилитации, а также их дальнейшей социальной интеграции [11].

Во-вторых, зачастую не решается весьма важная задача социальной интеграции детей с бронхиальной астмой с учетом их психологических особенностей. Существуют основания полагать, что именно коллективные занятия оказывают больший эмоциональный и психологический эффект по сравнению с индивидуальными, самостоятельными занятиями [2]. К сожалению, на данный момент практически нет данных о влиянии занятий физической культурой на социально-психологическую адаптацию личности. Исключением является работа Г.А. Решетнёвой [6], в которой показано, что занятия физической культурой оказывают позитивное влияние на социальную адаптацию детей-дошкольников, у них формируется общительность, умение ребенка устанавливать психологические контакты с окружающими его близкими людьми, друзьями, воспитателями, снижает стремление к уединению, конфликтность и агрессивность. Однако данных относительно адаптирующих возможностей физической культуры подростки психосоматических заболеваний вообще, и бронхиальной астмой, в частности, не обнаружено.

Следует упомянуть и еще об одной трудности, связанной с физической реабилитацией детей и подростков. В силу возрастных психологических особенностей даже больные дети мало озабочены своим здоровьем (им чрезвычайно трудно организовывать свою физическую активность самостоятельно), к тому же осуществление деятельности проводится на основе ее эмоциональной привлекательности [6].

В связи с этим, актуальным остается поиск и разработка новых научно-обоснованных и эффективных программ оздоровления детей с бронхиальной астмой, восстановления их работоспособности, социальной реабилита-

ции и адаптации в обществе. Возникает потребность в применении новых подходов и организационных форм в комплексной реабилитации детей с бронхиальной астмой с использованием разнообразных форм адаптивной физической культуры [11].

Довольно много работ, посвященных психологическим средствам коррекции негативных аспектов, связанных с бронхиальной астмой [4; 7, с. 51-53, 8]. Однако следует учитывать, что, в силу особенностей подросткового возраста, дети, как правило, довольно негативно реагируют на разные способы «вторжения» в их внутренний мир. К тому же, высокий уровень рефлексии (необходимый для психокоррекции) в этом возрасте также является «большой редкостью». Психологическая помощь подросткам, больным бронхиальной астмой, может оказываться «исподволь», «на фоне» другой деятельности (в частности, физкультурной).

Итак, обращаясь к физической культуре как средству реабилитации (в том числе, и психологического плана) подростков с бронхиальной астмой, возникает проблема выбора наиболее оптимального для детей и подростков, больных бронхиальной астмой, вида физической культуры.

Литература

2. Захарова Л.С. Комплексная реабилитация детей младшего школьного возраста с бронхиальной астмой средствами физической культуры специальной направленности // Физическая культура: Научно-методический журнал. – 1998. – № 2.
3. Иорданская Ф.А. Физкультура и спорт в жизни женщины. – М., 1995.
4. Малявин А.Г. Роль и место физических факторов в комплексной терапии больных бронхиальной астмой: Автореф. дисс. ... докт. мед.наук. – М., 2004.
5. Пешкова О.В. Физическая реабилитация при бронхиальной астме. – Харьков, 2001.
6. Потапчук А.А. Лечебная физическая культура в детском возрасте. – СПб, 2007.
7. Решетнёва Г.А. Социальная адаптация детей дошкольного возраста в процессе формирования здорового образа жизни // Физическая культура: Научно-методический журнал. – 2001. – № 2.
8. Руслякова Е.Е. Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психологической коррекции: Автореф. дисс. канд. психол. наук / Е.Е. Руслякова. – СПб, 2004.
9. Соколова М.Ю. Комбинированная нефармакологическая терапия детей, больных бронхиальной астмой при реабилитации на Пятигорском курорте: Автореф. дис. канд. мед.наук. – СПб., 2007.
10. Тельнюк А.М. Лечебная физкультура при бронхиальной астме у детей. – Харьков, 1989.
11. Чжан Вэнь Пэн Эффективность комплексного лечения больных бронхиальной астмой с использованием иглорефлексотерапии: Автореф. дис.. канд. мед. наук. – Пермь, 2005.

12. Шавкина М.И. Комплексная физическая реабилитация детей, больных бронхиальной астмой, с использованием танцевальных упражнений: Автореф. дисс. канд. пед. наук. – М., 2004.

*Анненкова А.В., г. Ессентуки, филиал СГПИ в г. Ессентуки
Научный руководитель: к.пед.н. Голякова Н.Н.*

СТРЕТЧИНГ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭЛАСТИЧНОСТИ МЫШЦ И ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Современная медицина определяет диабет (от лат. diabetesmellitus – сладкий как мёд) как группу эндокринных заболеваний, вызванных недостатком и нарушением взаимодействия с клетками организма гормона инсулина, вследствие чего развивается стойкое увеличение уровня сахара в крови. Заболевание имеет хронический характер и сопровождается нарушением всех видов обмена веществ в организме. То есть диабет – это такое заболевание, при котором в крови повышено содержание сахара [3, с. 5].

Сахар – это основной источник энергии, основное «топливо» для нашего организма. У всех людей сахар содержится в крови в простой форме, которая называется глюкозой. Кровь разносит глюкозу во все части тела – и особенно, в мышцы и в мозг, которые она снабжает энергией. Чтобы глюкоза могла снабжать организм энергией, она должна из крови попасть в клетки. Инсулин (гормон) – вещество, которое помогает этому процессу; он открывает каналы, по которым глюкоза может пройти в клетки, и таким образом, снижает её содержание в крови [4, с. 13].

Врачи выделяют следующие типы диабета:

- Диабет 1-го типа, или инсулинозависимый, так называемый детский или юношеский диабет;
- Диабет 2-го типа, или инсулиннезависимый, диабет взрослых и страдающих ожирением;
- Диабет 3-го типа, или гестационный, так называемый диабет беременных [3, с. 6].

В настоящее время существуют три пути достижения компенсации сахарного диабета: инсулинотерапия, диетотерапия, лечение лекарственными препаратами, дозированная физическая нагрузка.

Благотворное влияние физической активности на самочувствие больных сахарным диабетом хорошо известно. Оно связано с тем, что физическая нагрузка оказывает многостороннее действие и обуславливает повышение выносливости, функциональной активности различных органов и систем человека. В целом важно понимать, что около 1 000 ккал тратится на поддержание биологического существования нашего тела – поддержания нормальной температуры, дыхания, пищеварения, выделения и т.п. Всё, что по-

требуется сверх этого, должно быть как-то потрачено на движение и работу [1, с. 83]. Если один грамм углеводов при сгорании даёт 4,19 ккал, то 1 грамм жира выдаёт 9,2 ккал энергии. Снижается необходимость в работе резервных систем, направленных на запасание углеводов в качестве источника энергии, в том числе печёночного, почечного, мышечного гликогена (крахмала). В десятки и сотни раз возрастает чувствительность ткани к инсулину, следовательно, потребность в нём значительно снижается [2, с. 203].

Движение – важный компонент лечения сахарного диабета, с условием компенсации или субкомпенсации заболевания, т.е. сахар крови не должен быть выше 14 ммоль/л и не ниже 6-8 ммоль/л. При сахаре выше 14 ммоль/л физическая активность может привести к повышению сахара в крови и появлению ацетона в моче.

При сахарном диабете можно и нужно заниматься спортом, но не более часа с перекусами через каждые 30 минут интенсивной физической нагрузки. Однако необходимо учитывать физическую нагрузку, так как любая мышечная работа усиливает действие инсулина, снижает содержание сахара в крови. При этом также снижается потребность в инсулине, что может привести к развитию гипогликемии.

Для того чтобы занятия спортом оказывали эффективное действие, необходимо соблюдать определенные правила:

1. Определять гликемию до, во время и после физических упражнений. Приступать к занятиям при уровне сахара крови не ниже 6-8 ммоль/л и не выше 14 ммоль/л.

2. Определить вид, длительность и силу физической нагрузки.

3. Соблюдать режим питания и инсулинотерапии.

4. Необходимо рассчитать в зависимости от вида физической нагрузки, что надо предпринять: съесть дополнительные хлебные единицы, уменьшить дозу инсулина.

5. Не заниматься физической нагрузкой при плохом самочувствии, или, если в моче появился ацетон.

6. Иметь при себе легкоусвояемые углеводы [7, с. 169].

Физические занятия могут значительно облегчить состояние больного диабетом благодаря снижению уровня сахара в крови. Правильно подобранный комплекс упражнений не только снимает симптомы диабета, но и заметно улучшает состояние сердечно-сосудистой системы, нижних конечностей, нормализует артериальное давление.

При мышечной работе усиливается приток крови к мышцам, повышается оксигенация крови и облегчается снабжение кислородом органов и тканей. Усиливаются обменные процессы, повышается усвоение глюкозы клетками. Во время работы вследствие сокращения мышц происходит усиление поступления инсулина из подкожных «депо».

Существуют различные типы упражнений, которые по-разному влияют на тело. Такие как: изометрические упражнения имеют дело с мышцами

без произведения движений; изотонические упражнения тонизируют мышцы и сжигают калории; анаэробные упражнения – упражнения, которые требуют много мышечных движений, но никогда не длятся достаточно долго для улучшения физической формы; аэробика – периодические упражнения, которые используют главные группы мышц и длятся достаточно долго для использования кислорода и ускоряют сердечный ритм до уровня, нужного для развития и поддержки физической формы; стретчинг – это комплекс упражнений, основанный на растяжке мышц. Для любого человека важно, чтобы суставы были подвижными и здоровыми, а это обеспечивается эластичностью мышц [7, с. 162-163].

У 30 % больных сахарным диабетом 1-го типа с длительностью диабета более 5 лет наблюдается безболезненное ограничение подвижности мелких и крупных суставов (хейроартропатия), с выраженностью микрососудистых осложнений. Предполагают, что причиной этой патологии является накопление в соединительной ткани гликированного нерастворимого коллагена. Специфическое лечение этой патологии отсутствует, но улучшение может наблюдаться при достижении идеального контроля гликемии и при выполнении физических упражнений – стретчинга [5, с. 347].

Е. И. Зуев в книге «Волшебная сила растяжки» писал: «Растяжки сопровождают нас всю жизнь. Рождение – это растяжка. Глубокий вдох, улыбка, любое движение тела – растяжка. Растяжка – это гибкость, гибкость – это молодость, молодость – это здоровье, активность, хорошее настроение, раскрепощение, уверенность в себе» [6, с. 4].

В г. Ессентуки в санатории им. М. И. Калинина, Всероссийском реабилитационном диабетическом центре в 2011 г. разработана и внедрена методика «Стретчинг как средство повышения эластичности мышц и подвижности суставов при сахарном диабете». Оздоровительная методика работает над мышцами и суставами независимо от степени развития гибкости. Метод применения стретчинга с предметами является важным профилактическим средством предотвращения таких осложнений, как диабетическая хейроартропатия, диабетическая периферическая нейропатия (ДПН), диабетическая стопа. Суть метода заключается в применении стретчинга с различными предметами (палка гимнастическая, мяч, амортизатор (резиновая лента), медицинбол) для развития подвижности суставов у больных сахарным диабетом. [8, с. 7-10].

Благодаря стретчингу увеличивается подвижность суставов, мышцы становятся более эластичными, менее подвержены травмам и дольше сохраняют работоспособность. Кроме этого, стретчинг является действенным методом регулирования веса, а также позволяет улучшить рельеф тела, повысить сопротивляемость иммунитета и обеспечить координацию движений.

Метод стретчинга является не только профилактическим, но и способствует улучшению состояния при заболеваниях костно-суставной, нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, дыхательных путей, органов зрения и др.

Обязательным элементом в проведении комплекса является разминка. Она необходима для того, чтобы разогреть мышцы. В разминку включаются разновидности ходьбы (ходьба на носках, на пятках, на внешнем своде стопы, поджав пальцы ног, перекачиваясь с пятки на носок, захлестывая голень назад, поднимая колени, а также подтягивая их к груди), бег (трусцой, приставными шагами, скрестными шагами, с подскоками, спиной вперед), общеразвивающие упражнения. В основной части используются комплексы упражнений стретчинга с предметами (палка гимнастическая, мяч, амортизатор, медицинбол). В заключительной части занятий применяются дыхательные упражнения и упражнения на расслабление.

Общая продолжительность занятия зависит от тяжести течения заболевания: при лёгкой форме – 30-40 мин; при средней форме – 20-30 мин; при тяжёлой форме – до 10-15 мин.

Помимо занятий стретчингом больным рекомендуются ходьба, бег, плавание, игры. Дозировка рекомендуемой нагрузки согласуется с лечащим врачом. При средней степени заболевания больные выполняют упражнения средней и умеренной интенсивности, нагрузка повышается постепенно, темп – чаще медленный, амплитуда – выраженная, но не максимальная. Показано использование дозированной ходьбы или лечебного плавания. При тяжёлой степени болезни проводятся занятия в постельном режиме с небольшой нагрузкой. Упражнения для мелких и средних мышечных групп широко сочетаются с дыхательными. Занятия не должны утомлять больного, необходимо строго следить за дозировкой нагрузки. Плотность занятия невелика, темп выполнения упражнений – медленный. Помимо лечебной гимнастики используются массаж, закаливающие процедуры.

В результате применения данной методики у большинства больных наметилась положительная динамика, выраженная в следующих показателях: улучшение настроения; снижение чувства голода или аппетита за счёт подавления продукции нейропептида; снижение потребности в инсулине, подкальваемом на усваиваемые углеводы (хлебные единицы) при общей слабости, быстрой утомляемости; нормализация артериального давления. В то же время, положительная динамика сопровождается улучшением состояния периферической нервной системы, снижением активности симптоматики (боль, чувство жжения, парестезия, онемения) во всех группах пациентов.

Этот метод может широко внедряться в практику здравоохранения, в частности, может быть успешно применён в условиях санаторно-курортного лечения, в школах сахарного диабета, в залах лечебной физкультуры и т.п.

Литература

1. Батенёва Т. Победить диабет: Уникальная методика российских физиологов помогает избавиться от тяжёлого заболевания. – М., 2008.
2. Богомолов М. В. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2011.
3. Воробжанская О. Э., Ларина О. В. Энциклопедия лечения диабета. – М., 2011.

4. Диабет. Информация и практические советы людям с диагнозом «диабет». – М., 2001.
5. Древаль А. В. Лечение сахарного диабета и сопутствующих заболеваний. – М., 2010.
6. Зуев Е. И. Волшебная книга растяжки. – М., 1990.
7. Мильхович С. К., Данн-Лонг Б. Сахарный диабет. Перевод с англ. – М., 2011.
8. Чоговадзе А. В., Поляев Б. А. // Лечебная физкультура и спортивная медицина как составная часть профилактики, лечения и реабилитации в системе охраны здоровья населения. Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. 2002. – № 1. – С. 7-10.

*Богданович Н.О., Калюжин В.Г., г. Минск, УО «БГУФК»
Научный руководитель: к мед.н. Калюжин В.Г.*

РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Термин детский церебральный паралич (ДЦП) объединяет группу различных по клиническим проявлениям синдромов, которые возникают в результате недоразвития мозга и его повреждения на различных этапах онтогенеза и характеризуются неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения.

Эта патология занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости нервной системы у детей. Выраженные двигательные, речевые и психические нарушения трудно поддаются коррекции и нередко служат причиной тяжелой инвалидности [1].

Инвалидность у детей определяется значительным ограничением жизнедеятельности, приводящим к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем [2, с. 36-40].

Важным средством всестороннего развития и весьма эффективным способом коррекции отклонений в развитии является ручной труд с детьми с ДЦП [4].

Основополагающая задача ручной деятельности (а нами было выбрано бисероплетение как наиболее простой и в то же время высокоэффективный и увлекательный метод развития мелкой моторики) состоит в том, чтобы оптимальным образом использовать ее в качестве важного педагогического средства, направленного на преодоление или ослабление присущих детям недостатков. Отличительной чертой бисероплетения является то, что ребенок через сенситивное (чувственное) восприятие предмета рукоделия начинает общаться с окружающим миром, получает социальный опыт адаптации в коллективе детей-единомышленников.

Анализ научно-методической литературы показал, что значительное число исследований направлено на изучение особенностей физического развития, физической работоспособности, психомоторики детей с ДЦП. В то же время недостаточно исследований, отражающих возрастные закономерности и особенности развития мелкой моторики у этих детей. Необходимость использования новых средств развития мелкой моторики обоснована с одной стороны тем, что тенденции снижения числа детей с дефицитом физической деятельности и интеллекта с каждым годом не просматривается, а с другой – с практической значимостью разработки для них программы, позволяющий производить наибольший эффект [5]. Таким образом, проблема является актуальной и не до конца методологически полно разработанной, что обусловило решение следующих задач, связанных с изучением развития мелкой моторики у детей 5–6 лет, а так же апробированием коррекционно-развивающей программы (КРП) и изучением ее влияния на развитие мелкой моторики у детей с ДЦП.

Работая с детьми с церебральными параличами нужно учитывать, что главным у них является преобладание чувственного (сенсорного) восприятия мира и стремление познавать мир в игровой форме [6]. Усвоенные во время занятий знания, умения и навыки могут быть эффективно использованы также и на занятиях по другим предметам. Работа с бисером полезна для выработки у детей уверенности в себе, внимания, для развития мелкой моторики. Иначе говоря, бисероплетение может выступать в качестве метода обучения.

Цель исследования: разработать и экспериментально апробировать методику по развитию мелкой моторики у детей с ДЦП с использованием креативных телесно-ориентированных практик (бисероплетения). Оценить эффективность развития мелкой моторики у этих детей с помощью разработанной коррекционно-развивающей программы. В ходе педагогического эксперимента было обследовано 2 группы детей: контрольная и экспериментальная. Группы были равны по возрасту, уровню физического развития и степени физической и умственной отсталости.

Исследование проводилось на базе Специализированного детского сада № 549 г. Минска. Всего в исследовании приняло участие 16 детей (7 мальчиков и 9 девочек) 5–6 лет с диагнозом ДЦП, умственная отсталость 1 степени тяжести.

Контрольная группа занималась по программе Специализированного детского сада № 549 г. Минска. В программу входила лечебная гимнастика, которая была направлена на воспитание физических качеств. Продолжительность занятий – пять раз в неделю, длительность – 25 мин.

Занятия в экспериментальной группе проводились по 25 минут – 5 раз в неделю, из них 2 раза – занятие лечебной гимнастикой заменялось занятием адаптивной физической культурой проходило непосредственно с акцентом на развитие мелкой моторики и использованием в основной части занятия бисероплетения.

Нами была выбрана бальная оценка результатов выполнения контрольных тестов, поскольку, несмотря на свою определенную субъективность оценки, она

позволяет оценить не только количественные параметры (скорость) выполнения контрольных тестов, но и их качество и правильность их выполнения.

Представлены результаты проведения тестирования уровня развития мелкой моторики (точности дифференцировки движений пальцев рук и схватывающей функции пальцев) у детей экспериментальной группы до и после проведения цикла занятий адаптивной физической культуре по разработанной нами коррекционно-развивающей программе (см. табл. 1).

Приведенные в таблице 1 результаты тестирования схватывающей функции пальцев рук детей экспериментальной группы после проведения обследования показывают, что под воздействием разработанной нами КРП наблюдается статически достоверное увеличение результатов всех контрольных тестов, что доказывает благотворное влияние разработанной нами КРП на развитие мелкой моторики и физических качеств у детей 5–6 лет с ДЦП.

Таблица 1. Показатели мелкой моторики детей экспериментальной группы до начала и после занятий по коррекционно-развивающей программе.

ТЕСТЫ	ДО	ПОСЛЕ	t _{факт.}	t _{табл.}	P
«Сложи пазл», балл	2,25±0,39	4,25±0,27	4,22	3,11	<0,01
«Застегни пуговицы», балл	2,00±0,28	3,88±0,32	4,41	3,11	<0,01
«Шнуровка ботинка», балл	2,02±0,20	3,50±0,20	5,25	3,11	<0,01
«Контур из палочек», балл	2,13±0,24	4,00±0,35	4,41	3,11	<0,01
«Разложи трубочки», балл	2,25±0,34	4,13±0,32	4,07	3,11	<0,01
«Золушка», балл	2,25±0,39	4,25±0,27	4,22	3,11	<0,01
«Бусины-горошины», балл	2,38±0,20	4,00±0,29	4,69	3,11	<0,01
«Схвати шарик», балл	2,00±0,29	3,50±0,20	4,29	3,11	<0,01

Представлены данные сравнительного анализа параметров уровня развития мелкой моторики у детей контрольной группы до и после проведения цикла занятий по стандартной программе Специализированного ДДУ (табл. 2).

1. Представленные в таблице 2 результаты выполнения контрольных тестов детей контрольной группы после проведения цикла занятий по программе Специализированного детского сада № 549 показывают, что, несмотря на некоторое улучшение показателей развития мелкой моторики, статически достоверных различий получено не было [7, с. 79-82]. Это указывает на необходимость более длительного времени занятий по стандартной методике Специализированного ДДУ для достижения коррекционного эффекта [3, с. 248-251].

На занятиях по адаптивной физической культуре нами была успешно апробирована разработанная коррекционно-развивающая программа с использованием элементов креативных телесно-ориентированных практик (бисероплетения) для развития функций точной дифференцировки движений

Таблица 2. Показатели мелкой моторики детей контрольной группы до начала и после окончания проведения цикла занятий по программе ДДУ.

ТЕСТЫ	ДО	ПОСЛЕ	t _{факт.}	t _{табл.}	P
«Сложи пазл», балл	2,38±0,20	2,75±0,27	1,13	2,15	>0,05
«Застегни пуговицы», балл	2,02±0,29	2,50±0,29	1,24	2,15	>0,05
«Шнуровка ботинка», балл	1,63±0,28	2,00±0,40	0,76	2,15	>0,05
«Контур из палочек», балл	2,25±0,34	2,63±0,35	0,89	2,15	>0,05
«Разложи трубочки», балл	2,39±0,40	2,88±0,32	0,98	2,15	>0,05
«Золушка», балл	2,38±0,40	2,63±0,35	0,47	2,15	>0,05
«Бусины-горошины», балл	2,50±0,20	2,88±0,13	1,55	2,15	>0,05
«Схвати шарик», балл	2,13±0,24	2,75±0,27	1,73	2,15	>0,05

пальцев рук и их схватывающей функции у детей старшего дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

Для достижения цели исследования было проведено исследование исходного уровня мелкой моторики данного контингента детей с использованием серии контрольно-педагогических испытаний (тестов). Разработана комплексная программа, направленная на развитие мелкой моторики и оценена ее эффективность.

Сравнительный анализ полученных результатов при применении базовой и разработанной нами коррекционно-развивающей программы, показал высокую эффективность разработанной нами КРП.

Это позволяет рекомендовать применение данной коррекционно-развивающей программы с использованием элементов креативных телесно-ориентированных практик (бисероплетение) для развития схватывающей способности кистей рук и точности дифференцировки движений пальцев рук на занятиях по адаптивной физической культуре у детей старшего дошкольного возраста с церебральной патологией и легкой степенью умственной отсталости.

Литература

2. Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. – М., 1997.
3. Дудьев В.П. Средства развития тонкой моторики рук у детей с нарушением речи //Дефектология. – 1999. – № 4.
4. Калюжин В.Г. Развитие двигательных способностей детей с умственной отсталостью средствами АФК // Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре, спорту и туризму: материалы XII Междунар. научн. сессии по итогам НИР за 2010 год, Минск, 12–20 апр. 2011 г. / редкол.: М.Е. Кобринский (гл. ред.) [и др.]. – Минск: БГУФК, 2011. – Ч. 2.
5. Маллер А.Р. Обучение, воспитание, и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М., 2001.

6. Мачихина В.Ф. Внеклассная воспитательная работа во вспомогательной школе-интернате: Пос. для учителей и воспитателей. – 2-е изд., испр. – М., 1983.

7. Развитие навыков мелкой моторики. [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: <http://sunchildren.narod.ru>. – Дата доступа 22.03.2011.

8. Сидорович, А.В. Мелкая моторика детей 6–7 лет с умственной отсталостью легкой степени // Актуальные вопросы физической реабилитации в спорте высших достижений: материалы Междунар. симпозиума, Ереван, 10–12 апреля 2012 г. – Ереван, 2012.

*Боченкова М. Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.*

ВЛИЯНИЕ ГИПОДИНАМИИ НА ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

В сохранении и укреплении здоровья важную роль играют правильное сочетание труда и отдыха, рациональное питание, закаливание организма и физическая культура, являющееся мощными оздоровительными факторами. Особое значение имеет физическая активность человека, регулярная мышечная деятельность, лежащая в основе жизнедеятельности всего организма.

В настоящее время очень актуальна проблема гиподинамии. Под гиподинамией понимают недостаточность мышечной деятельности человека. Гиподинамия – уменьшение силы сокращения мышц [3].

Гиподинамия представляет собой особое состояние организма, вызванное длительным ограничением мышечной активности. По своей выраженности и последствиям оно может быть различным, и обусловлено условиями работы человека, длительностью и степенью недостаточности мышечных нагрузок. Гиподинамия в сочетании с другими факторами может явиться предпосылкой к возникновению целого ряда болезненных состояний и даже заболеваний.

Гиподинамия обычно сочетается с общим снижением двигательной активности человека – гипокинезией, которая является следствием малоподвижного образа жизни, широкого использования транспорта для передвижения, автоматизации и механизации производственных процессов: в этих условиях уменьшается нагрузка на мускулатуру. Гиподинамия в школьном возрасте нередко связана с нерациональным распорядком дня ребенка, перегрузкой его домашними заданиями, вследствие чего остается мало времени для прогулок, игр, спорт, занятий. Вынужденная гиподинамия в ряде случаев связана с болезнью человека и необходимостью соблюдать строгий постельный режим, например, в остром периоде инфаркта миокарда, при травмах нижних конечностей, позвоночника и т. п. [1].

При снижении физической активности вначале уменьшается расход энергии, вслед за этим уменьшается кровоснабжение тканей, ухудшается дос-

тавка к ним кислорода, замедляется кровоток в капиллярах, возникает кислородное голодание (гипоксия) головного мозга, сердца и многих других органов, страдает их питание. Изменяется структура волокон сердечной мышцы, нарушается состояние регуляторных систем организма, в частности гормональной и нервной. При гиподинамии снижается сигнализация, идущая от мышц в центральную нервную систему, а это неблагоприятно отражается на состоянии головного мозга, т. к. мышечная деятельность играет первостепенную роль в поддержании тонуса центральной нервной системы, регуляции кровообращения и обмена веществ.

Под влиянием резкого снижения двигательной активности происходит атрофия мышц (уменьшается их объем и сила сокращения), изменяется структура костей. В связи с атрофией мышц увеличивается количество жировой ткани, нарушаются обменные процессы, изменяется состояние центральной нервной системы, появляется так называемый синдром астении, который выражается быстрой утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, в ряде случаев это сопровождается обидчивостью, склонностью к конфликтам. Существенно нарушается состояние сердечно-сосудистой системы, снижается сила сокращений миокарда, ухудшается состояние кровеносных сосудов; это ведет к возникновению атеросклероза, гипертонической болезни [5].

Еще в древности было замечено, что физическая активность способствует формированию сильного и выносливого человека, а неподвижность ведет к снижению работоспособности, заболеваниям и тучности. Все это происходит вследствие нарушения обмена веществ. Уменьшение энергетического обмена, связанное с изменением интенсивности распада и окисления органических веществ, приводит к нарушению биосинтеза, а также к изменению кальциевого обмена в организме. Вследствие этого в костях происходят глубокие изменения. Прежде всего, они начинают терять кальций. Это приводит к тому, что кость делается рыхлой, менее прочной. Кальций попадает в кровь, оседает на стенках кровеносных сосудов, они склерозируются, т. е. пропитываются кальцием, теряют эластичность и делаются ломкими. Способность крови к свертыванию резко возрастает. Возникает угроза образования кровяных сгустков (тромбов) в сосудах. Содержание большого количества кальция в крови способствует образованию камней в почках.

Отсутствие мышечной нагрузки снижает интенсивность энергетического обмена, что отрицательно сказывается на скелетных и сердечной мышцах. Кроме того, малое количество нервных импульсов, идущих от работающих мышц, снижает тонус нервной системы, утрачиваются приобретенные ранее навыки, не образуются новые. Все это самым отрицательным образом отражается на здоровье. Следует учесть также следующее. Сидячий образ жизни приводит к тому, что хрящ постепенно становится менее эластичным, теряет гибкость. Это может повлечь снижение амплитуды ды-

хательных движений и потерю гибкости тела. Но особенно сильно от неподвижности или малой подвижности страдают суставы.

Характер движения в суставе определен его строением. В коленном суставе ногу можно только сгибать и разгибать, а в тазобедренном суставе движения могут совершаться во всех направлениях. Однако амплитуда движений зависит от тренировки. При недостаточной подвижности связки теряют эластичность. В полость сустава при движении выделяется недостаточное количество суставной жидкости, играющей роль смазки. Все это затрудняет работу сустава. Недостаточная нагрузка влияет и на кровообращение в суставе. В результате питание костной ткани нарушается, формирование суставного хряща, покрывающего головку и суставную впадину сочленяющихся костей, да и самой кости идет неправильно, что приводит к различным заболеваниям. Но дело не ограничивается только этим. Нарушение кровообращения может привести к неравномерному росту костной ткани, вследствие чего возникает разрыхление одних участков и уплотнение других. Форма костей в результате этого может стать неправильной, а сустав потерять подвижность [2].

Физическая культура – неотъемлемая часть жизни человека. Она занимает достаточно важное место в учебе, работе людей. Занятием физическими упражнениями играет значительную роль в работоспособности членов общества, именно поэтому знания и умения по физической культуре должны закладываться в образовательных учреждениях различных уровней поэтапно.

Здоровье – великое благо, недаром народная мудрость гласит: «Здоровье – всему голова!». Физическая активность является одним из самых могучих средств предупреждения заболеваний, укрепления защитных сил организма. Ни одно лекарство не поможет человеку так, как последовательные и систематические занятия физкультурой.

В последнее время отмечается огромный рост популярности оздоровительных физических упражнений, никогда люди так не увлекались различными формами оздоровительной физкультуры всей семьей, как это происходит сегодня.

Литература

1. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология. Учебное пособие для студентов педагогических вузов. – М., 2004.
2. Лукьянов В.С. О сохранении здоровья и работоспособности. – М., 2002.
3. Солодков А.С., Сологуб Е.Г. Физиология человека общая, спортивная, возрастная. – М., 2001.
4. Смирнов В.Н., Дубровский В.И. Физиология физическое воспитание и спорт. Учебник для студентов средних и высших заведений. – М., 2002.
5. Фомин Н.А., Вавилов Ю.Н. Физиологические основы двигательной активности. – М., 2004.

*Григорян Л.А., г. Ставрополь, филиал РГСУ в г. Ставрополе
Научный руководитель: к.ф.н., доцент Гринева С.В.*

РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПЕДАГОГИКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Ухудшение здоровья детей школьного возраста в России стало не только медицинской, но и серьезной педагогической проблемой.

Нет какой-то одной уникальной технологии здоровья. Здоровьесбережение может выступать как одна из задач некоего образовательного процесса. Это может быть образовательный процесс медико-гигиенической направленности (осуществляемые при тесном контакте педагог – медицинский работник – ученик); физкультурно-оздоровительной (предпочтение отдается занятиям физкультурной направленности); экологической (создание гармоничных взаимоотношений с природой) и др. Только благодаря комплексному подходу к обучению школьников могут быть решены задачи формирования и укрепления здоровья учащихся с ОВЗ.

На сегодняшний день существует достаточно много определений понятия «здоровьесберегающие образовательные технологии». Например, понимание здоровьесберегающих образовательных технологий как системно организованной совокупности программ, приемов, методов организации образовательного процесса, не наносящего ущерба здоровью его участников на основе качественной характеристики педагогических технологий по критерию их позитивного воздействия на здоровье учащихся и педагогов [1, с. 75].

Здоровьесберегающая педагогика это – педагогическая система, основанная на разумном приоритете ценности здоровья, которую необходимо воспитать у учащихся и реализовать в учебно-воспитательном процессе; это образовательная система, провозглашающая приоритет культуры здоровья и технологически обеспечивающая его реализацию в организации обучения, в учебно-воспитательной работе и содержании учебных программ для педагогов, учащихся и их родителей; это область медико-психолого-педагогических знаний о построении образовательного процесса и содержании учебно-воспитательных программ с учетом интересов здоровья учащихся и педагогов [2, с. 68].

Понятие здоровьесберегающие образовательные технологии появилось в педагогическом лексиконе в последние несколько лет и до сих пор воспринимается многими педагогами, как аналог санитарно-гигиенических мероприятий. Здоровьесберегающие образовательные технологии составляют технологическую основу здоровьесберегающей педагогики. Если философия образования отвечает на вопрос «зачем учить?», а содержа-

ние образования – «чему учить?», то педагогические технологии отвечают на вопрос «как учить?». С точки зрения здоровьесбережения учить нужно так, чтобы не наносить вреда здоровью субъектов образовательного процесса – учащихся и педагогов. Школа со здоровьесберегающей средой это, прежде всего, такое образовательное учреждение, в котором обеспечивается равновесие между адаптивными возможностями организма и постоянно меняющейся средой. Это педагогическая система, в которой должны быть методики обеспечения психолого-медико-социального сопровождения учащихся на каждом возрастном этапе. Это постоянная диагностика состояния здоровья и мероприятия по формированию здорового образа жизни школьника, эффективная коррекционная и реабилитационная работа по медицинским показателям каждого индивидуума, методики включения учащихся в здоровьесберегающую деятельность, способы формирования личностных концепций здоровья, выработка умений к саморегуляции эмоциональных состояний, самоконтролю в стрессовых ситуациях, что становится особо актуальным для детей с ОВЗ.

Создание комплексной стратегии улучшения здоровья учащихся, разработка системы мер по сохранению здоровья детей во время обучения и выработка знаний и навыков, которыми должен овладеть любой школьник, в том числе с ОВЗ, является основой формирования здоровьесберегающей среды учебного заведения. Одной из задач здоровьесберегающей педагогики является такая организация режима труда и отдыха учащихся, создание таких условий для работы, которые бы обеспечили высокую работоспособность учащихся во время учебных занятий, позволили бы снять утомление и избежать переутомления [3, с. 90].

Для реализации раздела 5 «Сохранение и укрепление здоровья школьников» Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа», утвержденной Президентом Российской Федерации Д.А. Медведевым (04.02.2010 № Пр-271), пункта 18а раздела 5 «Сохранение и укрепление здоровья школьников» Плана первоочередных действий по модернизации общего образования на 2010г., утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации (27.02.2010г.), в Ставропольском крае необходимо возродить движение по сдаче норм физкультурного комплекса, повышающее готовность за результативность физического воспитания учащихся, а также укрепляющее здоровье обучающихся. Для формирования у школьников с ОВЗ заинтересованного отношения к собственному здоровью и воспитания потребности в здоровом образе жизни предлагается введение третьего урока физкультуры и реализации на нём комплексного учебного курса «Моё здоровье в моих руках».

Данный курс должен представлять собой набор модулей (элективных курсов, разделов учебных курсов, программ дополнительного образования, комплекты материалов и др.) для возрастной категории учащихся с 1 по 11 классы с ОВЗ:

- Массаж
- Я и мое здоровье
- Экология души
- Секретные материалы о твоём здоровье
- Подвижные игры и игровые виды спорта
- 17 занятий о красоте и здоровье
- Двигательный режим школьника
- Шахматы
- Спортивный туризм

Представленные модули будут посвящены практическим рекомендациям, связанным с различными аспектами здоровья и направлены на привитие конкретных навыков самооздоровления, а также содержать теоретические сведения о человеческом организме, о некоторых особенностях его функционирования и опасностях для его здоровья, что направлено на формирование здорового и активного человека. В каждом модуле предполагается система оценивания результата и определенные критерии.

Содержание теоретических знаний и тематического планирования направлено на реализацию требований здоровьесберегающих технологий в общеобразовательных учреждениях, решение задач по совершенствованию физического развития учащихся, укреплению их здоровья, введение таких форм работы на уроке, которые обеспечивают благотворное влияние на организм школьника, позволяют заниматься творческой деятельностью, положительно сказываются на всех жизненных процессах.

1. Идея создания программы «Моё здоровье в моих руках» имеет в основе примерную программу по физической культуре, подготовленную в рамках проекта «Разработка, апробация и внедрение Федеральных государственных стандартов общего образования второго поколения», которая содержит задания, ориентированные на гармоничное физическое развитие, всестороннюю физическую подготовку и укрепление здоровья школьников (раздел «Физическое совершенствование») [4, с. 319-323].

В формировании физически здоровой и физически развитой личности с высокой потребностью в двигательной активности и повышенной умственной работоспособностью важнейшее значение имеют спортивные (динамические) часы.

Курс динамических (спортивных) часов основан на принципах реализации желания детей заниматься конкретными видами спорта, направлен на содействие гармоничному физическому развитию, всесторонней физической подготовке и укреплению здоровья занимающихся, привитие потребности к систематическим занятиям физическими упражнениями.

Цель курса спортивных часов – здоровьесбережение, здоровьеподдержание и здоровьесформирование. Среди основных задач можно выделить следующие:

1. Содействие правильному физическому развитию и разносторонней физической подготовленности.

2. Устранение мышечной скованности.
3. Снятие физической и умственной усталости.
4. Формирование установок здорового образа жизни.
5. Укрепление и развитие дыхательного аппарата и организма детей.
6. Содействие развитию специальных физических способностей, необходимых для совершенствования двигательных навыков.
7. Обучение основам подвижных игр, подвижных игр с элементами игровых видов спорта и спортивных игр.
8. Воспитание и формирование лидерских качеств личности, способной взаимодействовать в команде.

Данная программа позволит посредством физических упражнений, подвижных игр, спортивных игр оказывать влияние на физическое воспитание школьников с ОВЗ, так как представляет широкие возможности для всестороннего воздействия на растущий организм.

Программа будет составлена на основе материала, который дети изучают на уроках физической культуры в общеобразовательной школе, дополняя его с учетом интересов детей к таким видам спорта, как спортивные игры – баскетбол, волейбол, пионербол, настольный теннис.

Помимо улучшения показаний физической подготовленности, учащиеся должны приобрести навыки командных игр, знать и выполнять правила игр и соревнований, начальные навыки судейства [5, с. 21-26].

Сочетание традиционных и инновационных форм проведения теоретических и практических занятий, с помощью которых учащиеся с ОВЗ закрепляют полученные знания, умения и навыки, развивают двигательную активность, отрабатывают технико-тактические действия в игровых видах спорта, повышают активность в занятиях физкультурой и спортом.

Литература

2. Карасева Т.В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих технологий // Начальная школа. – 2005. – № 11.
3. Казаковцева Т.С, Косолапова Т.Л. К вопросу здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях // Начальная школа. – 2006. – № 4.
4. Ощепкова Т.Л. Воспитание потребности в ЗОЖ у детей младшего школьного возраста// Начальная школа. – 2006. – № 8.
5. Протасова С.В. Здоровьесберегающая педагогика в образовательном учреждении: миф или реальность // Теория и практика реализации компетентностного подхода в общем и профессиональном образовании: сб. науч. ст. / Урал.гос. пед. ун-т; под ред. Н.И. Чураковой. В 2-х ч. Ч.2. Екатеринбург: Урал.гос. пед. ун-т, 2012. Вайнер Э.Н. Формирование здоровьесберегающей среды в системеобщего образования // Валеология. –2004.– №1.

Дрововозова Я.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА

Существует различные подходы к определению понятия «здоровье», которые можно классифицировать следующим образом:

1. Здоровье – это отсутствие болезней.
2. Здоровье и норма – понятие тождественные.
3. Здоровье как единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических констант.

Общее для этих определений в том, что здоровье понимается как нечто противоположное болезни, отличное от нее, как синоним нормы. Поэтому понятие «здоровье» можно определить следующим образом: здоровье – нормальное психосоматическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивающее полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций.

Состояние здоровья отражается на всех сферах жизни людей. Полнота и интенсивность многообразных жизненных проявлений человека непосредственно зависит от уровня здоровья, его «качественных» характеристик, которые в значительной мере определяют образ и стиль жизни человека: уровень социальной, экономической и трудовой активности, степень миграционной подвижности людей, приобщение их к современным достижениям культуры, науки, искусства, техники и технологии, характер и способы проведения досуга и отдыха. Уровень здоровья и физического развития – одно из важнейших условий качества рабочей силы. В зависимости от их показателей оценивается возможность участия человека в определенных сферах трудовой деятельности.

Поэтому уже на этапе выбора специальности и вида профессионального обучения объективно возникает, ставится и решается проблема психофизиологического соответствия личности конкретным видам профессиональной деятельности.

Образ жизни студента есть не что иное, как определенный способ интеграции его потребностей и соответствующей им деятельности, сопровождающих ее переживаний. Структура образа жизни выражается в тех отношениях субординации и координации, в которых находятся разные виды жизнедеятельности. Это проявляется в той доли бюджета времени личности, которая на них тратится, в том, на какие виды жизнедеятельности личность расходует свое свободное время, каким видам отдает предпочтение в ситуациях, когда возможен выбор. Одни студенты больше используют свободное время для чтения, другие – для занятий физическими упражнениями, третьи – на общение[1, с. 121-124].

Образ жизни студенту нельзя навязать извне. Анализ фактических материалов о жизнедеятельности студентов свидетельствует о ее неупорядочен-

ности и хаотичной организации. Это отражается в таких важнейших компонентах, как несвоевременный прием пищи, систематическое недосыпание, малое пребывание на свежем воздухе, недостаточная двигательная активность, отсутствие закаливающих процедур, выполнение самостоятельной учебной работы во время, предназначенное для сна, курение и другие. В то же время установлено, что влияние отдельных компонентов образа жизни студентов, принятого за 100%, весьма значимо. Так, на режим сна приходится 24-30%, на режим питания 10-16%, на режим двигательной активности 15-30%. Накапливаясь в течение учебного года, негативные последствия такой организации жизнедеятельности наиболее ярко проявляются ко времени его окончания (увеличивается число заболеваний). А так как эти процессы наблюдаются в течение 5-6 лет обучения, то они оказывают существенное влияние на состояние здоровья студентов, автоматически сохранение и укрепление здоровья студентов.

Состояние здоровья обеспечивают многие составляющие образа жизни, среди которых большое место принадлежит регулярным занятиям физическими упражнениями, спортом, а также оздоровительным факторам.

Здоровый образ жизни создает для личности такую социокультурную микросферу, в условиях которой возникают реальные предпосылки для высокой творческой самоотдачи, работоспособности, трудовой и общественной активности, психологического комфорта. Наиболее полно раскрывается психофизиологический потенциал личности, актуализируется процесс ее самосовершенствования. В условиях здорового образа жизни. Ответственность за здоровье формируется у студента как часть общекультурного развития, проявляющаяся в единстве стилевых особенностей поведения, способности построить себя как личность в соответствии с собственными представлениями о полноценной в духовном, нравственном и физическом отношении жизни. Основными элементами здорового образа жизни выступают: соблюдение режима труда и отдыха, питания и сна, гигиенических требований, организация индивидуального целесообразного режима двигательной активности, отказ от вредных привычек, культура межличностного общения и поведения в коллективе, культура сексуального поведения, содержательный досуг, оказывающий развивающее воздействие на личность [2, с. 145-147].

Изучение целостных ориентаций студентов на здоровый образ жизни позволяет выделить среди них четыре группы. Первая группа включает в себя абсолютные, общечеловеческие ценности, получившие у студентов оценку огромного значения. К ним относятся: удачная семейная жизнь, мужество и честность, здоровье, всестороннее развитие личности, интеллектуальные способности, сила воли и собранность, умение общаться, обладание красотой и выразительностью движений. Вторая группа «преимущественных ценностей» – хорошее телосложение и физическое состояние, авторитет среди окружающих. Третья группа ценностей получила наименование «противоречивых». Она включает наличие материальных благ, успехи в работе, удовлетворенность

учебой, занятия физическими упражнениями и спортом, хороший уровень развития физических ценностей, интересный отдых. Четвертая группа ценностей – это знания о функционировании человеческого организма, физическая подготовленность. Студенты выделяют среди факторов риска здоровья прежде всего злоупотребление алкоголем – 75,6%, курение – 73,5%, что отражает один из стереотипов пропаганды здорового образа жизни. Недостаток двигательной активности отмечен 39,9% студентов; загрязнение окружающей среды осознается 29,3% респондентов; на конфликты с окружающими осознается 29,1%; на перегруженность учебно-профессиональными и домашними обязанностями 7,9%. В то же время напряженный режим учебного труда, как показывают многие исследования – существенный фактор возникновения астенических состояний студентов [3, с. 98-99].

К основным составляющим здорового образа жизни относят: режим труда и отдыха, организация сна, режим питания, организация двигательной активности, выполнение требований санитарии, гигиены, закаливания; профилактика вредных привычек, культура межличностного общения; психофизическая регуляция организма.

Режим труда и отдыха. Человек, соблюдая устоявшийся и наиболее целесообразный режим жизнедеятельности, лучше приспосабливается к течению важнейших физиологических процессов. Следовательно, необходимо вести четко организованный образ жизни, соблюдать постоянный режим в учебном труде, отдыхе, питании, сне. Режим дня – нормативная основа жизнедеятельности для всех студентов. В то же время он должен быть индивидуальным, т.е. соответствовать конкретным условиям, состоянию здоровья, уровню работоспособности, личным интересам и склонностям студента. Режим будет реальным и выполнимым, если он динамичен и строится с учетом непредвиденных обстоятельств.

Организация сна. Сон – обязательная и наиболее полноценная форма ежедневного отдыха. Для студента необходимо считать обычной нормой ночного монофазного сна 7,5-8 часов. Часы, предназначенные для сна, нельзя рассматривать как некий резерв времени, который можно часто и безнаказанно использовать для других целей. Это, как правило, отражается на продуктивности умственного труда и психоэмоциональном состоянии. Беспорядочный сон может привести к бессоннице, другим нервным расстройствам.

Напряженную умственную работу необходимо прекращать за 1,5 часа до отдыха ко сну, так как она создает в коре головного мозга замкнутые циклы возбуждения, отличающиеся большой стойкостью. Поэтому умственный труд, выполняемый непосредственно перед сном, затрудняет засыпание, приводит к ситуативным сновидениям, вялости и плохому самочувствию после пробуждения.

Перед сном необходимо проветривание комнаты, а еще лучше сон при открытой форточке. Мало спящим людям для хорошего самочувствия и высокой работоспособности достаточно 5-6 часов сна. Это, как правило, люди

энергичные, активно преодолевающие трудности, не задерживающие чрезмерно внимание на неприятных переживаниях. Много спящие люди нуждаются в 9-часовом сне и даже более. Это преимущественно люди с повышенной эмоциональной чувствительностью.

Каждый студент может и должен знать принципы рационального питания, регулировать нормальную массу своего тела. Рациональное питание – это физиологически полноценный прием пищи людьми с учетом пола, возраста, характера труда и других факторов. Питание строится на следующих принципах: достижения энергетического баланса; установления правильного соотношения между основными пищевыми веществами – белками, жирами, углеводами, между растительными и животными белками и жирами, простыми и сложными углеводами, сбалансированности минеральных веществ и витаминов, ритмичности приема пищи.

Пища служит источником энергии для работы всех систем организма, обновления тканей. Часть энергии идет на основной обмен, необходимый для поддержания жизни в состоянии полного покоя. В среднем суточное потребление энергии у юношей составляет 2700 ккал, у девушек – 2400 ккал. В период экзаменационных сессий, когда энергозатраты возрастают, распад белков усиливается, вследствие чего энергетическая ценность рациона повышается до 3000 ккал, а потребление белков до 120 граммов. В процессе регулярных занятий физическими упражнениями и спортом, в зависимости от его видов, энергозатраты возрастают до 3500 – 4000 ккал. Потребность организма в воде соответствует количеству теряемой им жидкости. Вода составляет в среднем 66% нашего тела. В нормальных условиях человек теряет за сутки в среднем 2300-2800 мл воды. В обычных условиях потребность организма в воде частично удовлетворяется за счет поступления с твердой пищей (в среднем 800-1000мл/сутки). Поэтому для полного удовлетворения потребности организма в воде необходимо употреблять дополнительно около 1200-1300мл так называемой свободной жидкости (чай, молоко, вода и т.д.). Недостаток воды способствует накоплению в организме продуктов распада белков и жиров, а избыток – вымывание из него минеральных солей, водорастворимых витаминов и других необходимых веществ [4, с. 56-60].

Один из обязательных факторов здорового образа жизни студентов – систематическое, соответствующее полу, возрасту, состоянию здоровья, использование физических нагрузок. У большинства числа людей, занятых в сфере интеллектуального труда, двигательная активность ограничена.

Установлено, что в среднем двигательная активность студентов в период учебных занятий больше, чем в экзаменационный период. Уровень двигательной активности студентов во время каникул отражает естественную потребность в движениях, в этот период они свободны от учебных занятий. Учебные занятия по физическому воспитанию (2 раза в неделю) не могут компенсировать общий дефицит двигательной активности. Следует учитывать сезонные колебания двигательной активности – зимой она снижается

на 5-15% по отношению к лету. У студентов, отнесенных к основной медицинской группе, она выше, чем у тех, кто распределен в специальную медицинскую группу, в среднем на 17-28%. У мужчин двигательная активность выше, чем у женщин, в среднем 17-28% [5, с. 244].

Гигиена тела предъявляет особые требования к состоянию кожных покровов, выполняющих следующие функции: защита внутренней среды организма, выделение из организма продуктов обмена веществ, терморегуляция и др. В полном объеме они выполняются только при здоровой и чистой коже.

Важным средством профилактики негативных последствий охлаждения организма или действия высоких температур является закаливание. Приступая к закаливанию необходимо усвоить его основные правила. Надо убедиться в необходимости закаливания и воспитать потребность в нём. Закаливание должно быть систематическим. Соблюдать принцип постепенности. Нельзя резко изменять температуру воды или воздуха, а также увеличивать длительность воздействия. Не забывать об индивидуальном подходе. В каждом конкретном климатическом регионе закаливание должно быть специфическим. Для повышения эффективности закаливания надо использовать различные средства – закаливание воздухом, солнцем и водой. Проводить закаливание в хорошем настроении, чтобы оно приносило удовольствие. Эффективность закаливания повышается, если во время процедур выполнять физические упражнения или какую-либо физическую работу. В процессе закаливания необходим постоянный самоконтроль [6, с. 112-115].

Здоровый образ жизни несовместим с вредными привычками. Употребление алкоголя, наркотических веществ, табака входит в число важнейших факторов риска многих заболеваний, негативно отражающихся на здоровье студентов.

Курение – одна из самых вредных привычек. Широко распространены мифы о курении, играющие роль «психической защиты» и служащие средством самоопределения.

Курение – это сухая перегонка табака и бумаги под воздействием высокой температуры. При этом выделяется большое количество вредных веществ попадающих в организм (никотин, синильная кислота, аммиак, окись углерода, смолы и радиоактивные вещества).

Научные данные свидетельствуют о том, что некоторое субъективное и кратковременное повышение работоспособности объясняется первоначальным расширяющим действием табачного дыма на сосуды головного мозга, которое через несколько минут сменяется их значительным сужением. Под влиянием никотина мышечная сила снижается; у курящих студентов также понижается умственная работоспособность, среди них больше неуспевающих. 50% веществ, образующихся при курении, попадает в окружающий воздух, и его вдыхают люди, находящиеся в одном помещении с курильщиком. В результате через некоторое время у них отмечаются все признаки никотиновой интоксикации: головная боль, головокружение, учащение сердцебиения, повышенная утомляемость, снижение работоспособности.

Притягательная сила курения для молодежи в том, что они получают удовольствие от сознания своей «полноценности», самоутверждения, ощущения себя идущим в ногу с модой, видят в курении средство для снятия эмоционального напряжения, повышения работоспособности. Так курение превращается в ритуал.

К числу вредных привычек относятся употребление наркотиков. Их основное свойство – способность вызвать состояние эйфории. Причины употребления наркотиков разные. На первых порах – желание испытать еще неизвестное «острое» ощущение, подражать тем, кто уже употребляет эти вещества, желание хоть на короткое время уйти от каких-либо тяжелых жизненных ситуаций; почувствовать состояние «невесомости», «блаженства».

Здоровый образ жизни обладает широким позитивным спектром воздействия на различные стороны проявлений организма и личности человека. В психологическом аспекте достоинства здорового образа жизни обнаруживаются в качестве психического здоровья, хорошем самочувствии, в нервно-психической устойчивости, способности успешно переносить последствия психических стрессов, уверенности в своих силах. В функциональном проявлении можно отметить более высокое качество здоровья, улучшение адаптационных процессов, повышение работоспособности и тренированности, снижение заболеваний и болезненных ощущений.

Под физическим самовоспитанием понимается процесс целенаправленной, сознательной, планомерной работы над собой и ориентированной на формирование физической культуры личности.

Для самовоспитания нужна воля, хотя она сама формируется и закрепляется в работе, преодолении трудностей, стоящих на пути к цели. Оно может быть сопряжено с другими видами самовоспитания – нравственным, интеллектуальным, трудовым, эстетическим и др.

Личный план физического самовоспитания должен иметь следующие задачи: укрепление здоровья, закаливание организма, выработка настойчивости, воспитание координационных способностей, воспитание выносливости, улучшение физического развития и физической подготовленности в соответствии с требованиями будущей профессиональной деятельности.

Использовать следующие средства и методы: утреннюю гимнастику, физические упражнения, гигиенические и природные факторы, упражнения на развитие координации, бег, пешие походы, прогулки на велосипеде. На основе этого плана следует вести дневник самоконтроля. Систематическое заполнение дневника самоконтроля является как бы самоотчетом о проделанной работе.

Таким образом, способность студента отмечать даже незначительные изменения в работе над собой имеет важное значение, так как подкрепляет его уверенность в своих силах, активизирует, содействует дальнейшему совершенствованию программы самовоспитания, реализации здорового образа жизни [7, с. 144-147].

Литература

1. Основы теории и методики физического воспитания: учебное пособие / Отв. ред. Г.В. Валеева. – Уфа, 2000.
2. Физическая культура студента: учебник для студентов вузов / Под общ.ред. В.И. Ильинича. – М., 2003.
3. Физическая культура: учебное пособие/ Под редакцией В.А. Коваленко. – М., 2000.
4. Основы специальной физической подготовки спортсменов. – М., 1998.
5. Управление творческой деятельностью кафедры физического воспитания и спорта: монография /Крамской С.И., Зайцев В.П. – М., 2004.
6. Теория и методика физического воспитания: учебник для институтов физической культуры: в 2 т. / Под общ.ред. М.П. Матвеева, А.В. Новикова. М., 1999.
7. Ильинич В.И. Студенческий спорт и жизнь: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. – М., 1997.

***Капюжин В.В., Тимофейчик С.Ч., г. Минск,
НМУ «Национальный институт образования»
Научный руководитель: магистр пед. н. Тимофейчик С.Ч.***

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Социализация инвалида – освоение инвалидами знаний, навыков, умений, стереотипов движения и поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих их полноценное участие в общепринятых формах социального взаимодействия. Процесс социализации реализуется с помощью разнообразных методов обучения и технологии включения инвалида в социальные взаимодействия через здоровьесберегающие и оздоровительные мероприятия.

Обучение предусматривает предоставление помощи инвалиду в компенсации психологических изменений (когда врожденный или приобретенный дефект занимает центральное место в формировании и становлении личности), в формировании положительных установок на развитие двигательных способностей инвалида, что будет компенсировать инвалидность.

Методика обучения должна быть направлена на овладение инвалидом стандартными схемами поведения и взаимодействия, на освоение инвалидом окружения и полноценного существования в нем.

Обучение должно включать адаптационное консультирование и организацию социального участия инвалида в жизни общества; оно должно подготовить инвалида к адекватным ответам на требование окружения и активным воздействиям на него.

Процесс социализации имеет свои особенности в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, пола и возраста, особенностей его социального положения.

Так, например, у инвалидов с умственной отсталостью известную степень самостоятельности можно достичь с помощью интенсивного развития двигательных навыков, заучивания и использования ими стереотипных наборов движений, необходимых в стандартных жизненных ситуациях [2, 3].

Социальный тренинг таких инвалидов должен обеспечить восприятие ими окружающего общества и реакцию на него в виде стереотипных для физической культуры представлений и действий.

У инвалидов в возрасте 16-25 лет наличие ограничения жизнедеятельности может усугубить трудности общения, имеющиеся в этом возрасте, что может вызвать изменение личности, ее социальную изоляцию и привести к асоциальному поведению. Программы социализации инвалидов этого возраста должны быть направлены в сторону преодоления имеющихся двигательных ограничений, на поиск путей реализации собственных возможностей.

Социализация людей, ставших инвалидами в зрелом возрасте (26-60 лет), требует переоценки ранее приобретенного опыта; освоения навыков и представлений, необходимых в связи с нарушением состояния здоровья и ограничением жизнедеятельности; формированием новых механизмов жизнеобеспечения, социализации и коммуникации.

Для пожилых инвалидов (в возрасте старше 60 лет) программа социализации должны предусматривать набор социальных ролей и варианты физкультурных форм активности.

Социально-экономическое положение инвалидов (образование, квалификация, семья, экономическое положение, уровень урбанизации местности, где проживает инвалид) играет важную роль в его социализации. Неблагоприятное социально-экономическое положение инвалида нередко приводит к тому, что он остается без квалифицированной помощи и тогда уровень их социализации напрямую зависит от приспособления физических качеств к сложившимся новым условиям существования.

Реабилитацию инвалидов методами физической культуры и спорта осуществляет специалист по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту в тесном сотрудничестве с врачом [1]. В его задачи входят:

- информирование и консультирование инвалида по этим вопросам;
- обучение инвалида навыкам занятий адаптивной физической культурой и адаптивным спортом;
- оказание содействия инвалидам в их взаимодействии со спортивными организациями;
- организация и проведение занятий и спортивных мероприятий;

Следует помнить, что инвалидам доступны значительное количество видов спорта. Так, инвалиды с патологией органов зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата могут заниматься биатлоном, боулингом, велосипедом, гандболом, горнолыжным спортом, дзюдо, «колясочным баскетболом», «колясочным волейболом», «колясочным регби», конным спортом, конькобежным спортом сидячим, легкой атлетикой (бегом, метанием копья, молота,

диска, прыжками в длину, высоту), настольным теннисом, плаванием, равнинными лыжами, стрельбой из лука, сидячим хоккеем, шахматами, фехтованием, футболом.

Отделение социальной реабилитации может использовать те виды адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, которые можно организовать с учетом требований к помещению, оборудованию и спортивному инвентарю. Например, для организации соревнований лиц с поражением зрения нужны светонепроницаемые очки, мячи для гандбола и торбола, приспособления для стрельбы у слепых. Оборудование соревнований атлетов с поражением опорно-двигательного аппарата должны включать спортивные протезы, спортивные коляски [4].

Для занятий адаптивной физической культурой необходимы различные тренажеры, тредмил, велоэргометр. Все занятия физкультурой и спортом должны проводиться под наблюдением врача-специалиста по реабилитации и медицинской сестры [1].

По завершению реабилитационных мероприятий инвалида принимает заведующий отделением, который оценивает эффективность проведенной физической реабилитации и делает отметку о выполнении программы социальной реабилитации в Индивидуальной программе реабилитации инвалида.

Деятельность реабилитационных учреждений строится на оказании медико-социальных, социально-бытовых, социокультурных, профориентационных, физкультурных, психолого-педагогических и социально-психологических услуг. На каждом этапе реабилитации психолог должен принимать активное участие.

Работа психолога с инвалидом начинается с ознакомительной беседы, в ходе которой должны установиться доверительные и партнерские взаимоотношения между субъектами общения. Беседа позволяет не только познакомиться с инвалидом, но и выяснить субъективную оценку сложившейся ситуации самим больным и выработать оптимальную тактику и стратегию в реабилитационном процессе.

Первое интервью с пациентом должно быть разнообразным и затрагивать целый ряд вопросов, касающихся физического состояния, психологического аспекта заболевания, сопутствующих факторов и социальных условий. Все эти аспекты имеют непосредственное отношение к внутренней картине болезни, которая формируется у личности при заболевании (или травме), особенно, если оно принимает хронический, неизлечимый характер, приводящий к инвалидности.

Для более полного представления о личности инвалида можно использовать тестовые методики для определения мотивации, тревожности, агрессивности, степени адаптации, самооценки, а также характерологический опросник Леонгарда. Все это позволяет наиболее полно определить реабилитационный потенциал, детализировать и конкретизировать индивидуальную программу реабилитации, разработанную учреждением службы медико-социальной экспертизы.

Работая над реализацией индивидуальной программы реабилитации, следует помнить, что степень социальной и физической реинтеграции зависит от уровня здоровья инвалида. И уже здоровье является основополагающим фундаментом, на котором строиться и от которого зависит эффективность всех последующих видов реабилитационного процесса. В связи с этим, особенно у молодых инвалидов трудоспособного возраста, очень актуально сопровождение психолога на данном этапе. Не секрет, что люди нередко имеют вторичную выгоду от болезни, что особенно свойственно лицам с врожденными и хроническими заболеваниями. И, если физические и моральные страдания от болезни приносят меньше вреда, чем вторичная выгода – пользы, люди, демонстрируя желание избавиться от болезни, тем не менее, из последних сил цепляются за эту болезнь. Тогда даже новые наукоемкие технологии медицинской реабилитации могут оказаться бессильными. Задача психолога на данном этапе реабилитации – продемонстрировать физические возможности здорового человека в каждом конкретном случае и показать негативные, пагубные стороны заболевания.

В профессиональной реабилитации участие психолога не менее важно. Направление психологической работы состоит не только в определении направленности личности, но и в изучении и формировании адекватной самооценки личности, в повышении мотивационного уровня. По ходу этой основной работы могут решаться и другие вопросы – профилактика эмоциональных расстройств, коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных реакций и форм поведения, уменьшение эмоционального напряжения, понижение уровня страха, тревоги и др. главная же задача психолога в рамках профессиональной реабилитации – проведение профессиональной психодиагностики и профориентации.

Социальная реабилитация, цель которой заключается в восстановлении социального статуса инвалида, достижении им материальной независимости и его социальной адаптации, включает в себя социально-бытовую, социально-средовую, социокультурную и психологическую реабилитацию. Психологическое сопровождение инвалида необходимо для повышения эффективности процесса социально-психологической адаптации к новым условиям жизни в ситуации болезни и инвалидности.

Участие психолога в составлении плана и программы социофизкультурной реабилитации неоспоримо. Психолог выявляет в процессе психологической диагностики круг склонностей, интересов, специальных особенностей и затем рекомендует инвалиду активное занятие тем или иным видом спорта, который способствует самораскрытию и самореализации личности, к чему особенно надо стремиться человеку, имеющему различные ограничения жизнедеятельности. Самореализация может играть терапевтическую роль. Терапия творчества универсальна как социально-психологический метод, он может применяться в работе с инвалидами разного возраста и разного уровня физического развития. В основе терапии творчеством ле-

жит принцип сублимации – одного из высших и наиболее эффективных защитных механизмов человека, который переориентирует скрытые агрессивные импульсы в приемлемые и даже поощряемые формы социальной и спортивной деятельности.

Литература

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие. / Т.П.Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007.
2. Веневцев, С.И. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушением интеллекта средствами АФК. / С.И.Веневцев, А.А.Дмитриев. – М: Советский спорт, 2004.
3. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие. / Н.Л.Литош. – М.: Спорт-Академ-Пресс, 2002.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005.

***Кононенко Е.А., Кулинцева А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.***

ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА

Здоровье – ценность человеческой жизни, которой, к сожалению, сам человек не уделяет должного внимания. Вместе с тем, по официальным данным органов здравоохранения, образования, физической культуры, исследования ученых, врачей и педагогов, в настоящее время заболеваемость в России признана высокой, как среди взрослого населения, так и среди дошкольников, школьников и студентов.

Здоровье студентов в настоящее время является предметом пристального внимания, поскольку в силу разных причин в России сегодня на каждую тысячу обследованных студентов, приходится восемьсот человек больных. На сегодняшний день возникло много вопросов, связанных с формированием новых подходов к укреплению здоровья студентов [4].

По статистике студенты при определении групп здоровья для занятий физической подготовкой переходят в более низкую медицинскую группу. Ежегодно увеличивается число студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе [2, с. 260-262].

Студенты составляют особую социальную группу, объединенную определенным возрастом, специфическими условиями труда и жизни. Для студенчества характерно воздействие комплекса факторов, вызывающих напряжение приспособленных психических и физиологических механизмов, факторов риска возникновения заболеваний [3, с. 5-7].

Совокупность этих факторов обуславливает определение медико-социальных приоритетов в планировании целенаправленных мероприятий по профилактике болезней и укреплению здоровья студентов, формированию здорового образа жизни.

На данный момент следует отметить, что возрастает число студентов направляемых для занятий физической культурой в специальные медицинские группы. В этих группах используется расширенный спектр средств и методов лечебно-профилактического характера для более быстрого восстановления здоровья и трудоспособности занимающихся.

Таким образом, укрепление здоровья студентов, а также профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни на сегодняшний день являются важными задачами, которые решаются с помощью лечебной физической культуры (ЛФК). Однако отрицательным моментом является, то, что средства и методы ЛФК пока что не стали полноправной составной частью физического воспитания в специальных медицинских группах.

К ЛФК относятся следующие методы лечения:

1. Метод профилактики.
2. Метод медицинской реабилитации.

Эти методы основаны на использовании лечебной гимнастики, состоящей из методически разработанных физических упражнений. К видам ЛФК относятся общая тренировка и специальные тренировки. Общая тренировка в ЛФК направлена на укрепление и восстановление организма в целом, а специальные тренировки назначаются в лечебных учреждениях для устранения нарушений в функционировании определенных органов или систем в организме в процессе прохождения курса ЛФК. Задача специальных тренировок — избирательное воздействие на ту или иную часть организма. Например, упражнения для туловища по своему физиологическому воздействию на организм являются общеукрепляющими для здорового человека. В то же время для студента, имеющего заболевание позвоночника (сколиоз, остеохондроз и др.), эти физические упражнения способствуют решению следующих проблем: увеличению подвижности позвоночника и укреплению мышц, окружающих его, коррекции позвоночника и др.

Таким образом, следует сделать вывод что, эти упражнения для одного человека могут быть общеразвивающими, для другого – специальными [3, с. 5-7].

Государство должно играть непосредственную роль во внедрении средств и методов ЛФК в практику занятий со специальными медицинскими группами. Так как физическая активность, регламентированная в соответствии с медицинскими показаниями, является важнейшим фактором коррекции образа жизни человека.

Наиболее характерной особенностью метода ЛФК является использование физических упражнений, которые вовлекают в ответную реакцию все структуры организма и избирательно влияют на его разные функции. Регулярные физические тренировки стимулируют, тренируют и приспособляют весь

организм студентов к возрастающим физическим нагрузкам. В итоге занятия ЛФК приводят к функциональной адаптации занимающегося. В данном случае ЛФК можно рассматривать как метод функциональной терапии.

Функционал гимнастики ЛФК, подразделяется на следующие принципы [3]:

1. Анатомический,
2. Степени активности.

По анатомическому принципу упражнения ЛФК представляют собой гимнастику для конкретных мышечных групп, например, физкультура для мышц ног, рук, шеи, спины и т. п.

По степени активности в лечебной физкультуре выделяют активную и пассивную. В процессе активной ЛФК упражнения полностью выполняются самим больным. В случае если упражнения выполняются больным с нарушением двигательных функций организма с помощью здоровой конечности или с помощью методиста, то имеет место пассивная лечебная физкультура.

Для того чтобы достичь определенных результатов в лечебной физкультуре, применяются определенные упражнения, нацеленные на восстановление функций той или иной части организма (например, для укрепления мышц спины лечебная гимнастика включает в себя системный комплекс физических упражнений, в положении стоя, сидя и лежа). В результате успешного прохождения курса ЛФК организм занимающегося адаптируется к возрастающим нагрузкам и корректирует вызванные заболеванием нарушения [2, с. 260-262].

Следует отметить положительное влияние физических упражнений на организм:

- выравнивается течение основных нервных процессов;
- повышается возбудимость при возросших тормозных процессах, развиваются тормозные влияния при выраженном патологическом раздражении.

Физическая тренировка оказывает стимулирующее влияние на обмен веществ. Имеются также указания на способность физических упражнений стимулировать функции эндокринных желез (гипофиз, эпифиз, надпочечники, щитовидная железа и др.), которые с помощью выделяемых ими гормонов во взаимодействии с нервной системой регулируют все функции организма. Регулярные физические упражнения повышают свойства организма и устойчивость к заболеваниям [1, с. 200].

Таким образом, можно сделать вывод, что занятия ЛФК имеют большое значение для здоровья студентов, относящихся к специальной медицинской группе, позволяя им улучшить уровень своего здоровья. ЛФК воспитывает у занимающихся сознательное отношение к использованию физических упражнений, прививает ему гигиенические навыки, воспитывает правильное отношение к закаливанию организма, позволяет повысить работоспособность, успеваемость, так как здоровье — основа благополучия человека в современном мире.

Литература

1. Беляя Н.А. Лечебная физкультура и массаж: учеб-метод. пособие / Н.А. Беляя. – М., 2000.
2. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура: учебник. – М., 1999.
3. Физическая реабилитация: учебник / Под общ. ред. С.Н. Попова. – Ростов-на-Дону, 2008.
4. <http://xreferat.ru/103/310-1-zdorov-e-studenta.html>.

*Манохина Н.Н., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: к.мед.н. Светицкая Л.П.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ НА ОСНОВЕ БОС В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ ПО УЛУЧШЕНИЮ ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Жизнь человека буквально пронизана контактами с другими людьми, любое социальное взаимодействие предполагает коммуникацию, т. е. это процесс общения и передачи информации между людьми или их группами в виде устных и письменных сообщений, языка телодвижений и параметров речи. Коммуникация включает в себя все те вербальные и невербальные процессы, с помощью которых человек посылает и принимает сообщения. На уровне невербальных коммуникаций с учетом личностных свойств коммуникативные качества выражаются в коммуникативной направленности к окружающему миру, дружелюбии, общительности, готовности к социальному взаимодействию, доверии к людям. Следовательно, коммуникация осуществляется не только вербальными средствами, но и невербальными. Последние играют важную роль в акте коммуникации. Без них речевое общение не может обойтись. Невербальные средства могут проявляться в виде мимики и жестов, звуковых выражениях. Нарушение психофизического развития у детей отражается на формировании невербальных коммуникаций. Большой контингент детей и подростков затрудняется в выборе поведенческих реакций при общении с другими людьми, что часто проявляется вегетативным и эмоциональным напряжением. Это мешает им находить четко и быстро темы для общения, вырабатывать линию поведения, общаясь с другими детьми, подростками и взрослыми людьми, что затрудняет и сдерживает процесс адаптации их к окружающему миру. Важной задачей является своевременное выявление и проведение мероприятий по коррекции психофизиологических особенностей учащихся для улучшения их коммуникативных способностей. Постоянно расширяющееся и все более глубокое проникновение идей и методов биоуправления в сферы профилактики патологии организма, совершенствования его психофизиологических возможностей, на современном уровне развития для процедуры саморегуляции организма требует использования технических средств. Одним из важнейших ус-

ловий регуляции организма является нормальное функционирование вегетативной нервной системы. Исследования коммуникативных способностей детей и подростков указывают на нарушение у них вегетативной регуляции организма, что и определило выбор нашего исследования. Одной из таких эффективных коррекционных технологий является технология, в основе которой заложен принцип биологической обратной связи (БОС) [4, с. 29].

При использовании данного принципа с помощью программно-аппаратного комплекса «Реакор» в организме происходит развитие процесса саморегуляции, способствующей нормализации работы, прежде всего вегетативной нервной системы. Одним из принципов, положенных в основу создания психофизиологического реабилитационного комплекса для БОС-тренинга «Реакор», является обеспечение возможности поэтапного переобучения проблемной системы организма.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности коррекции вегетативных функций у старших школьников с проблемами нарушения невербальных коммуникаций методами БОС. В задачи нашего исследования вошло определение уровней вегетативных реакций у старших школьников с нарушением невербальных коммуникаций, проведение оценки эффективности коррекционной работы, проведенной методом БОС-технологий у старших школьников с нарушениями невербальных коммуникаций.

Большое значение для коррекционного процесса имеет разработка и осуществление диагностики вегетативных особенностей организма детей и подростков. С этой целью мы проводили диагностику нервно-психического состояния подростков методом Люшера. Он позволяет по количественным и качественным показателям оценить эмоционально-личностное состояние человека, определить его нервно-психическое состояние.

Исследовательская работа проводилась на базе МОУ СОШ № 67 г. Ростова-на-Дону. В исследовании принимали участие учащиеся старших классов (9 класс) данной школы в количестве 10 человек. Целью исследования было выявление уровней вегетативных реакций у старших школьников с дальнейшей их коррекцией на программно-аппаратном комплексе «Реакор».

В ходе исследования мы определили нервно-психическое состояние учащихся методом Люшера, отражающего, в том числе и состояние вегетативных реакций, и применили тест-опросник на выявление коммуникативных способностей, предложенный Б.А. Федоршиным. Нами было проведено исследование уровней сформированности коммуникативных способностей у обследуемых школьников с использованием методики КОС. В результате проведенного тестирования низкий уровень сформированности коммуникативных способностей наблюдался у 60% школьников, 40% показали средний уровень сформированности.

С помощью теста Люшера были определены вегетативный коэффициент и степень отклонения от средней нормы показателей эмоционального состояния учащихся [3, с. 17]. Проведенное тестирование по исследованию

коммуникативных способностей у 10 старших школьников экспериментальной группы позволило получить значение уровней сформированности у них коммуникативных способностей.

В результате проведенной диагностики состояния вегетативных реакций нервной системы тестом Люшера были получены количественные и качественные показатели, которые в какой-то мере отражали состояние реакции вегетативной нервной системы на основании, чего выведен средний уровень. Качественный анализ теста Люшера показал, что у семерых обследуемых школьников отмечалось неудовлетворительное нервно-психическое состояние, у троих – в целом удовлетворительное. Результаты свидетельствовали о преобладании повышенного уровня показателей, характеризующих функциональное состояние вегетативной нервной системы.

По состоянию количественного анализа методом Люшера 70 % обследуемых имели по заключению компьютерной обработки данных средний уровень нервно-психического состояния и вегетативных реакций, у 30% наблюдался низкий уровень показателей вегетативных реакций.

Качественный анализ на основании показателей метода Люшера свидетельствовал о том, что у старших школьников при обследовании преобладал средний и повышенный уровни непродуктивной нервно-психической напряженности.

Полученные в ходе диагностики результаты позволили нам разработать систему коррекции для улучшения состояния вегетативных функций у школьников экспериментальной группы с использованием программно-аппаратного комплекса «Реакор» по развитию навыков саморегуляции вегетативных функций с использованием возможностей данного аппарата.

Для коррекции вегетативных функций наиболее значимой, с нашей точки зрения, явилась кожно-гальваническая реакция, которая в значительной степени влияла на функцию вегетативной нервной системы и отражала состояние вегетативных реакций. Это является показателем неспецифической активации, широко используется в психофизиологии, свидетельствуя об электрической активности кожи; является вегетативным компонентом многих реакций организма. Данная реакция успешно применяется для контроля за состоянием человека при выполнении разных видов деятельности.

При проведении исследований методом КГР измерения выполнялись классическим двухэлектродным способом отведения сигнала с наложением на кожу металлических контактов и подключением их к внешнему источнику электрического тока.

Коррекционная работа проводилась индивидуальным способом. В ходе работы обследуемый подключался с помощью КГР-датчиков, которые накладывались на 2 пальца рук. С них производилась регистрация биоэлектрической активности кожи обследуемых, состояние которой отражалось в виде кривой КГР-реакции. С помощью «Реакора» включалась программа для проведения коррекции, в которую включались картины видеоряда для

тренировки вегетативных реакций. Сеанс продолжался на протяжении 25 минут. Каждый обследуемый проходил тренировку вегетативного статуса один раз в неделю по индивидуальной программе. В процессе коррекционной работы мы учитывали динамику происходящих процессов, степень изменения реакции КГР у каждого школьника. Учитывалось также отношение обследуемых к процессу тренировки и их заинтересованность.

При завершении эксперимента нами была проведена диагностика состояния вегетативных реакций у школьников экспериментальной группы с целью оценки их возможной динамики. Показатели уровней вегетативных реакций по вегетативному коэффициенту (ВК) и суммарному отклонению от нормы (СО), полученные методом Люшера у учащихся экспериментальной группы улучшились в среднем на 30%, на основании чего мы считаем, что коррекционные воздействия методом КГР с помощью программно-аппаратного комплекса «Реакор» оказали положительные тенденции на функционирование вегетативной нервной системы. Следовательно, применение метода КГР программно-аппаратного комплекса «Реакор» эффективно для улучшения вегетативных реакций у старших школьников.

Литература

1. Скок А.Б. Использование биологической обратной связи для целенаправленного изменения поведения пациентов с аддитивными расстройствами.: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999.
2. Суходоев В.В. Определение состояний напряженности по динамике параметров кожно-гальванических реакций // Методики диагностики психических состояний и анализа деятельности человека.– М., 1994.
3. Тимофеев В.И., Филимоненко Ю.И. Цветовой тест Люшера. Диагностика нервно-психического состояния: Методическое руководство. – СПб, 2007.
4. Шварц М.С. Современные проблемы биоуправления// Биоуправление – 3: Теория и практика. – Новосибирск, 1998.
5. Яковлев Н.М. Биологическая обратная связь при лечении стресса и психосоматической патологии// Биол. обратная связь: висцеральное обучение в клинике. Сб. науч. ст. вып. 2. Ч.1. – СПб, 1993.

***Панежина Ю.В., г. Кисловодск, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: д.пед.н., профессор Магомедов Р. Р.***

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПУТЕМ ПРИВЛЕЧЕНИЯ УЧАЩИХСЯ К РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ СПОРТА

В культуре и педагогике разных народов физическое развитие, здоровый образ жизни и воспитание всегда занимало важное место.

От того, что будет заложено в человека с самого раннего детства, будет зависеть в последующем его отношение к самому себе, своей жизни, положению в обществе и образу жизни.

Передовые русские педагоги и общественные деятели всегда уделяли большое внимание вопросам физического воспитания детей. К правильной постановке физического воспитания с самого раннего детства призывал В.Г. Белинский, Н.А. Добролюбов, Н.Г. Чернышевский [1, с. 84; 5].

С развитием цивилизации роль физической культуры в жизни общества существенно возрастает. Причина этому негативные последствия современной цивилизации – гиподинамия, ухудшения экологии, распространение курения, алкоголя, наркотиков и т.п. К тому же все более возрастающий ритм жизни требует от людей хороших психофизических кондиций.

Согласно Федеральному закону от 20 июля 1995 года №125-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», и Постановлению Правительства РФ от 17 марта 2011 года № 175 «О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы» должны быть созданы равные возможности для инвалидов во всех сферах жизнедеятельности. В результате реализации программы, к 2015 году предполагается увеличить количество школ, в которых создана универсальная безбарьерная среда, позволяющая обучаться совместно инвалидам и здоровым детям [3, 4].

Люди с ограниченными возможностями здоровья часто отрезаны от мира, не имея возможности свободно передвигаться. Чтобы создать мир без границ зачастую требуется перестройка домов, где живут люди с ограниченными возможностями, оснащение дополнительными средствами тротуаров, зданий общественного пользования и конечно школ.

Кроме того, при внедрении инновационных методов дистанционного обучения на дому, зачастую сталкиваются с проблемой непринятия новых условий и инноваций в обучении детей-инвалидов со стороны их родителей, что мотивируется защитой детей от дурного воздействия, и выражается в отказе устанавливать компьютерную технику со специальным программным обеспечением.

На данный момент в городе-курорте Кисловодске нет ни одной школы, которая могла бы соответствовать всем нормам безбарьерной среды, позволяющей совместно обучаться инвалидам и здоровым детям. Учитывая актуальность данной проблемы и недостаточную ее проработанность, была избрана тема: «Формирование мотивации к занятиям физической культурой путем привлечения учащихся к различным видам спорта». Нам хотелось бы раскрыть данную тему на примере работы, ведущейся с учащимися в общеобразовательной школе №9 города-курорта Кисловодска, и предложить доступные варианты занятий спортом с детьми, имеющими ограниченные возможности [2].

Целью нашей работы является содействие всестороннему развитию личности путем формирования интереса к занятиям спортом. Основными задачами, позволяющими достичь поставленной цели, являются:

- 1) охрана и укрепление здоровья детей;
- 2) формирование жизненно необходимых двигательных умений и навыков ребенка в соответствии с его индивидуальными особенностями, развитие физических качеств;
- 3) воспитание потребности и умения самостоятельно заниматься физическими упражнениями;
- 4) приобретение необходимых знаний в области физической культуры и спорта;
- 5) содействие воспитанию нравственных и волевых качеств, развитию психических процессов и свойств личности

В настоящее время, примерно со второй половины XX века, в физическом и нравственном развитии молодежи имеются серьезные проблемы, а именно:

- ухудшение здоровья, заболеваемость, неудовлетворительное физическое развитие;
- эпидемическое распространение курения, алкоголизма, наркомании;
- увеличение числа психически нездоровых молодых людей, групп молодежи с девиантным поведением.

В широкой печати сообщается о наиболее распространенных болезнях молодежи: хронические болезни желудка и органов дыхания, зрения, нарушение осанки и др. Можно сделать не утешительные выводы о том, что очень мало детей школьного возраста практически здоровы. Эти заболевания есть прямой результат образа жизни, в которой для многих на первом месте «психотропные удовольствия».

В процессе работы с детьми мы увидели, что очень малая часть занимается спортом, в основном всё их свободное время занято умственным трудом.

Для проведения диагностических исследований были привлечены администрация школы, классные руководители, школьный врач, родители.

Диагностические исследования показали, что значительная часть школьников (25%) ведет нездоровый образ жизни. Выяснили причины – это недостаточность физических нагрузок, пребывание в закрытом помещении, в том числе у компьютера, отсутствие контактов с живой природой, нездоровое питание, отсутствие социально ценной деятельности, смысла жизни, пустое времяпрепровождение, курение табака, употребление пива.

Выяснили и другие две основные группы причин нездорового состояния школьной молодежи. Это социальные и педагогические причины. К первым отнесли общее социально-экономическое положение в России, низкий уровень жизни родителей учеников и нездоровая морально-психологическая атмосфера в обществе, в том числе безответственное поведение взрослых.

Среди педагогических причин были названы следующие: перегрузка учебного плана школы, недостаточное оснащение залов и мест для проведения занятий, перегрузка спортивных сооружений, недостаточное проведение внеурочных оздоровительных и спортивных занятий; не было условий проводить уроки физической культуры на воздухе. Все сказанное сделало проблему физического воспитания сложной и комплексной.

Проведя констатирующий эксперимент и получив неутешительные данные, мы поняли, что решить общую проблему здорового образа жизни школьников возможно путем использования информационных технологий и наглядных примеров в лице их сверстников, подняв интерес к занятиям спортом.

Чтобы формировать интерес к занятиям физической культуры необходимо как можно чаще обращать внимание детей на наиболее развитые виды спорта в своем городе, крае. Для каждой полосы России характерны свои виды спорта. Мы хотим обратить внимание на наиболее развитые виды спорта в Кисловодске.

В каждом учебном году проводится Спартакиада учащихся школ города-курорта Кисловодска. В неё входят наиболее развитые в городе виды спорта, такие как:

1. Легкая атлетика. Наиболее масштабный и зрелищный вид спорта. Проводится на стадионе и включает в себя классическую программу легкой атлетики, соревнования проходят в два дня за каждый вид программы участники получают очки по сумме которых определяется место школы в общем зачете. Таким образом, идет не только личная, но и командная борьба, привлекающая к себе большое внимание.

2. Туризм. Уникальный рельеф Кавказа позволяет развивать пешеходный, горный туризм, скалолазание. Наибольшей пик развития туризма в нашем городе пришелся на 60-80-е годы, после перестройки 90-х годов туризм был забыт, и только сейчас начинает возрождаться и набирать былую силу. По спортивному туризму проходят соревнования круглый год, но пиком работы является проведение традиционного лагеря «Архыз», где проходят краевые соревнования.

Кисловодск богат ущельями, в которых проходят соревнования по альпинизму и скалолазанию, горному туризму. На специально оборудованных полигонах ущелья Берёзовского российского значения проводятся чемпионаты России на скалах Викинги, вы увидите городские соревнования, посвященные «Памяти коллег».

При помощи спасателей на водных объектах и спасателей МЧС развивается новая программа работы с детьми «Юный спасатель», которые знакомят детей с чрезвычайными происшествиями на воде и на суше и показывают, как выходить из них.

3. Кик-боксинг. Южный федеральный округ уникален своим местом расположения: он граничит со многими государствами ближнего зарубежья. Особенностью характера людей, живущих на Кавказе, – это сила, выносливость, агрессивность. Поэтому именно здесь развиты такие виды боевого искусства, как вольная борьба, грекоримская борьба, бокс, кик-боксинг, карате, русский стиль и др. Кисловодск стал центром развития кик-боксинга в ЮФО, потому что именно здесь проводятся соревнования по этому виду спорта: городские, зональные, краевые, чемпионаты и первенства края, ЮФО, России и мира. Талантливые тренеры их воспитывают с 5 лет и ведут

до полного становления личности. Под их чутким руководством молодая необузданная сила направляется в правильное русло. Кик-боксинг популярен не только среди юношей, но и девушек.

Уже в этом году победителями Чемпионата России и Чемпионата мира стали: Полякова Елена и Егонян Арман в Словакии, и призером Чемпионата Мира 2 место в Италии – Дыга Сергей, воспитанники тренера высшей категории Соломко Владимира Анатольевича.

Сейчас о спортивных достижениях говорят мало, и порой многие не знают, что такие виды спорта наиболее развиты в данном регионе. Именно поэтому нами выбрана эта тема. Показ и рассказ в МБОУ СОШ №9 о видах спорта дал свои положительные результаты, и дети сами начали искать тренеров и секции по этим видам спорта.

Дети, занимающиеся в различных секциях, увлеченно занимались с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Под чутким руководством тренеров им показали упражнения адаптированные для них, родителям детей с ограниченными возможностями были предложены комплексы упражнений для занятий дома.

Литература

1. Безверхняя Г.В. Возрастная динамика мотивационных приоритетов школьников к занятиям физической культурой и спортом. – М., 2004.

2. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура в жизни людей с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов // Проблемы здоровья человека. Развитие физической культуры и спорта в современных условиях. – Ставрополь, 2002.

3. Постановление Правительства РФ от 17 марта 2011 г. № 175 «О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на – 2015 годы». [Электронный ресурс]: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12084011/>

4. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. – Электрон.дан. (1 файл). – Режим доступа: <http://school154-nnov.edusite.ru/DswMedia/1995-181-fz.pdf>

5. Холодов Ж.К., Кузнецов В.С., Теория и методика физического воспитания и спорта: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М., 2000.

Новикова О.В., Калюжин В.Г., г. Минск, УО «БГУФК»

Научный руководитель: к.мед.н. Калюжин В.Г.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ РАВНОВЕСИЯ У ШКОЛЬНИКОВ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Потеря слуха никак не связана с умственными способностями человека, однако, если на ранней стадии нарушение слуха остаётся без диагноза и компенсации, это может привести к значительным отрицательным последствиям

развития ребёнка в целом. Нарушение слухового восприятия вызывают специфические изменения в снижении двигательной памяти, произвольного внимания, особенно у учащихся младшего и среднего школьного возраста [3].

Слух теснейшим образом связан с движением. Взаимосвязь двигательного и слухового анализатора говорит о том, что движение корректируется не только зрением, но и слухом. Выключение слуха из системы анализаторов означает не просто изолированное «выпадение» одной сенсорной системы, а нарушение всего хода развития людей данной категории. Между нарушением слуха, речевой функции и двигательной системы существует тесная функциональная взаимозависимость.

Нарушения двигательной сферы у детей с нейросенсорной тугоухостью проявляются:

- в снижении уровня развития основных физических качеств: отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и рук, скоростно-силовых качествах, скоростных качеств от 12 до 30%;
- в трудности сохранения статического и динамического равновесия: отставание от нормы в статическом равновесии до 30%, динамическом – до 21%;
- в недостаточно точной координации и неуверенности движений, что особенно заметно при овладении навыками ходьбы;
- в относительно низком уровне ориентировки в пространстве;
- в замедленной скорости выполнения отдельных движений, темпа двигательной деятельности в целом по сравнению со слышащими детьми.

Перечисленные нарушения в двигательной сфере глухих и слабослышащих школьников носят взаимосвязанный характер и обусловлены общими причинами: структурой слухового дефекта, недостаточностью речевой функции, сокращением объёма поступающей информации, состоянием двигательного анализатора, степенью функциональной активности вестибулярного анализатора [6].

Глухие и слабослышащие дети в показателях динамического равновесия отстают от слышащих сверстников во всех возрастных группах. Наибольшие различия (до 89%) отмечаются в младшем и среднем школьном возрасте. В исследованиях ряда авторов глухие показали полное отсутствие ощущения вращения по сравнению со слышащими. Последние быстро и отчетливо ощущали перемещение тела, указывали направление вращения. Установлено, что у лиц со сниженной функцией вестибулярного анализатора не развивается синдром укачивания. Снижается чувство пространственной ориентировки глухих, что проявляется в нарушениях ходьбы, бега, ориентации в схеме тела, упражнениях с предметами. При ходьбе с открытыми глазами глухие дети старшего возраста держатся так же, как и слышащие. Однако при ходьбе с закрытыми глазами, между глухими и слышащими обнаружена заметная разница. Расстройства равновесия у глухих при отсутствии зрительного контроля отмечается у 45,7% [7].

Здоровый трёхлетний ребёнок обладает следующими навыками:

- переступает через препятствия высотой в 10–15 см;

- в речи использует сложноподчиненные и сложносочиненные предложения;
- часто задает вопросы «почему?», «когда?», «зачем?»;
- проявляются элементы ролевой игры – «дочки-матери», «воспитательница»;
- в игре используются сюжетные постройки;
- рисунки карандашом отражают предметы, при лепке создаются простые фигуры из пластилина;
- полностью сам одевается, пользуется салфеткой и носовым платком.

В 80% дети с нарушением слуха практически все навыки осваивают значительно позже, а иногда это отставание сохраняется в течение всей жизни [5].

Способность к равновесию – это сохранение устойчивого положения тела в условиях разнообразных движений и поз. Сенситивный период развития равновесия приходится на возраст 9–11 лет [2].

Коррекция функции равновесия проводится с использованием упражнений на уменьшенной площади опоры, поднятой опоре, в балансировке. Все упражнения, связанные с коррекцией и развитием равновесия, выполняют со страховкой, поддержкой, помощью [1].

Разработанная нами коррекционно-развивающая программа (КРП) была проведена на базе школы-интерната № 13 для детей с нарушением слуха г. Минска с 8 февраля по 23 мая 2012 года. Под наблюдение были взяты дети двух четвёртых классов, в каждом из которых обучалось по 8 детей. Один класс мы сделали контрольной группой (КГ), а другой класс – экспериментальной (ЭГ). Все дети имели диагноз нейросенсорная тугоухость.

Обучение новым двигательным навыкам осуществлялось с помощью фитболов – больших упругих мячей. Упражнения с фитболом способствуют формированию мышечного корсета, коррекции деформации позвоночника, расслаблению (за счет вибрации) спастичных мышц, развитию равновесия и координации движений, формируют двигательные навыки, положительно влияют на эмоционально-волевую сферу. Несмотря на свою простоту, фитбол позволяет выполнить много необычных упражнений и тренировать те мышцы, которые трудно разработать при классических тренировках. Приходится постоянно поддерживать равновесие, автоматически включая в работу большое количество мышечных групп.

Фитболы могут быть разного размера в зависимости от возраста и роста занимающихся. Для детей, имеющих рост от 150 до 165 см, мяч должен иметь диаметр 65 см. Фитбол подобран правильно, если при посадке на нём угол между бедром и голенью равен или чуть больше 90 градусов [4].

Обучение новым двигательным навыкам с помощью разработанной нами КРП проходило в три этапа. Два первых из них длились по 4 недели, а последний – 6 недель. Школьники КГ занимались физической культурой согласно школьной программы, а ученики ЭК – занимались по разработанной нами КРП. Обе группы тренировались 2 раза в неделю. Нами были подобраны

упражнения для ЭГ, исходя из сложности их выполнения, т.е. по нарастающей. Урок длился 45 минут и включал в себя подготовительную (12 мин), основную (28 мин) и заключительную (5 мин) части.

На первом этапе подготовительная часть урока включала в себя разминку с помощью ходьбы и бега, а также комплекс общеразвивающих упражнений. В основной группе дети знакомились с фитболами и их свойствами. Проводились эстафеты, парные упражнения и игры с помощью фитболов. Затем проводился комплекс упражнений для развития равновесия и укрепления правильной осанки. В заключительной части игровым способом восстанавливали силы занимающихся.

При проведении второго этапа мы усложнили упражнения, которые были направлены на развитие равновесия и координационных способностей. Все эти упражнения проводились на фитболах в парах (когда на двух человек даётся один мяч) и самостоятельно, когда каждый ребенок занимался со своим фитболом. Также мы добавили новые игры с мячами, требующие более скоординированных движений, где постоянно приходится удерживать вертикальное равновесие в разных положениях – сидя, стоя. Также применялись эстафеты с фитболами, чем школьники всегда охотно готовы были заниматься. В заключительной части урока нами использовалась подвижная игра для восстановления внимания. Далее мы расслабляли детей, укладывая их на коврик, и убеждали потянуться. Во время заключительной части звучала подобранная нами релаксационная музыка.

В самом продолжительном третьем этапе мы совершенствовали полученные навыки детей. Были добавлены упражнения на скамейке и более сложные игры с фитболом, требующие предельного внимания, сосредоточения и высоких координационных способностей. С каждым занятием дети чувствовали себя заметно увереннее.

По прошествии 3,5 месяцев нами были подведены итоги и обнаружена положительная динамика в развитии равновесия у детей. Сравнивались результаты контрольной и экспериментальной групп с помощью функциональных проб. И, если обе группы имели приблизительно равные результаты и возможности до начала занятий по нашей КРП, то после её прохождения дети из ЭК заметно преуспели на фоне своих ровесников из КГ. Это дало нам право считать разработанную нами коррекционно-развивающую про-

Таблица 1. Показатели уровня развития равновесия детей контрольной и экспериментальной групп.

ТЕСТ	КГ	ЭГ	Р
Стойка на одной ноге, с	8,8±1,71	14,2±1,74	<0,05
Простая проба Ромберга, с	0,5±0,17	1,06±0,11	<0,05
Усложнённая проба Ромберга, с	10,7±3,28	20,5±3,04	<0,05

грамму более удачной и эффективной для развития равновесия среди школьников-четвероклассников по сравнению с базовой школьной программой.

В таблице приведены сравнительные значения показателей развития равновесия у детей КГ и ЭГ после проведения исследований.

Представленные в таблице показатели свидетельствуют о статистически достоверно выраженном ($p < 0,05$) благоприятном влиянии на уровень развития равновесия у детей ЭГ после проведения разработанной нами коррекционно-развивающей программы.

Литература

1. Бальсевич В.К. Онтокинезиология человека: учеб. пособие. – М.: 2000.
2. Дубровский В.И. Гигиена физического воспитания и спорта: учеб. пособие. – М., 2003.
3. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. – М., 2000.
4. Королева И.В. Нарушение слуха у детей в раннем возрасте. Диагностика и реабилитация: учеб. пособие. – СПб., 2004.
5. Михаленкова И.А. Практикум по психологии детей с нарушением слуха: учеб. пособие. – СПб., 2004.
6. Назарова Л.П. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушениями слуха: учеб. пособие. – М., 2001.
7. Назарова Н.М. Специальная педагогика: учеб. пособие. – М., 2000.

Писаренок А.Б., Калюжин В.Г., г. Минск, УО «БГУФК»

Научный руководитель: к. мед.н. Калюжин В.Г.

РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СРЕДСТВАМИ АФК ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ 4-5 ЛЕТ

Зрительное восприятие – важнейший вид перцепции, играющий большую роль в психическом развитии ребенка, имеющий не только огромное информационное, но и операциональное значение. Оно участвует в обеспечении регуляции позы, удержания равновесия, ориентировки в пространстве, контроля поведения и т.д. Формирование зрительного восприятия является основой становления организации образных форм познания в школьном возрасте [2].

Проблема исследования и компенсации нарушений зрительного восприятия детей-инвалидов по зрению чрезвычайно актуальна и занимает особое место в сфере их медико-психолого-педагогической реабилитации.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в последние десятилетия во всех странах мира качественно и количественно изменился состав контингента детей с нарушениями зрения. В связи с изменением этиологии и клинических форм глазных заболеваний, постоянным совершенствованием лечебно-профилактических мероприятий уменьшилось число то-

тально слепых. За счет этого увеличилось количество глубоко слабовидящих (острота зрения 0,05–0,1) и частичновидящих (острота зрения 0,01–0,04). Компенсация нарушений зрительного восприятия у этих детей может облегчить ориентировку в пространстве, учебно-воспитательный процесс, трудовую подготовку и интеграцию в общество зрячих. Необходимость и возможности компенсации нарушений зрительного восприятия у детей с глубоко поврежденным зрением обоснованы в трудах офтальмологов, нейрофизиологов, психофизиологов, тифлопсихологов и тифлопедагогов [1]. Во многих из этих исследований было установлено отрицательное влияние слепоты и слабовидения на развитие познавательных процессов, что существенно ограничивало естественную социализацию детей [4].

Актуальность разработки данной проблемы и поиска решений очевидна, исходя из выше описанного материала, при этом важную роль в профилактике слабовидения и в приостановке его прогрессирования призваны сыграть средства физической культуры, особенно специальные упражнения для глазных мышц (глазотренинг), и другие оздоровительные технологии [3].

Таким образом, целью нашей работы явилось определение влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие координационных способностей у детей 4–5 лет с нарушением зрения.

Исходя из цели, были поставлены следующие задачи исследования:

1. Установить по данным литературы особенности координационных способностей у детей 4–5 лет с нарушением зрения.
2. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу по развитию координационных способностей у детей 4–5 лет с нарушением зрения.
3. Выявить эффективность разработанной коррекционно-развивающей программы по развитию координационных способностей у детей 4–5 лет с нарушением зрения.

Вначале нами был проведён анализ научной и научно-методической литературы по проблеме исследования и определялся комплекс методов исследования. В течение этого этапа выявлялись возможные пути развития детей с нарушением зрения.

Далее проводился педагогический эксперимент. Использовалась, разработанная нами коррекционно-развивающая программа, направленная на развитие координационных способностей у детей 4–5 лет с нарушением зрения.

Под наблюдением находилось 14 детей мужского пола, имеющих диагноз миопия средней степени в возрасте 4–5 лет. Все дети были разделены на две группы: контрольную (КГ) и экспериментальную (ЭГ).

После получения определенных результатов в процессе педагогического эксперимента нами осуществлялась статистическая обработка, анализ, обобщение полученных результатов и оформление работы.

Дети контрольной группы занимались адаптивной физической культурой по программе, предусмотренной детским садом №353 для детей с ослабленным зрением по 30 мин 2 раза в неделю.

В состав экспериментальной группы вошло 7 детей мужского пола с миопией средней степени. Работа по развитию координационных способностей с детьми экспериментальной группы проводилась в дополнительно отведённое время во второй половине дня, в форме групповых занятий, 2 раза в неделю по 30 мин, по разработанной нами коррекционно-развивающей программе (комплекс коррекционно-развивающих упражнений, упражнения с мячом, дыхательные упражнения, глазная гимнастика, подвижные игры, эстафеты). Также выполнялось домашнее задание с родителями по рекомендованному нами комплексу коррекционно-развивающих упражнений.

Влияние разработанной коррекционно-развивающей программы на показатели координационных способностей у детей экспериментальной группы отражено в данных таблицы. В таблице 1 представлены результаты тестирования уровня развития координационных способностей у детей ЭГ до и после занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Таблица 1. Сравнительная характеристика показателей координационных способностей у детей ЭГ до и после занятий по КРП.

ТЕСТЫ	ДО	ПОСЛЕ	t _{факт.}	t _{крит.}	P
Челночный бег 3*10м, с	16,9±0,37	15,3±0,45	2,56	2,18	<0,05
Кувьрки вперед, с	12,9±0,29	11,1±0,57	2,94	2,18	<0,05
«Восьмерка», с	8,7±0,61	7,1±0,20	2,30	2,18	<0,05
Метания мячей, раз	4,3±0,61	6,1±0,45	2,37	2,18	<0,05
Подбрасывание и ловля мяча, раз	7,0±0,71	9,0±0,33	2,55	2,18	<0,05
Отбивание мяча от пола, раз	8,0±0,88	10,6±0,69	2,36	2,18	<0,05
Прыжки спиной вперед, см	38,6±0,94	42,0±0,98	2,50	2,18	<0,05
Прыжки через скакалку, раз	8,9±0,93	12,0±0,94	2,34	2,18	<0,05

Представленные в таблице 1 результаты тестирования пространственной ориентации детей ЭГ после проведения обследования показывают, что под воздействием разработанной нами КРП наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение физических качеств у детей экспериментальной группы. Об этом свидетельствовало статистически достоверное увеличение показателей тестов: челночный бег 3*10м, кувьрки вперед, «Восьмерка», метание мячей, подбрасывание и ловля мяча, отбивание мяча от пола, прыжки спиной вперед, прыжки через скакалку, что доказывает благотворное влияние разработанной нами КРП на развитие физических качеств у детей с нарушением зрения.

Нами была разработана коррекционно-развивающая программа по АФК с включением достаточного разнообразия и увеличения времени проведения эстафет и подвижных игр в основной части занятия, а также введение выполнения домашнего задания с родителями у детей с нарушением зрения. Данная программа была апробирована на детях экспериментальной

группы, в то время как дети контрольной группы занимались по стандартной программе детского сада. В конце исследования были проведены контрольные тесты, а полученные результаты сравнены при помощи методов математической статистики.

Статистически доказана положительная динамика развития координационных способностей под влиянием разработанной нами коррекционно-развивающей программы с включением разнообразных эстафет и подвижных игр в основную часть занятия, а также введение выполнения домашнего задания с родителями у детей с нарушением зрения. Это доказывает благоприятное воздействие коррекционно-развивающей программы на развитие координационных способностей у этих детей, по сравнению с детьми контрольной группы, занимавшихся по стандартной методике детского сада для детей с ослабленным зрением.

Литература

1. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник в 2 т. Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. – М., 2007.
2. Кульбуш Е.А. Обучение пространственной ориентировке слепых младших школьников. – Л., 1988.
3. Литош Н.Л. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии. – М., 2002.
4. Методические указания по организации воспитания и обучения дошкольников с нарушениями зрения / Разраб. А.Н. Маймулов. – Л., 1984.
5. Солнцева Л.И. Современная тифлопедагогика и тифлопсихология в системе образования детей с нарушениями зрения. – М., 1999.
6. Частные методики адаптивной физической культуры: учебн. пособие / Под ред. Л.В. Шапковой. – М., 2007.

Попова М.Р., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Проблема сохранения и целенаправленного формирования культуры здоровья детей в сложных социально-экономических условиях развития России исключительно значима и актуальна, поскольку от состояния здоровья человека зависит уровень экономики, качество жизни людей, национальная безопасность. По данным научного Центра здоровья детей РАМН, число детей, нуждающихся в помощи специалистов уже в дошкольном возрасте, варьирует от 25% до 40%, а 85% детей рождаются с недостатками развития и неблагоприятным состоянием здоровья [1, 4].

В настоящее время врачами, психологами и педагогами установлено, что существует много вариантов отклонений, которые снижают возможности ребенка, привносят своеобразие в его общее развитие.

Одни нарушения носят центральный (мозговой) характер, другие – периферический (затрагивают нервную систему). В одних случаях нарушается речевое либо интеллектуальное развитие, в других выявляется сенсорный дефект (нарушение слуха, зрения и т.д.), иногда нарушения касаются двигательной сферы. Одни нарушения более легкие, другие носят тяжелый характер. В последнее время чаще встречаются не тяжелые, а слабо выраженные (или, как их еще называют, парциальные, частичные) нарушения.

Особенность детского мозга проявляется в том, что даже незначительные его поражения отрицательно сказываются на всем процессе развития (созревания) центральной нервной системы. А при тяжелом нарушении его следы остаются на долгие годы, а иногда на всю жизнь. Все дальнейшее развитие ребенка идет в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Если своевременно как можно раньше не организовать лечебного и коррекционно-педагогического воздействия, то ребенок будет отставать в психическом развитии.

Кроме того, нарушения психомоторного развития имеют различную динамику (изменения). Наряду со стойкими отклонениями в развитии, обусловленными поражением мозга, наблюдается множество так называемых обратимых вариантов, которые возникают при легкой мозговой дисфункции, соматической ослабленности, педагогической запущенности. Эти отклонения могут быть полностью преодолены при условии своевременного проведения лечебно-коррекционных мероприятий [2].

Поэтому крайне важно правильно организовать физическое воспитание именно в детстве, что позволит организму накопить силы и обеспечить в дальнейшем не только полноценное физическое, но и разностороннее развитие личности.

Осуществлять физическое воспитание детей – это значит:

- уметь анализировать и оценивать степень физического здоровья и двигательного развития детей;
- формулировать задачи физического воспитания на определённый период и определять первоочередные из них с учётом особенностей каждого ребёнка;
- проектировать желаемый уровень конечного результата, предвидя трудности на пути достижения цели;
- организовать процесс воспитания в определенной системе, выбирая наиболее целесообразные средства, формы и методы работы в конкретных условиях;
- сравнивать достигнутые результаты с исходными данными и поставленными задачами;
- владеть самооценкой, постоянно совершенствуя её;
- обогащать представления дошкольников в плане физического развития, формируя их компетентность;

- приобщать дошкольников к спорту;

Физическая культура для детей включает рефлексорные, пассивные и активные упражнения. Рефлексорные упражнения – это неосознанные движения, которые совершает ребенок в ответ на какое-либо раздражение. Пассивные упражнения – это когда занимающийся с ребенком сам делает упражнения за него. А активные упражнения – это те, которые ребенок выполняет самостоятельно.

Что бы физкультура дала положительные результаты, необходимо проводить их в строгом соответствии с рекомендациями лечащего врача, то есть с учетом особенности патологии, возраста и индивидуальных особенностей ребенка.

Средствами формирования представлений о здоровом образе жизни у дошкольников являются дидактические и сюжетно-ролевые игры, художественная литература, продуктивная и предметно-практическая деятельность.

Физическая культура для детей всех возрастов, начиная с младенчества, имеет огромное значение. Ведь детство – время роста и становления всех систем организма [3].

Литература

1. Антрополого-педагогический мониторинг здоровья дошкольников: учебно-методическое пособие / Под общ.ред Р.Р. Магомедова. – Ставрополь, 2007.
2. Борозинец Н.М., Евмененко Е.В. В семье воспитывается ребёнок с ограниченными возможностями здоровья: Методическое пособие для родителей. – Ставрополь, 2010..
3. Магомедов Р.Р. Азбука физической культуры для детей старшего дошкольного возраста: учебно-методическое пособие. – Ставрополь, 2011.
4. Программно-методическое обеспечение здоровьесбережения и развитие креативности детей дошкольного возраста в контексте педагогической антропологии: учебно-методическое пособие / Под общ. ред Р.Р. Магомедова. – Ставрополь, 2006.

***Солоха Ю.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.***

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СРЕДИ ИНВАЛИДОВ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Физическая активность играет в нашей жизни огромную роль. Это самый эффективный способ избежать многих заболеваний. Она улучшает состояние здоровья разным образом:

- снижает деятельность мышцы сердца;
- увеличивает костную массу;
- снижает риск сердечнососудистых заболеваний.

В настоящее время численность инвалидов увеличилось. В реальности живут сотни, тысячи несчастных детей и взрослых, лишенных возможности вести полноценную жизнь. Нельзя запираť такого человека в четырех стенах, якобы ограждая его от опасностей и трудностей, подстерегающих на улице. Компьютер и книги – хорошие друзья в одиночестве. Вот только всем ли нужно одиночество? И как чувствовать себя полноценно развивающимся человеком?

Во многих странах отработана система привлечения инвалидов к занятиям физической культурой и спортом, которая включает в себя клинику, реабилитационный центр, спортивные секции и клубы для инвалидов. Но самое главное – создание условий для этих занятий.

Основная цель привлечения инвалидов к регулярным занятиям физической культурой и спортом – восстановить утраченный контакт с окружающим миром, создать необходимые условия для воссоединения с обществом, участия в общественно полезном труде и реабилитации своего здоровья. Кроме того, физическая культура и спорт помогают психическому и физическому совершенствованию этой категории населения, способствуя их социальной интеграции и физической реабилитации [6, с. 41].

В зарубежных странах очень популярны среди инвалидов занятия физической активностью с целью отдыха, развлечения общения, поддержания или приобретения хорошей физической формы, необходимого уровня физической подготовленности. Инвалиды, как правило, лишены возможности свободного передвижения, поэтому у них часто наблюдаются нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Физкультурно-оздоровительная активность в таких случаях является действенным средством профилактики и восстановления нормальной жизнедеятельности организма, а также способствует приобретению того уровня физической подготовленности, который необходим, например, инвалиду для того, чтобы он мог пользоваться коляской, протезом [2, с. 76].

Во Всемирной программе действий в отношении инвалидов отмечено: «Все большее признание получает важность спорта для инвалидов. Поэтому члены государства должны поощрять все виды спортивной деятельности инвалидов, в частности, путем предоставления надлежащих средств и правильной организации этой деятельности». Создание равных условий инвалидам в вопросе их вовлечения в занятия физической культурой и спортом – основное достижение развитых стран.

Долгие годы в России бытовало мнение, что понятия «инвалид», «физическая активность» и «спорт» несовместимы, и средства физической культуры рекомендовались только отдельным инвалидам как кратковременное мероприятие, дополняющее физиотерапевтические и медикаментозные назначения. Физическая культура и спорт не рассматривались как эффективное средство реабилитации инвалидов, поддержания их физических возможностей и укрепления здоровья [5, с. 15].

Девяностые годы внесли серьезные изменения в отношение общества к инвалидам в России. И, хотя в большей своей части эти изменения лишь провозглашались, они все же сыграли свою положительную роль.

В Концепции государственной политики Российской Федерации в области физической реабилитации и социальной адаптации инвалидов средствами физической культуры и спорта на 2005 -2012 гг., среди основных целей и задач Государственной политики в области реабилитации и социальной адаптации инвалидов средствами физической культуры и спорта на первом месте стояло создание инвалидам условий для занятий физической культурой и спортом, формирование у них потребности в этих занятиях [3, с. 65].

Отмечая пути достижения основных целей в работе с инвалидами, разработчики выделяют важное направление: «создать адекватную сложившимся социально-экономическим условиям структуру государственного и общественного физической культуры и спорта инвалидов».

Это приводит к:

- вовлечению как можно большего числа инвалидов к занятию физической культурой и спортом;
- физкультурному просвещению и информационно-пропагандистскому обеспечению развития физической культуры и массового спорта среди инвалидов;
- обеспечению доступности для инвалидов существующих физкультурно-оздоровительных и спортивных объектов;
- подготовке, повышения квалификации и переподготовки специалистов для физкультурно-реабилитационной и спортивной работы с инвалидами;
- созданию 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 [4, с. 97].

В последние годы физическая культура интенсивно исследуется и предполагает научное обоснование широкого спектра проблем: нормативно-правового обеспечения учебно-тренировочной и соревновательной деятельности; управления нагрузкой и отдыхом; фармакологической поддержки спортсменов-инвалидов в периоды предельных и околопредельных физических и психических напряжений; нетрадиционных средств и методов восстановления; социализации и коммуникативной деятельности; технико-конструкторской подготовки как нового вида спортивной подготовки и многих других [1, с. 76].

Подводя итоги, можно сказать, что активизация работы с инвалидами в области физической культуры и спорта, способствует гуманизации самого общества, изменению его отношения к этой группе населения, и тем самым имеет большое социальное значение.

Проблемы физической реабилитации и социальной интеграции инвалидов средствами физической культуры и спорта решаются медленно. Основ-

ными причинами слабого развития физической культуры и спорта среди инвалидов является практическое отсутствие специализированных физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений, недостаток оборудования и инвентаря, неразвитость сети физкультурно-спортивных клубов, детско-юношеских спортивных школ и отделений для инвалидов во всех типах учреждений дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности. Ощущается нехватка профессиональных кадров. Не выражена в достаточной степени потребность в физическом совершенствовании у самих инвалидов, что связано с отсутствием специализированной пропаганды, подвигающей их к занятиям физической культурой и спортом.

Главной задачей все же остается вовлечение в интенсивные занятия спортом как можно большего числа инвалидов в целях использования физкультуры и спорта как одного из важнейших средств для их адаптации и интеграции в жизнь общества, поскольку эти занятия создают психические установки, крайне необходимые для успешного воссоединения инвалида с обществом и участия в полезном труде. Применение средств физической культуры и спорта является эффективным, а в ряде случаев единственным методом физической реабилитации и социальной адаптации.

Литература

1. Выдрин В.М. Методические проблемы теории физической культуры // Теория и практика физической культуры. – М., 2000.
2. Евстафьев Б.В. Анализ основных понятий в теории физической культуры: Материалы к лекциям. – Л., 2005.
3. Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. – М., 2003.
4. Матвеев Л.П. Введение в теорию физической культуры: Учебное пособие для институтов физ. культ. – М., 2003.
5. Сборник материалов к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов (Ред. и сост. В.С. Дмитриев, А.В. Сахно). Т I и II. –М., 2000.
6. Социальные и биологические основы физической культуры: Учебное пособие/ Отв. ред. Д. Н. Давиденко– СПб, 2001.
7. Щедрина А.Г. Здоровье и массовая физическая культура. Методологические аспекты // Теория и практика физической культуры. – М., 1999.

***Тютюникова В.И., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.***

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Состояние здоровья подрастающего поколения в настоящее время вызывает особую озабоченность у государства и общества. Одно из ведущих мест в

структуре детской заболеваемости занимают нарушения опорно-двигательного аппарата. Интенсивное формирование костно-мышечной системы происходит в детском возрасте и именно в этот период могут закладываться нарушения и патологические изменения в опорно-двигательном аппарате. Эти изменения ведут к достаточно серьезным нарушениям в состоянии здоровья. В связи с этим значительно возросла потребность в специалистах способных с высоким качеством осуществлять работу с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья. Она может быть удовлетворена только при соответствующем научно-методическом обеспечении процессов их подготовки. Необходимо указать на то, что работа по профилактике и реабилитации детей с патологией костно-мышечной системы предусматривает совместную деятельность медицинского персонала и педагогов общеобразовательного учреждения. Следует отметить преемственность в работе врача ЛФК, невролога, инструктора ЛФК. Образовательный модуль «Особенности физического воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательного учреждения. Основы лечебной физической культуры» поможет специалистам общеобразовательных учреждений правильно организовать и построить коррекционно-педагогическую работу с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, определить эффективность проводимой работы и добиться хороших результатов в реабилитации. Проведение коррекционно-педагогической работы во взаимодействии с лечебно-восстановительным процессом будет способствовать целенаправленной педагогической и медицинской коррекции различных патологий, успешному овладению программой по физической культуре. Данный образовательный модуль позволит повысить профессиональную компетентность специалистов общеобразовательных учреждений для эффективной оздоровительно-реабилитационной работы.

Физическая культура – это особая и самостоятельная область культуры, которая приобретает ряд специфических черт в приложении к инвалидам различных групп, занимающихся физическими упражнениями и массовым спортом. Обеспечивая развитие двигательного аппарата, укрепляя здоровье, повышает работоспособность организма, физическое воспитание способствует выживанию и преодолению множества отклонений. Поскольку именно движение осуществляет непосредственно ту связь ребенка с окружающим миром, которая лежит в основе развития его психических процессов и организма в целом. Физическая культура имеет большие возможности для коррекции и совершенствования моторики индивида. Большое число физических упражнений и вариативность их выполнения позволяет производить отбор целесообразных сочетаний для каждого отдельного случая. Это обуславливает преимущество средств физического воспитания перед восстановительной трудотерапией. Инвалидность сопряжена не только с потерей трудоспособности, но и с ограничением двигательной деятельности. В связи с этим данная категория людей находится в вынужденных условиях дефицита двигательной активности [1, с.153].

Основными причинами недостаточного развития физической культуры и спорта инвалидов являются: незрелость общественного мнения «равной личности», практическое отсутствие специализированных спортивных сооружений, оборудования и инвентаря, нерешенность проблем инвалидов в архитектурно-строительном комплексе, в том числе сложность перемещения по дорогам и в транспорте; отсутствие профессиональных организаторов и тренеров со специальной подготовкой; отсутствие целевого финансирования на проведение физкультурно-оздоровительной работы; низкая мотивация самих инвалидов к самосовершенствованию, к воспитанию характера и самодисциплины. Физическая культура и спорт для этой группы населения могут выступать как эффективное средство реабилитации и социальной адаптации. Для инвалидов занятие физической культурой и спортом выступают как фактор улучшения самочувствия, повышения уровня здоровья и уровня физической подготовленности, удовлетворение потребности в общении, расширении круга знакомств, самореализации при занятии спортом. Реализация физкультурно-оздоровительных программ приводит к расширению возможностей двигательных действий инвалидов, позволяет им повысить свои физические кондиции, включиться в общепользительный труд. Помимо этого прямого эффекта занятия физической культурой и спортом имеют большое социально-психологическое значение. В настоящее время среди инвалидов высок процент людей, склонных к депрессии и суициду, что вызвано изолированностью этой группы людей от социальной жизни. Путем привлечения наибольшего количества инвалидов в физкультурно-оздоровительную и спортивную деятельность возможно существенно снизить количество суицидов в этой социальной группе. Далее продолжительность жизни инвалидов в нашей стране значительно ниже продолжительности жизни инвалидов в других странах мира. Вовлечение инвалидов в физкультурно-оздоровительные занятия будет способствовать улучшению показателей по этому признаку [2, с. 80-81].

В заключении можно сказать что, коррекция рассматривается как скоординированное применение медицинских, социальных, просветительских и профессиональных мероприятий, включающих обучение или переобучение инвалидов для достижения по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности. Коррекция имеет тесную взаимосвязь с восстановительным лечением и адаптацией. При этом в процессе лечения устраняются болезненные патологические проявления, а в процессе реабилитации идет воздействие на остаточные, способные к восстановлению функции. Реабилитация детей-инвалидов возложена в нашем государстве на медицинские учреждения и социальные службы. Несогласованность в их действиях, а также недооценка влияния социальной среды как важнейшего социального фактора нередко затрудняет процесс реабилитации. В современном понимании реабилитация инвалидов (коррекция) – это система социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение прогрессирования патологи-

ческого процесса, устранение или максимально возможную компенсацию ограничений жизнедеятельности человека, восстановление здоровья и социальных связей.

Литература

1. Блинков Ю.А., Ткаченко В.С., Клушина Н.П. Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями. – Ростов н/Д: Феникс, 2002.
2. Ваньшин С. Кому нужна реабилитация инвалидов // Вопросы социального обеспечения. – 2007. – январь №1.
3. Коновалов В.Ю. Психолого-педагогические закономерности психоматической коррекции и реабилитации // Коррекционная педагогика. – 2005. – №3 (9).

*Ханыгинат Е.В., Калюжнин В.Г., г. Минск, УО «БГУФК»
Научный руководитель: к. мед.н. Калюжнин В.Г.*

АДАПТАЦИЯ СРЕДСТВАМИ АФК МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ

Из всех нарушений здоровья человека умственная отсталость является самой распространенной. В мире насчитывается более 300 млн. человек с умственной отсталостью. Специалисты, занимающиеся изучением данной категории детей, определяют умственную отсталость не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующееся многообразными признаками, как в клинической картине, так и в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств [1].

Согласно мировой статистике, умственно отсталыми считаются 2,5-3% от всего населения планеты, к примеру, слепота встречается в 25 раз реже; данная проблема касается каждой 10-й семьи. Однако 87% случаев это лёгкое снижение интеллекта, заметное только в школе, а в целом такие люди легко приспосабливаются к обычной жизни [4].

Специфические особенности моторики у умственно отсталых детей обусловлены, прежде всего, недостатками высших уровней регуляции. Это порождает низкую эффективность операционных процессов всех видов деятельности и проявляется в несформированности тонких дифференцированных движений, плохой координации сложных двигательных актов, недостатках целесообразного построения движений, затруднениях при выполнении или изменении движений по словесной инструкции [2].

Отставания в физическом развитии умственно отсталых детей, степень приспособления к физической нагрузке зависят не только от поражения ЦНС, но и являются следствием вынужденной гипокинезии. Отсутствие или ограничение двигательной активности тормозит естественное развитие ребенка, вызывая цепь негативных реакций организма: ослабляется сопротивляемость к простудным и инфекционным заболеваниям, создаются предпосылки для

формирования слабого малотренированного сердца. Гипокинезия часто приводит к избыточному весу, а иногда к ожирению, что еще больше снижает двигательную активность [3].

Адаптивная физическая культура для детей с умственной отсталостью – это не только одно из средств устранения недостатков в двигательной сфере, но и полноценного физического развития, укрепления здоровья, адаптации в социуме. Степень адаптации находится, в прямой зависимости от клинико-психопатологического состояния детей, поэтому специалисту адаптивной физической культуры для продуктивной педагогической деятельности необходимо знать характерные проявления основного дефекта, особенности физического, психического, личностного развития данной категории детей.

Цель исследования: разработать коррекционно-развивающую программу по развитию мелкой моторики у детей с умственной отсталостью лёгкой степени.

Исходя из поставленной цели исследования, были сформированы следующие задачи:

1. Изучить по данным литературы особенности развития мелкой моторики у детей с умственной отсталостью лёгкой степени.
2. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу по развитию мелкой моторики у детей 4–5 лет с умственной отсталостью лёгкой степени.
3. Установить эффективность влияния разработанной коррекционно-развивающей программы на развитие мелкой моторики у детей с умственной отсталостью лёгкой степени.

Исследование проводилось на базе УО «Специальное ДДУ для детей с особенностями психофизического развития № 407» г. Минска. В данном учреждении обучаются дети в возрасте от 3 до 6 лет с различными психоневрологическими заболеваниями. Чаще всего это – детский церебральный паралич, синдром Дауна, умственная отсталость, синдром повышенной нервной возбудимости, задержка психического развития.

Всего в исследовании приняло участие 12 детей 4–5 лет с диагнозом «синдром Дауна», «умственная отсталость» легкой степени, аутизм и синдром Франческетти.

Контрольную группу составили 6 детей (3 девочки и 3 мальчика), экспериментальную группу составили 6 детей (2 девочки и 4 мальчика). Группы приблизительно равны по возрасту, уровню физического развития и степени умственной отсталости.

У детей запас общих сведений об окружающем беден, однако, ориентируются в группе, реагируют на простые инструкции. Внимание непроизвольное, характеризуется неустойчивостью, слабой переключаемостью. Память ситуативная, нет целенаправленности. Запоминание носит стихийный характер. Основные движения и двигательные навыки сформированы по возрасту. Координация общих движений не нарушена, однако моторная ко-

ординация не достаточно сформирована. Также отмечается недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук.

Занятия в экспериментальной группе по АФВ проводились 2 раза в неделю по установленной программе ДДУ № 407, но на занятиях в основной части была включена наша коррекционно-развивающая программа.

Мы предложили увеличить количество упражнений с предметами – до 15 минут. На каждом занятии – с целью развития мелкой моторики. Выполнялись следующие упражнения с предметами: с малыми мячами – сгибание, разгибание, вращение кисти, предплечья и всей руки с удержанием мяча; подбрасывание мяча вверх перед собой и ловля его двумя руками. Прокатывание мяча между ориентирами, по ориентирам; удары мяча о пол и ловля его двумя руками. С малыми обручами и флажками – выполнение упражнений с обручем (обруч вверх, вперед, обруч вправо, влево) с различными сочетаниями, пролезание в обруч, перекатывание обруча в ходьбе и беге (1 мин), вращение обруча левой и правой рукой (20–30 сек). Поочередное отведение рук вправо-влево с флажками в руках.

Использовались упражнения для развития мышц, кистей рук и пальцев: разведение и сведение пальцев (пальцы врозь, кисть в кулак). Одновременное и поочередное соприкосновение пальцев. Круговые движения кистями в лицевой плоскости, внутрь и наружу. Противопоставление первого пальца остальным, противопоставление пальцев одной руки пальцам другой одновременно и поочередно. Последовательные движения кистями рук в разных направлениях по показу учителя. Одновременное сгибание в кулак пальцев на одной руке и на другой в медленном темпе по показу учителя. Сжатие пальцами кисти малого мяча. Круговые движения кистью вовнутрь, наружу. Упражнения на расслабления мышц. Помахивание кистью как платком. А также использовались подвижные игры и пальчиковая гимнастика.

Данные результатов всех тестов до начала исследования, как в контрольной группе, так и в экспериментальной, не имели статистических достоверных различий. Это доказывает, что изначально по уровню базового развития мелкой моторики дети в обеих наблюдаемых группах были практически одинаковы.

В таблице 1 представлены результаты тестирования уровня развития мелкой моторики у детей экспериментальной группе до начала и после занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, под воздействием разработанной нами коррекционно-развивающей программы наблюдается статистически выраженное улучшение показателей мелкой моторики у детей экспериментальной группы. Результаты тестирования мелкой моторики детей экспериментальной группы после проведения обследования показывают, что под воздействием разработанной нами коррекционно-развивающей программы наблюдается статистически достоверно выраженное улучшение физических качеств.

Сравнительный анализ эффективности разработанной нами коррекционно-развивающей программы и базовой (стандартной, используемой ДДУ

Таблица 1. Характеристика показателей мелкой моторики детей экспериментальной группы до начала и после окончания проведения занятий по разработанной нами коррекционно-развивающей программе.

ТЕСТЫ	ДО	ПОСЛЕ	t _{факт.}	t _{крит.}	P
«Мозаика», с	43,5±1,09	40,0±1,06	2,36	2,23	<0,05
«Капелька к капельке», с	65,0±0,75	61,7±0,97	2,70	2,23	<0,05
«Сушим одежду», с	71,6±0,97	68,3±0,73	2,70	2,23	<0,05
«Разложи трубочки», с	34,1±1,11	30,5±0,69	2,80	2,23	<0,05
«Конструируем из палочек», с	46,0±1,13	42,0±0,94	2,70	2,23	<0,05
«Золушка», с	75,0±0,74	71,6±0,83	3,01	2,23	<0,05
«Спички-синички», с	64,0±1,06	58,8±1,01	2,46	2,23	<0,05
«Бусины-горошины», с	77,5±0,97	74,1±0,66	2,81	2,23	<0,05

№ 407) на развитие мелкой моторики у детей 4–5 лет с нарушением интеллекта достоверно подтверждает эффективность данной программы.

Таким образом, несмотря на то, что умственная отсталость – явление необратимое, это не значит, что она не поддается коррекции. Постепенность и доступность дидактического материала при занятиях физическими упражнениями создают предпосылки для овладения детьми разнообразными двигательными умениями, игровыми действиями, для развития физических качеств и способностей, необходимых в жизнедеятельности ребенка.

Литература

1. Маллер А.Р. Обучение, воспитание, и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. – М., 2001.
2. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями а развитии: Учебное пособие – М., 2002.
3. Шапкова Л.В. Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Под ред. С.П. Евсеева. – М., 2001.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / Под общ. ред. Л.В. Шапковой. – М., 2007.

*Чудинова М.Н., г. Ессентуки, филиал СГПИ в г. Ессентуки
Научный руководитель: ст. преподаватель Горбатова Л.С.*

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

В реальности живут сотни, тысячи несчастных детей и взрослых, лишенных возможности вести полноценную жизнь. Беда не спрашивает ни имени, ни фамилии, ни года рождения. Несчастье может произойти с кем угодно. Даже думать не хочется о том, что родившийся здоровым ребенок в один ужасный момент превратится в человека, как принято говорить, с ограниченными физическими возможностями. Нельзя запираť такого человека в четырех стенах, якобы ограждая его от опасностей и трудностей, подстерегающих на улице. Компьютер и книги – хорошие друзья в одиночестве. Вот только всем ли нужно одиночество? И как это – чувствовать себя «отрезанным» от всего остального мира?

По данным Всемирной организации здравоохранения, инвалиды составляют около 10 % населения земного шара. Эта статистика характерна и для России (15 млн. инвалидов). Несмотря на успехи медицины, их число медленно, но неуклонно растет, особенно среди детей и подростков [1, с. 20].

Долгие годы бытовало мнение, что понятия «инвалид», «физическая активность», а, тем более, «спорт» несовместимы. Средства физической культуры рекомендовались только отдельным инвалидам как кратковременное мероприятие, дополняющее физиотерапевтические и медикаментозные назначения.

Основными негативными последствиями вынужденной гиподинамии и гипокинезии являются:

- снижение объема и интенсивности физической активности,
- низкий уровень затрат на мышечную работу,
- упрощение и обеднение двигательной деятельности человека приводят

к негативным результатам в функционировании как внутренних органов и систем человека, так и его психики. И если здоровый человек снижает до недопустимого уровня свою двигательную активность, то в этом виноват только он сам. У инвалида дефицит движений, как правило, спровоцирован его заболеванием или дефектом.

Действительно, отсутствие зрения, детский церебральный паралич, ампутации, нарушения интеллекта являются серьезнейшими препятствиями для полноценной двигательной активности.

Мы разделяем мнение Джолли Хьюга, что вина и ответственность за вынужденную гиподинамию, и гипокинезию детей-инвалидов, у которых естественная двигательная активность ограничена его дефектом, и он нуждается в целенаправленной помощи и создании особых условий, полностью возлагаются на родителей, врачей, других специалистов, в том числе – по адаптивной физической культуре [2, с. 120].

Коварство дефицита движений состоит в том, что повседневные негативные морфофункциональные изменения малозаметны.

По утверждению С.П. Евсеева, Л.В. Шапковой, отрицательное кумулятивное воздействие приводит к следующим изменениям:

- снижается функциональная активность органов и систем, и нарушаются регуляторные механизмы;
- происходят атрофические и дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата и в особенности его нервно-мышечного и костного компонентов;
- уменьшается тренированность мышц (особенно таких крупных, как мышцы живота, спины), что неблагоприятно отражается на функциях кровообращения, пищеварения, дыхания;
- снижается сердечная деятельность, что приводит к деструктивным изменениям по типу атрофии и уменьшению энергетического потенциала;
- уменьшается жизненная емкость легких и легочная вентиляция как в покое, так и, особенно, при физической работе [3, с. 96].

Мы определили, что одной из главных проблем в системе комплексной реабилитации больных и инвалидов является «борьба» с последствиями вынужденной малоподвижности, активизация деятельности всех сохранных функций и систем организма человека, профилактика огромного количества болезней, зарождающихся в результате гиподинамии и гипокинезии.

Анализ методической литературы, специальной педагогики и психологии показал, что именно эту проблему в первую очередь должна решать адаптивная физическая культура:

- физическая реабилитация,
- адаптивная двигательная рекреация,
- адаптивное физическое воспитание,
- адаптивный спорт и другие ее компоненты.

Для решения данной проблемы могут применяться различные варианты креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практик (по В.П. Правосудову):

- психосоматическая саморегуляция,
- ритмопластика,
- танцтерапия.

Эффективно влияет на эмоционально-волевую сферу занимающихся игровая и соревновательная деятельность, сюжетно-ролевые способы выполнения двигательных заданий [4, с.156].

По определению В.С. Дмитриева, игра – это форма деятельности в основных ситуациях, в которой воспроизводятся типичные действия и взаимодействия людей. Она для ребенка является формой реализации активности и сферой жизнедеятельности, где он получает удовольствие. Воссоздаваемые в игре реальные и воображаемые предметы, образы помогают ребенку познать окружающий мир, приучают его к целенаправленной деятель-

ности, способствуют развитию мышления, памяти, речи, эмоций. Особое значение для развития ребенка имеет ролевая игра. Распределяя роли в игре и общаясь друг с другом в соответствии с принятыми ролями (врач-больной и др.), дети осваивают социальное поведение, учатся взаимодействовать между собой. На следующем этапе — игре по правилам — эти черты поведения получают свое дальнейшее развитие. В рамках профилактически-коррекционной работы целесообразно использовать следующие подвижные игры в работе с детьми с нарушениями ОДА.

Подвижные игры направлены на совершенствование двигательных навыков в меняющихся условиях, на улучшение функций различных анализаторов, обладают мощным общетонизирующим и эмоциональным воздействием. Это игры с элементами ползания, ходьбы, бега, метания, с преодолением различных препятствий.

Применяют спортивные игры по упрощённым правилам: волейбол, баскетбол, футбол, настольный теннис. Очень эффективны в работе с детьми с нарушениями ОДА плавание в бассейне и катание на лошадях.

Мы предлагаем следующие игры для детей с ограниченными физическими возможностями.

Игра «Ручей»

Цель: обучение детей выполнению согласованных быстрых коллективных действий.

Количество игроков: 8–12.

Инвентарь: флажок или набивной мяч для обозначения места поворота.

Инструкция. Играют две команды, игроки которых выстраиваются в колонну по одному у стартовой линии. В 15–20 м от нее обозначают место поворота (флажок, набивной мяч). По сигналу направляющие команд бегут к месту поворота, оббегают предмет, возвращаются к команде и берут за руку очередного участника. Теперь они бегут вдвоем, держась за руки, оббегают поворот, возвращаются, берут за руку третьего, и так продолжается, пока все игроки не будут бежать вместе, держась за руки. Побеждает команда, закончившая бег первой и без нарушения правил.

Игра «Вызов номеров»

Цель: воспитание внимания, развитие быстроты и ловкости.

Количество игроков: 10–20.

Инвентарь: флажок или набивной мяч для обозначения места поворота.

Инструкция. Играют две команды, которые выстраиваются в колонну по одному у стартовой линии. В 15 м от нее напротив каждой команды обозначается место поворота. Капитаны распределяют игроков по номерам. Ведущий называет номера. Игроки, услышав свой номер, бегут к точке поворота, оббегают ее и возвращаются на место. Прибежавший первым получает очко, вторым — 2 очка. Победившая команда определяется в конце игры по количеству набранных очков.

Игра «Догони обруч»

Цель: развитие быстроты и ловкости, глазомера.

Количество игроков: 6–12.

Инвентарь: обручи по числу играющих.

Инструкция. Для игры обозначают стартовую линию, в 5–6 м от нее – контрольную, а в 8–9 м от стартовой – финишную. Две-три команды выстраиваются у стартовой линии, в руках у каждого игрока – обруч. По первому сигналу startующие делают замах обручем, по второму – выполняют бросок обруча так, чтобы он катился. Как только обруч достигает контрольной линии, бросивший выбегает и старается догнать обруч, прежде чем тот докатится до финишной линии. Побеждает тот, кто несколько раз был первым.

Игра «Челночный бег»

Цель: развитие умения ориентироваться в пространстве, выносливости и ловкости.

Количество игроков: 6–12.

Инвентарь: кегли (набивные мячи, стойки).

Инструкция. Для проведения игры обозначают стартовую линию, в 8–10 м от нее – место поворота, затем через каждые 3 м еще три точки поворота (кегли, набивные мячи, стойки). По сигналу ведущего направляющие обеих команд бегут к первой отметке, поворачивают, бегут к линии старта, затем снова – до второй отметки, пока не пробегут все точки поворота. После этого в игру вступают следующие участники команды. Победитель – команда, закончившая бег первой.

Прогулки в лес или в парк особенно полезны. Во время прогулки можно совместить ходьбу с подвижными играми и развлечениями, купанием, воздушными и солнечными ваннами. Чтобы прогулка была веселой и интересной, рекомендуем организовывать игры, которые не требуют особого оборудования, специальной площадки. Имея с собой только волейбольные или теннисные мячи, можно провести множество разнообразных игр и эстафет [4, с. 90].

Мы пришли к выводам, что для адаптивной физической культуры важно не только то, насколько успешно усваиваются детьми с ограниченными физическими возможностями двигательные умения и навыки, но и то, как успешно обеспечиваются при этом процессы, способствующие усвоению социальных навыков.

Приобретение моторных навыков, физическое совершенствование детей здесь является в большей степени поводом и средством, благоприятным условием для приобретения навыков социальных. Особенно когда речь идет о детях с отклонениями в развитии интеллектуальной сферы.

Являясь одним из важнейших факторов образовательно-культурного процесса, адаптивная физическая культура выступает универсальным средством, поскольку реализует воспроизводство личности человека именно как целостности в своем телесно-духовном единстве.

В процессе занятий адаптивной физической культурой человек не только социализируется и образовывается, (укрепляет и совершенствует остаточ-

ное здоровье, корректирует свои дефекты, вырабатывает механизмы компенсации, осваивает те или иные социальные роли, функции и т.п.), но и сам «образует и творит мир», формирует и «завоевывает» социальное пространство – изначально самоопределяется, создает свое понимание, видение, ощущение мира, проектирует и строит собственную деятельность, социальное окружение.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М., 1989.
2. Джолли Хьюг . Если ребенок заболел.– 3-е изд. – К., 1996.
3. Евсеев С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура: Учебное пособие для студентов высших и средних профессиональных учебных заведений. – М., 2000.
4. Правосудов В.П. Учебник инструктора по лечебной физической культуре. – М., 1980.
5. Сборник материалов к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов (Ред. и сост. В.С. Дмитриев, А.В. Сахно). Т I и II. – М, 1993. Т I. –272 с. Т. II. – 292 с.

РАЗДЕЛ III. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Ботковели М.В., г.Ставрополь, ФГБОУ ВПО СГАУ
Научный руководитель: к.пед.н., доцент Морозова А.В.*

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ

На современном этапе культурного развития российского общества сфера образования переживает непростое время реформирования. Это выражается в переориентации традиционных концепций, моделей, форм, методов обучения, созданных в советскую эпоху, на иные идеи и механизмы европейской системы, которые, как предполагается, будут способствовать интеграции отечественного образования с образовательным пространством европейского сообщества.

В результате происходит отказ от образовательных механизмов, принятых ранее, от предыдущих поколений образовательных стандартов, и переход на инновационные для нашего образования модели с акцентом на компетентностный подход. Данная позиция распространяется на все ступени образования и на все категории обучающихся граждан.

Сужая обозначенную ситуацию, обратим внимание на возможность применения стандартизации в инклюзивном образовании.

«Государствам следует признавать принцип равных возможностей в области начального, среднего и высшего образования для детей, молодежи и взрослых, имеющих инвалидность, в интегрированных структурах. Они обязаны обеспечивать включение образования инвалидов в качестве неотъемлемой части в систему общего образования» [2].

Следуя пониманию инклюзии, как системы, создающей условия для раскрытия каждого ученика с помощью образовательной программы, которая достаточно сложна, но соответствует его способностям, можно предположить, что образовательные программы должны строиться в соответствии с требованиями образовательных стандартов соответствующего образовательного уровня. Таким образом, констатируем в них наличие не только соблюдения равных возможностей для обучения, но и равных требований, на основе которых будет определяться компетентностное поле обучаемого.

Например, в Ставропольском крае получает высшее профессиональное образование значительное число молодых людей, имеющих различные виды инвалидности (преимущественно – нарушения слуха, но также ДЦП, иные нарушения опорно-двигательного аппарата, некоторые другие). Обучение

имеет инклюзивный характер – студенты занимаются вместе со здоровыми однокурсниками. Единственным препятствием для полноценного общения в студенческом коллективе и с преподавателями является коммуникативный барьер, поскольку не все участники образовательного процесса владеют жестовой речью. В остальном ко всем студентам предъявляются единые требования в отношении выполнения заданий, выступлений на семинарах, участия в игровых формах обучения, в студенческих мероприятиях и др. При аттестации неслышащие студенты оцениваются в соответствии с критериями компетентности, которые определены стандартом ВПО третьего поколения.

Приведем пример возможности применения конкретных положений на основе рассмотрения отдельных общекультурных компетенций стандарта ВПО по подготовке бакалавров направления «Социальная работа», который успешно осваивают неслышащие и слабослышащие студенты в крае. Практика обучения показывает, что такие студенты (а также имеющие дефекты и заболевания опорно-двигательного аппарата, слабовидящие и др.) в состоянии освоить комплекс дисциплин гуманитарного (ОК) и профессионального (ПК) блоков и демонстрировать необходимые знания, умения, навыки и способности, а именно:

- владение культурой мышления, способностью к обобщению, анализу, восприятию и отбору массива информации, постановке цели и выбору путей ее достижения (ОК-1);
- умение сотрудничать с коллегами, эффективно работать в коллективе на высоком культурном уровне (ОК-3);
- способность находить организационно-управленческие решения в нестандартных ситуациях и готовность нести за них ответственность (ОК-4);
- умение критически оценивать личные достоинства и недостатки, намечать пути и выбирать средства повышения уровня саморазвития и устранения недостатков (ОК-7);
- осознание социально-культурной значимости будущей профессии, обладание высокой мотивацией к выполнению ее функций (ОК-8);
- владение основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки информации, наличие навыков работы с компьютером как средством управления информацией (ОК-12);
- способность работать с потоками информации в глобальных компьютерных сетях и мощных хранилищах (ОК-13);
- владение навыками социального проектирования, моделирования и прогнозирования в сфере социальной защиты и социального обслуживания;
- свободная ориентировка в области экономики и ресурсного обеспечения системы социального обслуживания населения;
- способность к работе в многонациональном коллективе, в том числе и над междисциплинарными, инновационными проектами (ПК-3);
- способность на научной основе организовать свой труд, самостоятельно оценить результаты своей деятельности, владение навыками самостоя-

тельной работы, в том числе в сфере проведения научных исследований (ПК-5) и другие.

Таким образом, на основе выводов из многолетней практики автора и коллег, работающих со студентами с ограниченными возможностями здоровья в системе инклюзивного образования, можно констатировать, что применение компетентностного подхода и стандартизации в инклюзивном обучении студентов в вузе является вполне реальным и адекватным требованиям подготовки выпускника с высшим образованием.

Отметим, что данный подход распространяется и на студентов-инвалидов, обучающихся на специалитете, а также в магистратуре.

Сделаем оговорку, что в систему высшего профессионального образования включены молодые инвалиды, прошедшие конкурсный отбор на вступительных испытаниях, при проведении которых определяется возможность и способность абитуриента осваивать теоретические знания и практически воплощать их в будущей профессиональной деятельности. Такая же система используется в среднем специальном профессиональном образовании, а также в гимназиях и лицеях.

Но как выполнять требования обучения и оценивать результаты по принципу равенства в общем образовании, если учащиеся имеют признаки задержки психического развития? Может ли быть в таких случаях применен компетентностный подход, обозначенный в стандарте? Как и кем будут формироваться необходимые компетенции, возможные для молодого человека с инвалидностью?

Очевидно, ответ на данный вопрос может дать нам обращение педагогического коллектива к модели социальных компетенций, например, при разработке блока общекультурных компетенций. Содержание модели адресует нас, с одной стороны, к формированию системы необходимых социальных компетенций, свойственных конкретному возрасту. С другой стороны, следует прибегнуть к совершенствованию модели путем определения и включения примерных характеристик психического развития, применяемого впоследствии в дифференцированном варианте.

Есть ли в практике современного образования подобные адекватные механизмы, применяемые в компетентностном выражении для лиц с инвалидностью? Думается, что это дело будущего. Нам представляется, что еще долго будут применяться старые механизмы, проверенные и эффективные. Возможно, это и справедливо, но обновление взглядов и подходов неизбежно.

Традиционные положения инклюзии ориентируют больше на обращение к сфере социальных взаимодействий лиц с инвалидностью и здоровых людей. **«Инклюзивное (включающее) образование** дает возможность всем учащимся в полном объеме участвовать в жизни коллектива детского сада, школы, института, в дошкольной и школьной жизни; **инклюзивное образование** обладает ресурсами, направленными на стимулирование равноправия обучаю-

щихся и их участия во всех делах коллектива; **инклюзивное образование** направлено на развитие у всех людей способностей, необходимых для общения.

Инклюзивное образование базируется на принципах:

- ценность человека не зависит от его способностей и достижений;
- каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
- все люди нуждаются друг в друге;
- подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
- все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
- для всех обучающихся достижение прогресса скорее в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
- разнообразие усиливает все стороны жизни человека» [2].

Перечисленные положения аналогичны принципам концепции независимой жизни и должны стать основой для любого уровня образования инвалидов. Поэтому реализация модели социальных компетентностей в образовательной системе различных уровней может и должна найти свою нишу.

Очевидно, совсем по-другому складывается ситуация в системе общего обязательного образования детей, куда приходят дети с разным уровнем развития интеллекта и физических возможностей. Вместе с тем, данная ступень образования также основывается на образовательных стандартах, компетентностном подходе. Какие параметры оценивания образовательных возможностей детей будут применены педагогическими коллективами для расширения системы инклюзивного образования – это основная проблема, требующая незамедлительного решения.

Так, доктор Д. Леско предлагает делать акцент на применении дифференцированного подхода, в рамках которого разрабатываются общие и индивидуальные обучающие программы, использующие наиболее эффективные методики. (Например, **мэйнстриминг**-программы совместных занятий и проведения досуга детей-инвалидов и обычных детей. Такие программы представляют собой мощное средство социального обучения детей, подростков и молодежи с инвалидностью). Эти программы основываются на реализации следующих принципов:

- универсальность (подходит для всех учеников, в том числе учеников с инвалидностью);
- содержание методов и средств приспособления к широкому кругу возможностей ученика;
- способность реализации выражения, принятия и уважения индивидуальных особенностей обучения;
- применимость ко всем составным частям программы и к привычной манере поведения в классе;
- обязательность для всех участников процесса обучения;
- ориентация на повышение успешности ученика [1].

Основная идея инклюзивного образования детей и молодежи с инвалидностью – получение ими полноценного и эффективного образования для того, чтобы жить полной жизнью – в контексте формирования социально-значимых компетенций должна стать ведущей при разработке тех или иных подходов, создании образовательных программ различных образовательных уровней. Условия для этого могут быть созданы как педагогическими коллективами, так и всем образовательным сообществом с участием родителей и сопричастных лиц.

Литература

1. Леско Д. Основные принципы инклюзии. Из доклада «Инклюзивные школьные сообщества: стратегии достижения успеха» / По материалам международной конференции «Развитие инклюзивных школ в России», Москва, 19-20 ноября 2005. [Электронный ресурс] – URL: <http://obrazovanie.perspektiva-inva.ru/index.php?465>, дата обращения 14.04.2011.

2. Что такое инклюзивное (включающее) образование? / Из материалов Британской организации «Союз за Включающее образование». [Электронный ресурс] – URL: <http://obrazovanie.perspektiva-inva.ru/?315#01>, дата обращения 14.04.2011.

***Даудгаджиева З.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Литвина Г.А.***

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ВУЗАХ

Инклюзия в общественных отношениях и инклюзия в образовании в настоящее время активно внедряется как ведущая идеология отношения к людям-инвалидам в нашей стране.

Инклюзивное образование – достаточно гибкая система. Она основана на том, что все дети разные, что они не должны отвечать жестким требованиям и стандартам, но при этом все могут учиться. Специфика организации учебно-воспитательной и коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения развития, обуславливает необходимость специальной подготовки педагогического коллектива образовательного учреждения общего типа, обеспечивающего интегрированное образование. Педагогические работники образовательного учреждения должны знать основы коррекционной педагогики и специальной психологии, иметь четкое представление об особенностях психофизического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, о методиках и технологиях организации образовательного и реабилитационного процесса таких детей [7, с. 151-152].

Проблему инклюзивного образования в нашей стране обсуждают многие ведущие ученые. Так, директор Института коррекционной педагогики

Российской академии образования Н.Н. Малофеев отмечает, что сегодня **инклюзивное (включенное) образование** понимается как процесс совместного воспитания и обучения лиц с *ограниченными возможностями здоровья* и нормально развивающихся сверстников. В ходе такого образования дети с ограниченными возможностями здоровья могут достигать наиболее полного прогресса в социальном развитии [4].

Проблемой подготовки кадров для инклюзивного образования активно занимаются ведущие педагогические вузы России – Институт проблем интегративного (инклюзивного) образования при Московском городском психолого-педагогическом университете, Институт специальной педагогики при Красноярском государственном педагогическом университете имени В. П. Астафьева, факультет психологии Челябинского государственного педагогического университета. На факультете психологии и дефектологии Мордовского государственного педагогического института имени М. Е. Евсевьева также разработана примерная основная образовательная программа подготовки бакалавров по профилю «Психология и педагогика инклюзивного образования» направления «Психолого-педагогическое образование». В рамках указанного профиля содержание подготовки специалиста инклюзивного образования строится на основе компетентностного подхода, который определяется как совокупность общих принципов определения целей образования, отбора содержания образования, организации образовательного процесса и оценки образовательных результатов [3; 6].

Интересными являются результаты исследования Д. В. Зайцева (2004). Автором был проведен анализ зависимости изменения мотивации негативного отношения к образовательной интеграции у учителей от стажа педагогической работы. Наивысший уровень негативного отношения присущ молодым специалистам, проработавшим в сфере образования не более 10 лет. Он снижается с увеличением стажа педагогической работы. Например, если среди молодых специалистов (стаж до 10 лет) 58% боятся, что они не смогут работать в смешанных классах, то среди педагогов со стажем более 10 и 20 лет таких соответственно 41% и 38%. А у педагогов, проработавших более 40 лет, этот показатель составляет всего 2% [1, с. 127-132].

Инклюзия – включение людей с ограниченными возможностями в состояние здоровья в общество на их собственных условиях, а не на условиях приспособления к правилам мира здоровых людей. Именно поэтому инклюзия должна рассматриваться как основной принцип организации занятий по физической культуре с детьми-инвалидами.

В то же время необходимо отметить, что организация инклюзивного физического воспитания несет в себе определенные трудности: разработки программно-нормативных документов, изменения образовательного процесса и физкультурно-образовательной среды. То есть проблема барьерной среды в случае занятий физическими упражнениями приобретает еще большее значение и выражается в определенных особенностях, связанных со специаль-

ным оборудованием мест занятий. Изменение содержания образовательного процесса, требует не только выбора учебного материала в соответствии с интересами и возможностями всех детей, обучающихся в одном классе, но и определения системы оценивания их успехов в двигательной деятельности.

Кроме этого, повышается психологическое напряжение специалиста по физической культуре, так как в значительной степени усложняются выполнения требования обеспечения безопасности занятий физическими упражнениями для всех участников образовательного процесса, так как педагогу необходимо больше внимания уделять детям, имеющим отклонения в состоянии здоровья. Хочется акцентировать внимание, и на том, что от специалиста по физической культуре при организации инклюзивного физического воспитания требуется компетентность во многих областях адаптивной физической культуры, в зависимости от заболевания детей.

Все вышесказанное дает основание предполагать, что наиболее доступными в рамках инклюзии являются рекреационные виды занятий физическими упражнениями. Включение детей-инвалидов в совместную со здоровыми детьми физкультурно-рекреационную деятельность целесообразно определить термином инклюзивная физическая рекреация [4, с. 3-10].

Определенные сложности в организации конструктивного общения занимающихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья, как с педагогом, так и со здоровыми сверстниками актуализирует проблему применения специалистами по физической культуре гуманитарных технологий, ставящих своей задачей конструирование ситуаций, демонстрирующих позитивную перспективу взаимодействия его участникам.

Целесообразность применения гуманитарных технологий в условиях инклюзивного образования связано с тем, что при их конструировании всегда создается определенный творческо-интеллектуальный продукт, предполагающий уникальное, эксклюзивное разрешение конкретной педагогической ситуации [2, с. 214-217].

В исследованиях, проведенных по выявлению отношения будущих специалистов по физической культуре к возможности работы в условиях инклюзивного образования и целесообразности применения гуманитарных технологий в такого рода профессиональной деятельности (А. Е. Митин, С. О. Филиппова, 2010) были получены следующие результаты [5, с. 411-416].

Две трети опрошенных положительно относятся к проведению занятий физическими упражнениями совместно здоровых детей и детей-инвалидов. Свое мнение опрошенные аргументировали следующим образом: «У детей-инвалидов будет выше мотивация для достижения результата», «Детям-инвалидам необходимо приобретать опыт общения со здоровыми сверстниками».

В то же время более 30% опрошенных отрицательно относятся к инклюзивным занятиям по физической культуре. Они считают, что дети-инвалиды будут некомфортно себя чувствовать, наблюдая, как здоровые сверстники выполняют то, что они выполнить не могут. Кроме того, данная группа рес-

пондентов убеждена, что подобные занятия очень сложны как по организации, так и по методике.

Практически все респонденты указали на целесообразность применения гуманитарных технологий в условиях инклюзивного образования. Это, по их мнению, связано с потенциально большей опасностью появления различных эмоционально сложных и даже конфликтных ситуаций при организации занятий детей с отклонениями в физическом и интеллектуальном развитии совместно со здоровыми сверстниками.

Инклюзивное, совместное обучение не только помогает людям с инвалидностью адаптироваться к жизни, но и позволяет здоровым людям развить толерантность и ответственность.

Проведенное исследование показало, что будущие специалисты по физической культуре адекватно оценивают возможные трудности при работе в условиях инклюзивного образования и уровень своей готовности к их преодолению. Важным является то, что студенты понимают специфику инклюзивных занятий физическими упражнениями и склоняются к организации их в тех формах, которые наиболее целесообразны для решения поставленных задач.

Формирование у будущих специалистов по физической культуре компетентности в области гуманитарных технологий может во многом способствовать их успешной профессиональной деятельности в условиях инклюзивного образования.

Литература

1. Зайцев Д. В. Интегрированное образование детей с ограниченными возможностями // Социологические исследования. – 2004. – № 7.
2. Инклюзивная физическая рекреация в формировании толерантности здоровых школьников к сверстникам-инвалидам / В. П. Соломин, С. О. Филиппова, Е. А. Митин, А. Е. Митин, Т. В. Соловьева // Современные проблемы физической культуры и спорта: матер. междуна. науч. -прак. конфер. Т. 1. – СПб, 2008.
3. Лихачев Б. Т. Педагогика : курс лекций. – изд. 4-е, перераб. и доп. – М., 2001.
4. Малофеев Н. Н. Инклюзивное образование в контексте современной социальной политики // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 1.
5. Митин А. Е., Филиппова С. О. Отношение будущих специалистов по физической культуре к работе в условиях инклюзивного образования // Ребенок в современном мире. Духовные горизонты детства: матер.международ. конф. – СПб., 2010.
6. Савельев, А. Я. Модель формирования специалиста с высшим образованием на современном этапе. Вып. 3. – М., 2005.
7. Специальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Н. М. Назаровой. – М., 2008.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ОДИНОЧЕСТВА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Каждый человек осознанно или не осознанно боится оказаться одиноким. Это факт. Так что же такое это одиночество? В первую очередь это пребывание вне общества, но не в физическом, а в моральном плане. О распространённости одиночества среди людей говорят следующие данные: не более 1–2 % опрошенных утверждают, что никогда в жизни не испытывали чувства одиночества, в то время как примерно 10–30 % говорят, что переживали такое чувство хотя бы раз в жизни [2]. Человек становится одиноким тогда, когда осознаёт неполноценность своих отношений с людьми, личностно значимыми для него, когда он испытывает острейший дефицит удовлетворения потребности в общении.

Наше общество, развиваясь, достигло многих результатов в науке, технике, а также во многих других областях. Это, бесспорно, способствовало облегчению и улучшению жизни населения, но также привело и к изменению образа жизни, гиподинамии, ухудшению экологической обстановки в мире, а также отрицательно сказалось и на здоровье населения. Все это не только не способствовало уменьшению числа особенных детей, но и привело к их увеличению. По данным федеральной службы государственной статистики, количество впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет с 2005 года по 2010 год увеличилось в 1,5 раза и составило 73545 человек. Это наше будущее и нам необходимо подумать о наиболее эффективных способах интеграции и адаптации их в обществе [6].

Одиночество – это тяжелое психическое состояние, которое обычно сопровождается плохим настроением и тягостными эмоциональными переживаниями. Глубоко одинокие люди, как правило, очень несчастны, у них мало социальных контактов, их личные связи с другими людьми либо ограничены, либо вовсе разорваны.

Подлинные субъективные состояния одиночества обычно сопровождаются симптомами психических расстройств, которые имеют форму аффектов с явно негативной эмоциональной окраской, причем у разных людей аффективные реакции на одиночество различные. Некоторые одинокие люди жалуются, например, на чувство печали и подавленности, другие говорят о том, что испытывают страх и тревогу, а третьи сообщают о горечи, гневе, раздражённости. На переживание состояния одиночества влияют не столько реальные отношения, сколько идеальное представление о том, какими они должны быть. То есть человек, который имеет сильную потребность в общении, будет чувствовать себя одиноким в том случае, если его контакты ограничены одним или двумя людьми, а он бы хотел общаться со многими;

в то же самое время тот, кто не испытывает такой потребности, может вовсе не ощущать своего одиночества даже в условиях полного отсутствия общения с другими людьми.

Одиночество сопровождается некоторыми типичными симптомами. Обычно одинокие люди чувствуют себя психологически изолированными от остального общества, не способными к нормальному межличностному общению, а также к установлению с окружающими интимных межличностных отношений (то есть дружбы или любви). Одинокая личность – это в первую очередь депрессивная, или подавленная личность, человек, который испытывает помимо всего прочего дефицит умений и навыков общения. Одиноким индивид чувствует себя не таким, как все, считает себя малопривлекательной личностью. Он утверждает, что его никто не любит и не уважает. Такие особенности отношения к себе одинокого человека нередко сопровождаются специфическими отрицательными аффектами, среди которых нередко наблюдаются чувства злости, печали и глубокого несчастья. Одиноким человек, как правило, избегает социальных контактов и сам изолирует себя от других людей. Ему более чем другим людям, присущи так называемая импульсивность, чрезмерная раздражительность, страх, беспокойство, нервозность, ощущение разбитости, опустошённости и т.д.

Одинокие люди более пессимистичны, чем не одинокие, они испытывают гипертрофированное чувство жалости к себе, ожидают от других людей только неприятностей, а от будущего – лишь худшего. Они также считают свою жизнь и жизнь других людей совершенно бессмысленной. Одинокие люди малоразговорчивы, ведут себя очень тихо, стараются быть незаметными, чаще всего выглядят печально и уныло. Часто у них нередко отмечается усталый вид и наблюдается повышенная сонливость.

Сейчас очень остро стоит проблема переживания одиночества именно среди детей с ограниченными физическими возможностями. Бесспорно, что на переживание одиночества оказывают сильное влияние личностные особенности индивида. У лиц с ограниченными физическими возможностями формирование этих личностных особенностей происходит под влиянием факторов, связанных с их заболеваниями. В первую очередь, это ограниченность передвижения в неприспособленной окружающей среде, что очень резко сужает круг их общения, которое зачастую может осуществляться только по телефону, Интернету. Нередко у особенного ребёнка развивается неуверенность в себе и как следствие этого – замкнутость.

Можно четко выделить две группы людей с ограниченными физическими возможностями: первая группа — люди больные с детства; вторая группа — люди, которые заболели или получившие травму во взрослом возрасте. Можно предположить, что личностные особенности и стиль межличностного общения двух этих групп будут достаточно резко отличаться между собой, так как люди больные с рождения или с самого раннего детства сразу оказались в условиях ограничения своих физических возможностей, в не-

кой физической блокаде, а жизнь людей заболевших или получивших травму во взрослом возрасте была поделена на две части, до и после болезни, что не могло не привести к психологической травме [4].

Одиночеству не всегда сопутствует социальная изолированность индивида. Можно постоянно находиться среди людей, контактировать с ними и вместе с тем чувствовать свою психологическую изоляцию от них, т.е. одиночество (если, например, это чужие или чуждые для индивида люди). Абсолютно каждый из нас может стать одинокими, потеряв друга или возлюбленного, поменяв место жительства, перейдя в другой этап жизни, когда старые связи и привычки уже не актуальны или не так значимы, как раньше, а новые еще не приобретены. Мы можем быть одинокими, потому что не имеем необходимых навыков общения. Причин много. Однако важным замечанием здесь будет то, что у каждой социальной группы причины свои, а значит и свои пути выхода из одиночества [3].

Проблемы как физического, так и психического характера детей с ограниченными возможностями, определены как наиболее важные и актуальные на сегодняшний день. Чаще всего такие дети находятся дома с родителями и не посещают дошкольные и школьные образовательные учреждения. Поэтому они, зачастую, лишены общества своих сверстников.

Происходящие изменения в настоящем обществе приводят к обострению социально-стрессовой ситуации, росту эмоциональной напряженности, на почве которой у детей возникают разного рода проблемы: неуверенность в себе, застенчивость, скованность, агрессия, жестокость и заниженная самооценка. Контингент, у которого чаще всего эти проблемы возникают и есть дети с ограниченными возможностями.

Одна из основных проблем заключается в том, что, несмотря на применяемые государством меры, значительная часть этих детей, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь. Вместе с тем, результаты исследований и практика свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий какой-либо дефект развития, может при соответствующих условиях стать вполне полноценной личностью, развиваться духовно, физически, обеспечивать себя и даже свою семью в материальном отношении и быть полезным обществу. Именно к этому и надо стремиться. Возможно, неплохим помощником в решении данной проблемы может стать развитие инклюзивного воспитания и образования, то есть создание инклюзивных детских садов и школ.

По мнению великого учёного, профессора Манчестерского университета Питера Миттлера, инклюзия – «это шаг на пути достижения конечной цели – создания включающего общества, которое позволит всем детям и взрослым, независимо от пола, возраста, этнической принадлежности, способностей, наличия или отсутствия нарушений развития и ВИЧ-инфекции, участвовать в жизни общества и вносить в нее свой вклад. В таком обществе отличия ува-

жаются и ценятся, а с дискриминацией и предрассудками в политике, повседневной жизни и деятельности учреждений ведется активная борьба».

Данный вид образования является замечательным шансом для особенных детей. В первую очередь он направлен на решение ряда проблем, основные из которых:

1. Позволяет реализовать право инвалидов на получение образования, решая проблему ущемления прав;
2. Проблема одиночества, общения со сверстниками.
3. Проблема отношения общества к инвалидам.
4. Проблема отношения самих инвалидов к себе.
5. Проблема конкурентоспособности.
6. Проблема разлучения с семьей [7].

Благодаря совместному воспитанию дети с ограниченными возможностями могут приобрести друзей, учиться общаться со сверстниками, что в дальнейшем поможет им избежать одиночества и научит их жить в обществе. Ведь воспитываясь вместе с самого раннего детства, играя, учась, гуляя вместе, участвуя в праздничных мероприятиях, они многому учатся друг у друга, учатся жить вместе, уважая и воспринимая каждого человека таким, какой он есть. Наблюдения, проведенные в детском саду, использующем в своем образовательном процессе инклюзию, показали, что на прогулке, во время игр, а также на праздничных мероприятиях дети с ограниченными возможностями здоровья и здоровые дети не испытывали ни каких трудностей при общении, ни разу не было замечено ни насмешек, ни издевательств. Причем, чем раньше происходит включение детей с ограниченными возможностями в общую группу, тем успешнее удаётся изменять привычный стереотип о неполноценности особенных людей в нашем обществе [1].

Инклюзивное воспитание и образование, дает возможность посещать детский сад и школу расположенную рядом с домом, а значит не подвергать ребенка стрессу, связанному с расставанием с семьей. А вот специализированные учреждения в нашей стране распределены по территории неравномерно, большинству детей, для получения образования, приходится уезжать из семьи, надолго расставаясь с родителями, что отрицательно сказывается на психике ребенка.

Итак, можно сказать, что люди с ограниченными физическими возможностями, больные с рождения или с самого раннего детства, в своем большинстве оказываются более способными к интеграции в общество, более контактными и с большим, хотя и сдержанным оптимизмом, смотрят в будущее. Это можно объяснить тем, что «правила игры» их жизни были определены с рождения или в самом раннем детстве, и правильным воспитанием, под которым можно понимать не сверхопеку и сверхжесткость, а формирование реалистичной оценки своего положения, умения общаться с окружающими и находить свое место в жизни. Можно сказать, что одиночество представляет для них большую проблему, но они активно ищут выход из него.

Таким выходом вполне может оказаться инклюзивное воспитание и обучение. Общество должно предоставить любому человеку право выбора вида образования в зависимости от его интересов, потребностей, возможностей. От того, насколько быстро мы сможем преодолеть процессы дифференциации внутри образовательной системы, и перейти к развитию интеграционных технологий зависит будущее нации. На пути становления института интегрированного образования одной из главных задач является позитивное трансформирование отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья в России.

Литература

1. Волжина Т.И. Если ваш ребенок не такой, как другие. – М., 1997.
2. Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. – Саратов, 2003.
3. <http://www.gks.ru/>.
4. <http://www.perspektiva-inva.ru/index.php>.
5. Зайцев Д.В. Образовательная Интеграция детей с ограниченными возможностями. – М., 1999.
6. <http://inclusion.vzaimodeystvie.ru/library/>.
7. Инклюзивное образование: перспективы развития в России: материалы к конференции. – М., 2011.

***Захарченко Э.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ассистент Попова М.Р.***

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Адаптивная школа (школа адаптирующей педагогики) – это школа, где должно быть место каждому ребенку вне зависимости от его индивидуальных психофизических особенностей и склонностей.

Она характеризуется тем, что при сохранении классно-урочной системы организации обучения учащихся, в зависимости от их способностей, уровня интеллектуального развития и степени подготовки, распределялись по классам на слабых, средних и сильных.

Использовать возможности внутриклассной дифференциации по предмету – значит включить огромные резервы улучшения учебно-воспитательного процесса.

Принцип разделения учащихся на гомогенные классы с различным уровнем программ – тракинг позволяет удовлетворить интеллектуальные потребности способных детей и дать необходимую помощь и поддержку слабым.

Помощь сильным и слабым дифференцируется, не затрагивая достоинства и личностного статуса последних, не меняя уровня демократичности отношений в группах и между группами, не внося разделение в школьное общество.

Обеспечивается переход из одной категории в другую, взаимодействие и взаимопомощь сильных и слабых, система компенсации отставания и т.п.

В зависимости от глубины и качества диагностики индивидуальных особенностей детей, наличия материальных и кадровых возможностей к рассмотренным видам дифференциации добавляется организация групп детей с соматическими отклонениями, с околопатологическими особенностями умственного развития, левополушарных и правополушарных детей, а также остро нуждающихся в социальной помощи [4, с. 134].

Современные технологии формирования здоровья учащихся в педагогическом процессе и в повседневной жизни на основе личностно-ориентированного подхода, личностно-развивающих ситуаций предполагают активное участие самого обучающегося в освоении культуры человеческих отношений, в формировании опыта здоровьесбережения, который приобретается через постепенное расширение сферы общения и деятельности учащегося, развитие его саморегуляции (от внешнего контроля к внутреннему самоконтролю), становление самосознания и активной жизненной позиции на основе воспитания и самовоспитания, формирования ответственности за свое здоровье, жизнь и здоровье других людей.

Все здоровьесберегающие технологии, применяемые в учебно-воспитательном процессе, можно разделить на три основные группы: 1) технологии, обеспечивающие гигиенически оптимальные условия образовательного процесса; 2) технологии оптимальной организации учебного процесса и физической активности школьников; 3) разнообразные психолого-педагогические технологии, используемые на уроках и во внеурочной деятельности педагогами и воспитателями.

Охрана здоровья ребенка предполагает не только создание необходимых гигиенических и психологических условий для организации учебной деятельности, но и профилактику различных заболеваний, а также пропаганду здорового образа жизни.

Как показывают исследования, наиболее опасным фактором для здоровья человека является его образ жизни. Следовательно, если научить человека со школьных лет ответственно относиться к своему здоровью, то в будущем у него больше шансов жить, не болея. На сегодняшний день очень важно вводить вопросы здоровья в рамки учебных предметов. Это позволит не только углубить получаемые знания и осуществить межпредметные связи, но и показать ученику, как соотносится изучаемый материал с повседневной жизнью, приучить его постоянно заботиться о своем здоровье.

Для решения этих задач необходимы следующие условия: создание положительного эмоционального настроя на работу всех учеников в ходе урока; использование проблемных творческих заданий; стимулирование учеников к выбору и самостоятельному использованию разных способов выполнения заданий; применение заданий, позволяющих ученику самому выбирать тип, вид и форму материала (словесную, графическую, условно-сим-

волическую); рефлексия того, что получилось, а что – нет, в чем были ошибки, как они были исправлены [3, с. 287].

Разумеется, при бесконечном разнообразии человеческих организмов и индивидуальных стилей жизни попросту невозможно представить себе существование некоего высшего, единственно правильного научно обоснованного и абсолютно эффективного метода воспитания, развития и оздоровления ребенка. Не следует также забывать, что в различных руках знание практических приемов и средств психологического, педагогического и медицинского влияния на организм и психику ребенка может проявляться и как исцеляющее, позитивно направляющее, устремляющее к прогрессу, и как разрушительное, угнетающее естественную активность организма, его приспособительные механизмы и адаптационные ресурсы. Тут все зависит от нравственной позиции воздействующего, от особого рода «сердечной» настроенности на действительные проблемы и нужды ребенка [1, с. 166].

По данным социологического исследования, проведенного Центром образования и здоровья Министерства образования науки Российской Федерации и институтом возрастной физиологии РАО, около 80% школ ведут профилактическую; 70% – физкультурно-оздоровительную; 7% – специальную оздоровительную работу, 30% – осуществляют обучение по программам формирования здорового образа жизни. Однако только в 20% школ налажена системная и комплексная работа по сохранению и укреплению здоровья детей.

В связи с этим актуальна необходимость введения в образовательных учреждениях служб, которые предполагают диагностическую, профилактическую, коррекционную и консультативную деятельность по здоровьесбережению субъектов образовательного процесса [2, с. 408].

Литература

1. Залевская А.Г. Искусство развития и оздоровления дошкольника // Педагогическая наука и практика – региону: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, 22-23 апреля 2003 года. – Ставрополь: СГПИ, 2003.
2. Лобейко Ю.А. Здоровьесберегающее сопровождение будущих педагогов в контексте антропологического подхода // Антропологические основы образования, воспитания и развития детей и юношества в условиях системной модернизации образования: Материалы IX Международной научно-практической конференции (15-16 июня, 2012 г.) / Под ред. Л.Л. Редько, С.В. Бобрышова. – Ставрополь, 2012.
3. Магомедов Р.Р., Ромаева Н.Б., Зиненко В.Н., Истомин В.Н. Антропо-здоровьесберегающие технологии в современном дошкольном и школьном образовании // Антропологические основы образования, воспитания и развития детей и юношества в условиях системной модернизации образования: Материалы IX Международной научно-практической конференции (15-16 июня, 2012 г.) / Под ред. Л.Л. Редько, С.В. Бобрышова. – Ставрополь, 2012.
4. Селевко Г.К. Современные образовательные технологии: Учебное пособие. – М., 1998.

Колоколова Е.Б., Приленко Ю.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Приленко Ю.В.

СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Реализация прав детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики в области образования. Получение такими детьми качественного общего и профессионального образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

В последнее время все больше предлагается инновационных подходов к обучению и воспитанию детей с особыми образовательными потребностями. Распространение инклюзии на детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях является не только отражением времени, но и представляет собой еще один шаг к обеспечению полноценной реализации прав детей на получение доступного образования. Независимо от социального положения, физических и умственных способностей инклюзивное образование предоставляет возможность каждому ребенку получить качественное образование [3, с. 96].

Эффективная реализация включения ребенка с особыми образовательными потребностями в среду образовательного учреждения представляется практически невозможной без специализированного психолого-педагогического сопровождения, как инклюзивного процесса, так и его отдельных структурных компонентов.

В настоящее время в системе психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов определяется 3 уровня сопровождения:

1 уровень: организация сопровождения на уровне образовательного учреждения: служба психолого-педагогического и медико-социального сопровождения образовательного учреждения.

2 уровень: организация сопровождения на муниципальном уровне: ПМП комиссия, базовое образовательное учреждение.

3 уровень: организация психолого-педагогического сопровождения на региональном уровне [1, с. 12].

Данные уровни сопровождения представляют собой единую систему организации помощи ребенку и его поддержки со стороны всех субъектов сопровождения: самих обучающихся, родителей, психологов, дефектологов, социальных педагогов и других значимых категорий.

Организация сопровождения на уровне образовательного учреждения осуществляется службой психолого-педагогического и медико-социального сопровождения образовательного учреждения: школьный ПМП конси-

лиум, методическое объединение педагогов-психологов, учителей-дефектологов, учителей-логопедов, учителей-предметников. Специалисты службы сопровождения инклюзивного обучения выявляют проблемы в развитии детей и оказывают первичную помощь в преодолении трудностей в обучении, взаимодействии с учителями, родителями, сверстниками. На данном уровне также реализуются профилактические программы, охватывающие значительные группы учащихся, осуществляется экспертная, консультативная, просветительская работа с администрацией и учителями.

Целью психолого-педагогического сопровождения ребенка в инклюзивном образовательном процессе является определение и обеспечение социально-психологических условий для успешного обучения и психологического развития ребенка в ситуациях образовательного взаимодействия.

Задачи психолого-педагогического сопровождения:

- предупреждение возникновения проблем развития ребенка;
- помощь (содействие) ребенку в решении актуальных задач развития, обучения, социализации: учебные трудности, проблемы с выбором образовательного и профессионального маршрута, нарушения эмоционально-волевой сферы, проблемы взаимоотношений со сверстниками, учителями, родителями;
- динамическое отслеживание развития школьников в процессе обучения (мониторинг психологического статуса ученика);
- развитие психолого-педагогической компетентности (психологической культуры) учащихся, родителей, педагогов;
- психологическая поддержка педагогов [2, с. 48].

Психолого-педагогическое сопровождение детей-инвалидов является важнейшей составляющей инклюзивного образования. Оно включает в себя профилактику, диагностику (индивидуальную и групповую (скрининг); консультирование (индивидуальное и групповое); развивающую работу (индивидуальную и групповую); коррекционную работу (индивидуальную и групповую); психологическое просвещение и образование: формирование психологической культуры, развитие психолого-педагогической компетентности учащихся, администрации образовательных учреждений, педагогов, родителей; экспертизу образовательных и учебных программ, проектов, пособий, образовательной среды, профессиональной деятельности специалистов образовательных учреждений.

Относительно кадрового ресурса – необходимо введение в штат образовательного учреждения должности тьютора с обязательной подготовкой этих педагогов по специальной психологии и специальной педагогике и проведение хотя бы краткосрочных курсов повышения квалификации для всего коллектива образовательного учреждения по специальной психологии, специальной педагогике и технологиям инклюзивного образования.

Инклюзивная форма обучения касается всех субъектов образовательного процесса: детей с ОВЗ и их родителей, одноклассников и членов их семей, учителей и других специалистов образовательного пространства, администрации, структур дополнительного образования. Поэтому деятельность

педагога-психолога образовательного учреждения должна быть направлена не только на создание специальных условий для обучения и воспитания ребенка с ОВЗ, но и на обеспечение взаимопонимания как между педагогами (специалистами в области коррекционной и общей педагогики), так и между учащимися с ОВЗ и их здоровыми сверстниками.

Инклюзивное обучение не является обязательным для детей с ОВЗ, но в то же время обучение в условиях образовательной инклюзии позволяет ребенку с ОВЗ максимально сохранить свое привычное социальное окружение. Ранняя социализация благотворно сказывается на формировании личности детей с ОВЗ и их адаптации в реальной жизни.

Для успешного психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в условиях инклюзивного обучения и воспитания приказом руководителя образовательного учреждения создается группа психолого-педагогического сопровождения, в состав которой входят: представитель администрации, ответственный за обеспечение инклюзивных процессов в общеобразовательном учреждении; педагоги, учитель-дефектолог, педагог-психолог, учителя, тьюторы, работающие с учащимися с ОВЗ) [4, с. 32]

Обязательным условием развития инклюзивного обучения и воспитания является создание безбарьерной среды, включая физическую и психологическую составляющие.

Предполагается специальная работа с использованием ресурсов дополнительного образования по организации взаимодействия здоровых детей и детей с ОВЗ, направленного на гармонизацию детских взаимоотношений; создание атмосферы эмоционального комфорта и взаимоприятия.

Внедрение инклюзивного образования сталкивается не только с трудностями организации безбарьерной среды, но прежде всего с проблемами социального свойства. Они включают в себя распространенные стереотипы и предрассудки, готовность или отказ учителей, детей и их родителей принять новые принципы образования, но также недостаток систематических, комплексных психолого-педагогических знаний и технологий, специальных мониторинговых исследований, непосредственно касающихся опыта отечественного инклюзивного образования.

В процессе развития инклюзивного подхода в образовании позиция родителей должна приобретать все большую самостоятельность и активность. Умение организовывать продуктивный диалог с родителями, привлекать их к участию и сотрудничеству, к совместному обсуждению условий образования ребенка – важная задача школьного психолога. Родители ребенка должны знать, что неадекватные воспитательские подходы с их стороны (гипоопека, физические наказания, гиперопека, воспитание в культе болезни и др.) формируют личностную неустойчивость ребенка, наносят колоссальный вред его психическому здоровью. Ребенок должен быть включен в повседневную жизнь семьи. Правильное распределение обязанностей будет способствовать сглаживанию у ребенка ощущения ущербности и развитию положительных сто-

рон его личности. Адаптация ребенка в семье является базовым условием его дальнейшей социально-трудовой адаптации в жизни.

Инклюзивное обучение – это одна из форм обучения детей с ОВЗ, которая не должна вытеснять традиционно сложившиеся формы эффективной помощи детям-инвалидам, сложившиеся и развивающиеся в специальном образовании. Подлинная инклюзия не противопоставляет, а сближает две образовательные системы – общую и специальную, делая проницаемыми границы между ними.

Литература

1. Алферова Г.В. Новые подходы к коррекционно-развивающей работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья // Дефектология. – 2001. – №3.
2. Битянова Л. Психологическое сопровождение детей // Школьный психолог. – 2000. – № 10.
3. Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М., 2010.
4. Сводина В.Н. Интегрированное воспитание школьников с ограниченными возможностями здоровья // Дефектология. – 1998. – №6.

***Корсунова И.Ю., Трущелева А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Трущелева А.В.***

СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

На современном этапе развития образования инклюзивная форма образования приобретает всё более широкие масштабы.

Следует отметить, что термин «инклюзия» пока не имеет четкого определения. В настоящее время инклюзивное образование рассматривается и как процесс признания и реагирования на разнообразие потребностей всех учащихся, и в качестве процесса увеличения степени участия всех граждан в социуме, и в первую очередь, имеющих трудности в физическом развитии, и как возможность для всех учащихся в полном объеме участвовать в жизни коллектива детского сада, школы, института, в дошкольной и школьной жизни.

Существует много определений этого понятия, но наиболее чётко его объясняет доктор педагогических наук, профессор Н. Сулейманова: «Инклюзивное образование – это политика государства, направленная на устранение барьеров, которые разъединяют детей, на полное включение всех детей в общеобразовательный процесс, их социальную адаптацию, несмотря на возраст, пол, этническую и религиозную принадлежность, отставание в развитии или экономический статус».

Базовую основу инклюзивного образования составляет идеология, которая исключает любую дискриминацию детей, которая обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создаёт особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности.

Инклюзия не сводится к физическому перемещению детей из системы специального (коррекционного) образования в общее образование. Это качественно иной подход, философия образования.

Цель реализации инклюзивного подхода в образовании – дать всем детям возможность участия в полноценной социальной жизни, максимально активного участия в коллективе, тем самым обеспечивая взаимодействие с обществом.

Несмотря на то, что в нашей стране уже имеет место практика инклюзивного образования, существует множество проблем, препятствующих переходу отечественной системы к включенному образованию.

Прежде всего, это трудности, связанные с родительским восприятием идеи инклюзивного обучения. Как правило, родители обычных детей испытывают страхи в отношении совместного воспитания детей с особыми потребностями.

Не меньшей проблемой стали межличностные отношения детей. К примеру, большинство детей не желали иметь в качестве друга ребенка с нарушением интеллекта. Не всегда доставало адекватного отношения педагогов, участвующих в инклюзивном обучении. Учителя обычных школ не имеют опыта работы с детьми со специальными потребностями. Также не приспособлены к специфическим нуждам отдельных детей здания и физические условия обычных школ.

Кроме того, отсутствие нормативно-правовой базы, обеспечивающей функционирование системы инклюзивного образования на должном уровне, также является очередным препятствием на пути реализации включенного образования [3, с. 27].

Вместе с тем обоснование необходимости создания системы специального образования должно быть связано с обязательствами прав человека и прав детей, а также анализом того, что отвечает истинным интересам каждого ребенка, определяет, что именно является для него благом.

В основе инклюзивного образования заложена позиция, согласно которой не дети созданы для школы, а школа создана для детей, т.е. школа должна учитывать потребности детей, а не дети должны подходить под те или иные рамки, которые установила школа [1, с. 10].

Процесс внедрения инклюзивного образования носит комплексный характер и предусматривает участие в нем центральных и местных властей, семьи, образовательных учреждений, исследовательских учреждений, учреждений по начальному и непрерывному профессиональному образованию, общественных служб, неправительственных организаций и общественности в целом.

По мнению Н. Велишко и В. Круду, на начальном этапе процесса внедрения инклюзивного образования должны осуществляться следующие действия:

- гармонизацию нормативно-законодательных рамок, регламентирующих инклюзивное образование;
- проведение специальных исследований для оценки образовательных результатов на основе «Образования для всех», интегрированных с широкими задачами инклюзивного образования;

- реализацию исследований относительно оценки исключения и вопросов инклюзивности (виды существующих инклюзивных политик, программ, проектов и бюджетов, выделяемых на данные цели в рамках министерств, неправительственных организаций, международных агентств и двусторонних доноров); координация взаимодействия между правительственными и неправительственными структурами, оказывающими услуги инклюзивного образования.

На этапе организации процесса инклюзивного образования в образовательных учреждениях должны осуществляться следующие меры:

- создание координационно-информационной группы в области инклюзивного образования;
- обучение преподавательских кадров с точки зрения инклюзивного образования (принципы, методы, техника, практические действия и т. д.)

Реорганизация функциональных структур школы и их адаптация к потребностям детей; участвующая оценка процесса инклюзивного образования (участие родителей, детей, экспертов, преподавательских кадров, представителей гражданского общества и т.д.) [2, с. 30].

Признание инклюзии в качестве одного из приоритетных направлений развития системы образования должно включать в себя решение следующих задач:

- пересмотр с позиции создания единого образовательного пространства ряда нормативно-правовых документов, в частности закона об образовании;
- подготовка и переподготовка кадров для работы в условиях инклюзивного образования;
- изменение педагогических методов и технологий работы школы, осуществление перехода на качественно иной уровень преподавания.
- внедрение специальных программ по формированию толерантного отношения к людям с нарушениями в развитии и др.

Таким образом, осветив ряд проблем и задач, хочется отметить, что отечественной системе образования предстоит еще долгий путь реорганизации, прежде чем дети с особыми образовательными потребностями найдут свое место в общем образовательном пространстве.

Литература

1. Акимова О.И. Инклюзивное образование как современная модель образования лиц с ограниченными возможностями здоровья Инклюзивное образование: методология, практика, технологии // Материалы международной научно-практической конференции (20-22 июня 2011, Москва). – М., 2011.

2. Велишко Н., Круду Н. Концепция инклюзивного образования в республике Молдова Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы // Материалы международной конференции. 19-20 июня 2008 года. – СПб, 2008.

3. Мирошниченко Л.П. Приоритетные направления развития инклюзивного образования в Кыргызстане в свете реализации целей «образование для всех» // Материалы международной конференции. 19-20 июня 2008 года. – СПб, 2008.

*Коршикова Ю.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Прилепко Ю.В.*

АНАЛИЗ ОПЫТА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

В настоящее время большинство стран переходят на путь инклюзивного образования детей с отклонениями в развитии. Проблемы инклюзии детей с отклонениями в развитии в коллективе здоровых детей находится в центре внимания и в нашей стране. Но если для развития инклюзии в странах Западной Европы и США создана законодательная база, то этого нельзя сказать о России. Хотя определённые положительные шаги в решении этой проблемы есть. У родителей и детей появилась возможность выбора разных форм обучения и утвержден проект закона РФ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями». Идеи инклюзивного обучения, развиваемые в нашей стране, всегда основывались на необходимости достижения ребёнком с нарушенным слухом равного со слышащими детьми уровня развития, участия на равноправных началах во всех видах деятельности в детском саду и школе [1, с. 53].

В настоящее время изучаются возможности инклюзии детей с нарушениями слуха дошкольного и школьного возраста, разрабатываются различные формы пребывания детей в массовых дошкольных учреждениях и школах (И.М. Гилевич, Л.И. Тигранова, Э.И. Леонгард, Э.В. Миронова, Н.Д. Шматко). Определение ребёнка в массовое учреждение зависит также от уровня физического развития и состояния здоровья, познавательного развития. Большое значение имеют личностные свойства ребёнка, особенно такие, как активность, самостоятельность, инициативность, которые положительно влияют на развитие общения с другими детьми и педагогами. Определять ребёнка в массовое учреждение можно только при наличии у него речи, обеспечивающей общение с детьми и педагогами. Его устная речь должна быть достаточно разборчивой и понятной окружающим детям и взрослым.

Инклюзивное обучение ребёнка с нарушением слуха невозможно без активного участия родителей. Им принадлежит ведущая роль в организации ежедневных занятий дома, постоянная работа по развитию речевого общения в быту. Как правило, родители проводят общеразвивающую и коррекционную работу в семье по заданиям сурдопедагога. Именно он может посоветовать родителям посещение ребёнком массового учреждения, а в некоторых случаях, наоборот, предостеречь их этого, если ребёнок не готов к инклюзивному образованию в коллективе слышащих детей. Эффективность «семейного» подхода к решению проблем ребёнка с нарушением слуха успешно доказали более 166 семей из 78 городов России и ближнего зарубежья, получающие регулярную педагогическую поддержку в Школе «Нордис».

«Нордис» – Нижегородское объединение родителей детей-инвалидов по слуху. Так называлась общественная организация, по чьей инициативе в 1993 году была создана Школа. В основу концепции Школы была положена ме-

тодика кандидата педагогических наук Эмилии Ивановны Леонгард «Система формирования речевого слуха и речевого общения» и личный опыт семей, воспитавших глухих детей вне специальных учреждений. Школа стала такой, какой она есть сегодня — Школа родительского опыта. Девиз преподавателей Школы — «Мы будем вместе с Вами, но не вместо Вас!». Занятия в Школе проводятся 1-2-х недельными курсами один раз в 3-6 месяцев индивидуально с каждой семьёй или один день еженедельно [2, с. 44].

Логическим продолжением программы «Семья может всё» стало начальное общее образование, построенное на принципах инклюзивного обучения. В настоящее время в Школе четыре начальных класса, включающих наряду со здоровыми детьми детей, имеющих нарушения слуха. Дети учатся в малокомплектных классах, осваивая, помимо общеобразовательных предметов по программе 1-4 классов, английский язык и художественное творчество, информационную культуру в компьютерном классе, занимаются плаванием, хореографией, играют на различных музыкальных инструментах в школьном оркестре. Совместное пребывание детей в течение всего дня, их контакт не только в учебной деятельности, но и на прогулке, в игре, бытовых ситуациях даёт здоровым детям возможность нравственного опыта общения с более слабым и принятия его как равного, а детям с физическими ограничениями — равные с их здоровыми сверстниками возможности в получении полноценного образования, необходимого для их адаптации и инклюзии в обществе.

Примером истинной адаптации могут служить дети, которые занимаются в школе-гимназии №3 г. Хабаровска. В 1991 году по инициативе родителей был открыт 2-ой класс начальной школы для глухих детей. Обучение в условиях общеобразовательной школы и коррекционно-развивающие занятия по верботональному методу способствовали устранению пробелов в знаниях, развитию высших психических функций, коммуникативных навыков, интереса к окружающей жизни, и, в конечном счёте, развитию личности ребёнка, его социальной реабилитации и адаптации. Успехи детей позволили увидеть эффективность и перспективы дальнейшего обучения детей с нарушением слуха в общеобразовательных учреждениях.

Окончив 9 классов и получив аттестаты общеобразовательной школы, у детей появилась возможность продолжить учёбу в ссузах г. Хабаровска. В 1998 году 6 человек поступили в торгово-экономический техникум. Учащиеся техникуму чувствуют себя настоящими студентами и очень серьёзно относятся к учёбе. Неслышащие учащиеся хорошо адаптировались в среднем специальном учебном заведении и хорошо осваивают учебную программу. Создавая благоприятные условия учащимся для постепенной инклюзии детей с нарушениями слуха в среду слышащих сверстников, помогая выбрать и освоить профессию, которая имеет спрос на рынке труда, способствуя интеллектуальному развитию и получению прочных знаний, школа решает очень важную государственную проблему социальной адаптации неслышащих детей. С каждым годом уровень инклюзии детей с нарушением слуха становится более эффективным [2, с. 26].

Несмотря на всю актуальность и важность проблемы, к вопросу инклюзии надо подходить очень внимательно и обдуманно. Для какой-то части детей с отклонениями в развитии инклюзивное обучение может быть эффективным. Но инклюзия оказывается невозможной для детей с интеллектуальной недостаточностью. По отношению к таким детям речь может идти о социальной инклюзии (совместное пребывание в учреждении, проведение досуга, внешкольные мероприятия), а не об образовательной инклюзии.

Различные формы инклюзии глухих детей со слышащими детьми направлены на нормализацию жизни каждого ребёнка, включение его в сферу нормальных социальных отношений, его всестороннее развитие. Для того чтобы инклюзивное обучение целенаправленно расширялось и было эффективно, необходима специальная подготовка, как педагогов массовых учебных учреждений, так и учителей-дефектологов, психологов, логопедов, а также проработка правовых вопросов инклюзивного образования. Кроме всего сказанного, большое значение имеет при инклюзивном обучении – готовность нашего общества принять детей с проблемами слуха [3, с. 12].

Несмотря на все трудности, открытие и развитие подобных школ принесёт огромную пользу не только детям с отклонениями в развитии, но и здоровым детям тоже, которые от этого станут только добрее и отзывчивее.

Социальная адаптация и инклюзия человека с нарушенным слухом во многом зависит от его социокультурной идентификации, т.е. от сознания себя членом того или иного сообщества, субкультуры, определяющим фактором которой является язык. Развитие и становление личности глухого может происходить в условиях субкультуры жестового языка или в условиях сообщества слышащих, что соответственно окажет решающую роль на формирование социокультурной идентификации. Однако необходим и встречный процесс – то или иное сообщество, субкультура должны признать или не признать этого человека «своим». Поэтому в реальной жизни инклюзия неслышащих не всегда протекает без проблем: «говорящий глухой», не владеющий жестовым языком, не всегда бывает принят в качестве «своего» в субкультуре глухих, и он не всегда к ней стремится; в сообществе слышащих, несмотря на владение словесной речью, его также не рассматривают в качестве «своего». Проблема инклюзии особенно остро встаёт в среде молодых людей в связи с их жизненным самоопределением, созданием семьи, формированием круга друзей.

Литература

1. Актуальные проблемы интегрированного обучения. – М., 2001
2. Гилевич И.М., Тигранова Л.И. К проблеме интеграции (программа подготовки учителей массовых школ к работе с детьми с нарушенным слухом). / Дефектология. – 1996. – № 6.
3. Инклюзивное образование. Выпуск 1. – М., 2010.

*Кузнецов Ю.А., г. Ставрополь, ФГБОУ ВПО СГАУ
Научный руководитель: к.пед.н., доцент Морозова А.В.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИК ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Сведения о специальных возможностях и технологиях специальных возможностей, помогающих преподавателям всего мира предоставлять учащимся одинаковые возможности при обучении с использованием современных технологий, разработаны корпорацией Майкрософт. Поддержка специальных возможностей дает учащимся с отклонениями в развитии получить больший объем информации, облегчить работу на ПК. Повышение уровня удобства и безопасности делает обучение ребенка более эффективным. Таким образом, применение этих функций представляет собой еще один способ обеспечения равных возможностей всем членам общества.

Информационные технологии расширяют возможности обучения детей и могут быть особенно эффективными при обучении детей со специальными образовательными потребностями [1].

При индивидуальном обучении учитываются уникальные потребности всех учащихся и в первую очередь тех, у кого имеются затруднения в учебе или физические отклонения. Необходимо развивать у учащихся ответственное отношение к учебе и желание применять технологии для приобретения знаний и навыков. Поэтому, школа должна предоставлять технологии специальных возможностей, которые можно адаптировать к нуждам каждого учащегося.

Технологии специальных возможностей включают три составляющие.

Специальные возможности или параметры, встроенные в программное обеспечение и позволяющие настраивать продукт в соответствии со зрительными, слуховыми, двигательными, речевыми и образовательными потребностями пользователя. К параметрам специальных возможностей относятся, например, изменение размера и цвета шрифта и параметров указателя мыши в операционной системе Windows. Продукты Microsoft → Windows →, Microsoft → Office и Microsoft → Internet Explorer → поддерживают целый ряд специальных возможностей и параметров, облегчающих восприятие звуковой и визуальной информации и повышающих удобство работы с компьютером [3].

Продукты с технологиями специальных возможностей (специальное оборудование и программное обеспечение), которые тщательно подбираются, чтобы соответствовать потребностям пользователей с одним или несколькими нарушениями. К таким продуктам можно отнести программу увеличения экрана для пользователя с плохим зрением или эргономичную клавиатуру для пользователя с болями в запястье.

Совместимость продуктов с технологиями специальных возможностей с операционной системой и иным программным обеспечением. Это очень важный аспект нормальной работы продуктов с технологиями специальных возможностей.

В современных условиях логопеды активно осваивают и используют информационно-коммуникационные технологии, позволяющие повысить эффективность коррекционно-развивающего обучения детей со сложными речевыми нарушениями. Использование информационно-коммуникационных технологий открывает широкие возможности для оптимизации деятельности логопеда и создания современной предметно-развивающей среды для детей с особыми образовательными потребностями [2].

Для работы используются стандартные программы MicrosoftWord, MicrosoftExcel, MicrosoftPowerPoint, MicrosoftPublisher, проигрыватель WindowsMedia. Логопедические кабинеты оснащены компьютерами, создается медиатека – собрание образовательных и игровых ресурсов, заимствованных на сайтах, содержащих коррекционно-развивающую информацию:

- текстовая (консультации, рекомендации для воспитателей и родителей, выступления, сценарии, стихи и т.п.);
- табличная (мониторинг, дифференциальные таблицы, мнемотаблицы и т.п.);
- графическая (речевые профили, графики обследования, диагностический материал);
- звуковая (мелодии без слов, песни, звуки и звукоподражания);
- видеoinформация (артикуляционная гимнастика, фильмы и клипы);
- анимация;
- картинки;
- фотографии;
- слайд-шоу (презентации по лексическим темам и направлениям коррекционно-развивающего обучения);
- логопедические программы «Игры для тигры», «Подготовка к школе» с Лунтиком и др.[4].

Занятия с использованием компьютера проводятся в соответствии с гигиеническими требованиями к организации учебных занятий с использованием информационно-коммуникационных технологий, длительность занятий 5 – 10 минут (в зависимости от возраста и особенностей нервной системы ребенка, но не более 2 раз в неделю). На индивидуальных и подгрупповых занятиях с детьми, имеющими общее недоразвитие речи, уточняются, формируются и закрепляются зрительно-пространственные ориентировки – презентация «Шалунишка», «Где спрятался?», «Где находится?», «Звездочет». В работе над звукопроизношением используются видеофильмы с артикуляционной гимнастикой, схемы и модели, презентации «Пение гласных», «Согласные согласились», «Звукарики». Все это помогает приучить детей к наблюдениям за языком, повышает интерес к звуковой стороне речи, слову, его смысловому значению, что создает предпосылки для формирования фонематического восприятия. Модели артикуляции отражают положение органов артикуляционного аппарата в момент произнесения звука и соответствуют его характеристике, т.е. исполняют роль зрительных опор, что, безусловно, способствует активному развитию у детей собственных произносительных навыков, развивает внимание, память, спо-

способствует формированию правильных артикуляционных укладов. Правильная организация занятия вырабатывает у ребенка необходимые учебные стереотипы. На первых занятиях ребенку предлагается только наблюдать за тем, как педагог выполняет задание, комментируя детально каждое выполняемое действие. После этого ребенку предлагается совместная работа по выполнению заданий. Логопед объясняет и показывает приемы работы с мышкой, контролирует движения пальцев рук ребенка, побуждая к совместной деятельности словами: «Будем работать вместе, помогать друг другу!». Затем ребенок самостоятельно осуществляет программные задания.

На занятии первоначально отрабатывается слоговая структура хорошо известных и знакомых слов, затем малоизвестных и неизвестных слов ребенку. Используются следующие виды работ:

1. Упражнения на выполнение заданий с минимальным выбором;
2. Упражнения на выполнение заданий с усложнением (выбор 1 из 10 с изменением последовательности);
3. Упражнения на составление фразы по образцу;
4. Самостоятельное составление фразы [6].

Для формирования словообразовательных процессов, лексико-грамматического строя и связной речи используются презентации, слайд-шоу и компьютерные игры, которые применяются в коррекционной работе для моделирования ситуаций общения, предоставляют возможность создавать собственные сценарии мультфильмов, сказок. Главное в этом методе работы – сопровождающая роль логопеда, который должен ввести ребенка в игровую ситуацию, обсудить совершенные в игре действия, предложить как собственные незаконченные темы, которые дети должны продолжить, так и темы для создания сказочных и реальных историй. Использование этих программ способствует повышению эффективности обучения, формированию учебной мотивации, развитию интеллектуальных и творческих возможностей.

Важным моментом в работе логопедов стало применение компьютерной диагностики, которое позволяет высвободить огромное количество времени, затрачиваемого на обработку данных, построение графиков и создания речевого профиля. Используя стандартные программы MicrosoftWord, MicrosoftExcel, MicrosoftPowerPoint, MicrosoftPublisher, можно разработать тетради на печатной основе для уроков произношения. Благодаря их применению увеличится плотность урока, повысится эффективность формирования, закрепления речевых, а также общих учебных умений и навыков.

Неоспоримым преимуществом информационно-коммуникационных технологий для логопедической практики является:

- использование игровой формы обучения;
- полисенсорное воздействие, т.е. слуховое восприятие информации сочетается с опорой на зрительный контроль, что позволяет задействовать сохраненные анализаторы и дает возможность создания эффективных компенсаторных механизмов;

- дифференцированный подхода к обучению;
- объективность – фиксация начальных, промежуточных и итоговых данных состояния корригируемой функции;
- формирование стойкой мотивации и произвольных познавательных интересов;
- повышение самооценки ребенка (система поощрений – компьютерные герои, звуковые эффекты);
- формирование сотрудничества между ребенком, учителем-логопедом, педагогами и родителями;
- активизация работы с родителями, повышение компетентности родителей в коррекционно-развивающем процессе;
- экономия временных ресурсов [5].

Ресурсы, предоставляемые информационно-коммуникационными технологиями, создают условия для профессионального саморазвития: это возможность использования в логопедической практике электронных учебников, статей, изучение результатов логопедических исследований ученых России, ознакомление с прогрессивным опытом зарубежных специалистов, обмен информацией с коллегами посредством электронной почты, участие в профессиональных интернет-конференциях, семинарах и конкурсах.

Литература

1. «ИКТ в образовательном процессе» доклад Мохаммад Н.В. <http://pages.marsu.ru/iac/school/sc11/ikt.html>
2. Специальные возможности: руководство для преподавателей. Предоставление учащимся технологий специальных возможностей для индивидуального обучения. Источник: www.microsoft.com/enable/education)
3. Кукушкина О.И. Компьютерные технологии в контексте профессии: обучение студентов// Дефектология – М., 2001. – № 3.
4. Гаврикова Л.П., Кремер О.Б., Подвальный С.Л. Управление индивидуализированным обучением в коррекционной школе. – Воронеж, 2000.
5. Князева Е.В. Применение информационных технологий в специальной (коррекционной) школе VIII вида. Коррекционная педагогика – М., 2009.– №4(34).
6. Жукова Е.Л. Элементы анализа учебных занятий с применением информационных технологий. [Электронный ресурс] – режим доступа: <http://ito.edu.ru/2006/Rostov/V/V-0-10.html>

***Куликова М.Ю., г. Москва, преподаватель МИОО
Научный руководитель: д.пед.н., профессор Саенко Л.А.***

ДОСТУПНОСТЬ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Право студентов с ограниченными возможностями здоровья на получение образования сопряжено с целым рядом проблем, связанных с ре-

формированием системы образования и социальной политики в отношении к инвалидам.

По данным управления специального образования при Министерстве образования РФ, за последние пять лет прием обучающихся с особыми возможностями здоровья в вузы России увеличился втрое. Число студентов-инвалидов в российских вузах продолжает расти. В период с 2006 по 2012 год удельный вес инвалидов среди студенчества вырос с 0,08 % до 0,4 %.

Но состояние прав людей с ограниченными возможностями здоровья далеко до полной реализации, особенно в том, что касается их полноценного участия в социальной жизни общества в целом. Получению инвалидами качественного высшего образования препятствуют множественные структурные ограничения, характерные для обществ со сложной стратификационной структурой [2]. В частности, редкость интегрированных программ в средних школах, и целый комплекс других факторов сужают выбор в послешкольном и высшем образовании для молодых людей с ограниченными возможностями здоровья.

К концу 1990-х годов ставятся вопросы о доступности для инвалидов различных видов дополнительного образования, издаются учебные пособия для преподавателей и вспомогательного персонала вузов координаторов программ поддержки и сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья, в роли которых нередко выступают специалисты по социальной работе [1, с. 94 -101].

Проблемы и перспективы внедрения инклюзивного образования для инвалидов обсуждаются в России, начиная с 1990-х годов. На наш взгляд, не индивидуальные особенности, а отношение окружающих, государственная политика и условия, созданные в соответствии с принятыми законами, как и социальное положение семьи и география ее проживания, обуславливают как особые потребности детей, так и доступность способов их удовлетворения, в том числе, посредством образования качественного в академическом и социальном аспектах.

Высшее образование студентов с ограниченными возможностями здоровья развивается сегодня вопреки существующему негативному социальному отношению, которое выражается в бездействии, явном или неявном противодействии со стороны общества, и, в частности, скрытых дискриминирующих практиках, реализуемых приемными комиссиями. Доступность качественного высшего образования снижается в отсутствии так называемой реабилитационной компоненты высшего образования, которая требует дополнительных бюджетных ассигнований и должна предоставляться, наряду с образовательными услугами. Для многих студентов с ограниченными возможностями здоровья ситуация ухудшается в силу низкого экономического статуса их семей, что выражается в недостаточных условиях домашней подготовки, отсутствии телефона, компьютера, электронной коммуникации [3, с. 52 – 55].

Отношение студентов и преподавателей к социальной интеграции инвалидов в условиях высшего образования зависит от того, как определяется инвалидность, доступны ли необходимые услуги, от индивидуальных качеств

и опыта студентов, политики на уровне отдельного вуза, навыков и идеологии конкретного преподавателя.

В настоящее время у абитуриентов с ограниченными возможностями здоровья есть только две альтернативы. Первая поступать в высшее учебное заведение по месту жительства, где вряд ли есть приспособленная безбарьерная среда, где преподаватели вряд ли подготовлены к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья. Еще одна альтернатива отправляться в другой город, где такая среда есть. Здесь же возникает еще одна проблема, связанная с тем, что студент, приехавший из другого региона, должен «привозить с собой» финансирование своей реабилитационной программы, что затруднено в силу рассогласованности ведомств, неотлаженности данной процедуры.

Концепция независимой жизни студентов с ограниченными возможностями здоровья это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, страхованию, труду и образованию. Изучение отечественного и зарубежного опыта реализации концепции независимой жизни убеждает, что высшее профессиональное образование выступает важнейшим ресурсом ее воплощения. Очевидно, что концепция независимой жизни как возможности для инвалида самому определять и выбирать, принимать решения и управлять жизненными ситуациями пока еще находится в стадии формирования. Во многом ее воплощение зависит в этом плане от реализации политики высшего профессионального образования инвалидов [4].

Литература

1. Зацепина А.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья // Дошкольное воспитание. – 2009. – № 4.
2. Маллер А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. Учебное пособие. – М., 2003.
3. Панкратова М.А. Социально – психологический патронаж семей, воспитывающих детей с нарушениями развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2009. – №2.
4. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. – Саратов, 2006.

***Литвинова В.А., Прилепко Ю.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Прилепко Ю.В.***

ТЮТОРСТВО В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Развитие инклюзивной практики в российском образовании обеспечило равные права и доступность общего образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), возможность выбора подходящего им

образовательного маршрута. Сегодня детям с инвалидностью вовсе не обязательно обучаться в специальных учреждениях, напротив: получить образование и лучше адаптироваться к жизни они смогут в обычной школе. Здоровым же детям это позволит развить толерантность и ответственность.

В последнее время все больше предлагается инновационных подходов к обучению и воспитанию детей с особыми образовательными потребностями. Независимо от социального положения, расовой или конфессиональной принадлежности, физических и умственных способностей инклюзивное образование предоставляет каждому ребенку удовлетворить свою потребность в развитии и равные права в получении адекватного уровня его развития образования.

На сегодняшний день проблема развития инклюзивного образования в России находится под пристальным вниманием не только родителей и педагогических сообществ, но и всей общественности. Не случайно целый календарный год (2009г.) был объявлен Годом равных возможностей, значит признание данной проблемы осуществляется на государственном уровне [4].

Практика показывает, что развитие инклюзивного образования – процесс сложный, многогранный, затрагивающий научные, методологические и административные ресурсы. Педагоги и администрация ОУ, принявшие идею инклюзии, особенно остро нуждаются в помощи по организации педагогического процесса, отработке механизма взаимодействия между всеми участниками образовательного процесса, где центральной фигурой является ребенок. Инклюзивное пространство подразумевает открытость и доступность не только для детей, но и для взрослых. Чем больше партнеров у образовательного учреждения, тем более успешным будет ученик.

Важнейшим условием перехода к инклюзивной форме образования, его успешности является система сопровождения и поддержки детей с ОВЗ, в частности, тьюторское сопровождение.

Тьютор (англ. tutor – наставник, опекун; лат. tueor – наблюдаю, забочусь) – новая специальность в отечественном образовании. Понятие тьюторства пришло в Россию из Великобритании, где это особая исторически сложившаяся педагогическая позиция обеспечивает разработку так называемых Индивидуальных образовательных программ учащихся и студентов и сопровождает процесс индивидуального обучения в школе, вузе, в системах дополнительного и непрерывного образования. В Англии тьютор прикрепляется к каждому ученику сразу после перехода в среднюю школу, а после помогает ему вести проекты в вузе.

Тьюторство – практика, ориентированная на построение и реализацию персональной образовательной стратегии, учитывающей личный потенциал человека, образовательную и социальную инфраструктуру и задачи основной деятельности [2].

Таким образом, тьюторское сопровождение заключается в организации образовательного движения ребенка, которое строится на постоянном рефлексив-

ном соотношении его достижений с интересами и устремлениями. Тьютор или любой педагог, осуществляющий тьюторские функции, на первых этапах обучения, выступает в роли проводника ребенка в образовательное пространство школы. Задача тьютора состоит в том, чтобы организовывать обучение ребенка с учетом его интересов и особенностей. Тьютор помогает ученику заниматься тем, что ему интересно, при этом не отставать в рамках общеобразовательной программы. Это характеристики тьютора для обычного ученика.

В инклюзивном образовании позиция тьютора сохраняет свою основу, но приобретает и новые, особые составляющие. В инклюзивном образовании тьютор – это специалист, который организует условия для успешной интеграции ребенка с ОВЗ в образовательную и социальную среду образовательного учреждения. Задача тьютора – помочь ребенку с особенностями развития адаптироваться к школьной среде, проявить свои способности. В тесном активном сотрудничестве с учителем, специалистами и родителями тьютор может создать для ребенка благоприятную среду для успешной учебы и социальной адаптации [3].

Сегодня в России должность «тьютор» официально закреплена в числе должностей работников общего, высшего и дополнительного профессионального образования (приказы Минздравсоцразвития РФ от 5 мая 2008 г. №216-н и 217-н, зарегистрированные в Минюсте РФ 22 мая 2008 г. под №11 731 и №11 725 соответственно).

Специальность «тьютор» внесена в «Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих», в раздел «квалификационные характеристики должностей работников образования» (приказ № 761н Минздравсоцразвития от 26.08.2010, зарегистрирован в Минюсте РФ 6 октября 2010 г. N 18638). Теперь муниципалитет может вполне законно дать ставку тьютора, а кадровая служба делать записи в трудовые книжки.

Решением Коллегии Департамента образования города Москвы от 10 июня 2010 года для реализации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья в 2010-2011 учебном году определены 186 образовательных учреждений (91 – ДОУ и 95 – СОШ). На начало 2012 учебного года насчитывается 187 таких учреждений. В них обучаются и воспитываются почти тысяча детей с различными нарушениями развития.

В приказе Департамента образования города Москвы от 1 марта 2011 года № 166 «Об утверждении Методических рекомендаций по составлению штатных расписаний государственных образовательных учреждений, реализующих общеобразовательные программы, системы Департамента образования города Москвы», есть пункт о введении дополнительных ставок при наличии в школе 6 детей с ОВЗ, который обосновывает необходимость введения в штат дополнительных ставок специалистов, в том числе тьютора [6].

В настоящее время тьюторами работают специальные педагоги (логопеды, дефектологи), педагоги без специального образования, психологи, студенты профильных вузов, училищ, а также родители ребенка с ОВЗ.

Далеко не каждый может выполнять функции тьютора для ребенка с ОВЗ. Сопровождение детей с ОВЗ предъявляет особые требования к профессиональной и личностной подготовке специалистов, работающих в системе инклюзии, в частности:

- представление и понимание того, что такое инклюзивное образование, в чем его отличие от традиционных форм образования;
- знание психологических закономерностей и особенностей возрастного и личностного развития ребенка;
- навыки анализа особенностей взаимодействия и взаимовлияния ребенка с ОВЗ и социального окружения;
- умение реализовать различные способы педагогического взаимодействия между всеми субъектами образовательной среды (с учениками по отдельности и в группе, с родителями, учителями, специалистами, руководством) [5].

В Ставрополе инклюзивное образование осуществляется в Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение лицей №5 города Ставрополя, Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение гимназия №9 города Ставрополя, Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа №11 и другие [1].

Литература

1. <http://www.stavadm.ru>
2. <http://www.svem.ru>
3. <http://www.fl-life.com.ua>
4. <http://www.inclusive-edu.ru>
5. <http://www.thetutor.ru>
6. <http://www.edu-open.ru>

***Морозова Ю.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Слюсарева Е.С.***

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОЙ ПРАКТИКИ

Демократические преобразования в обществе и эволюционное развитие различных форм образования в России в последние годы способствовали появлению и внедрению в практику идей интегрированного (совместного) воспитания и обучения, нормально развивающихся детей и детей с особыми образовательными потребностями, при котором за каждым ребенком с особыми нуждами сохраняется необходимая ему специализированная психолого-педагогическая помощь и поддержка.

В последнее время одной из форм интеграции является инклюзивная форма образования, при которой обеспечивается равное отношение ко всем людям, но создаются особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности.

Для инклюзивной школы проблема формирования толерантности актуальна сама по себе. С начальной школы как важного жизненного этапа начинается складываться взаимодействие между детьми, пришедшими из разных микросоциумов, с разным жизненным опытом и с несформированностью коммуникативной деятельности. Для плодотворного обучения в классе необходимо сводить эти противоречия в процессе взаимодействия к некой общей основе. Ненасильственное, уважительное отношение, гармонизация отношений в классе, формирование толерантности способствуют развитию сотрудничества.

Именно в начальной школе важно сформировать у ребенка, с одной стороны, принятие другого как значимого и ценного, а с другой стороны, критически относиться к своим собственным взглядам.

Понятие «толерантность» было введено в научный оборот в XVIII веке. В России понятие толерантности стало употребляться в либеральной печати с середины XIX века, но с середины 1930-х годов оно исчезло из политической лексики, пока вновь не появилось в начале 1990-х годов [4].

В соответствии с Декларацией принципов толерантности от 16 ноября 2005 года толерантность – это не уступка, снисхождение или потворство. Толерантность – это прежде всего активное отношение, формируемое на основе признания универсальных прав и основных свобод человека. Ни при каких обстоятельствах толерантность не может служить оправданием посягательств на эти основные ценности, толерантность должны проявлять отдельные люди, группы и государства [1].

Толерантность является сегодня одной из ключевых компетентностей современного человека, поскольку от его готовности и способности жить и конструктивно действовать в многообразном мире зависит будущее, как отдельного человека, так и всего человечества в целом.

Путь к толерантности – это серьезный эмоциональный, интеллектуальный труд и психическое напряжение, оно возможно только на основе изменения самого себя, своих стереотипов, своего сознания [3].

Анализ проблемы толерантности отражен как в работах зарубежных (Дж. Колта, С. Мадди, А. Маслоу, К. Роджерса, Д. Фрейберга, С. Френе и т.д.), так и отечественных (В.А. Блюмкина, Е.Н. Ильина, С.И. Лысенковой, Г.К. Селевко, В.Ф.Шаталова, Н.Г. Юровских и пр.) ученых.

Под толерантностью исследователи понимают:

- ценностное отношение человека к людям, выражающееся в признании, принятии и понимании им представителей иных культур;
- терпимость к чужим мнениям, верованиям, поведению [2].

Следует отметить, что на сегодняшний момент в современной литературе мы не находим содержательного наполнения такого типа толерантности, которое в полной мере отражает специфику взаимодействия детей, имеющих условно нормативное развитие и детей с особыми образовательными потребностями.

Для успешного формирования толерантных установок на уровне личности важно знать, в чем заключаются основные различия между толерантной и интолерантной личностями. Психологи считают, что интолерантная личность характеризуется представлением о собственной исключительности, стремлением переносить ответственность на окружение, высокой тревожностью, потребностью в строгом порядке, желанием сильной власти. Толерантная личность – это человек, хорошо знающий себя и признающий других. Проявление сочувствия, сострадания – важнейшая ценность толерантного общества и черта толерантного человека.

На современном этапе понимание толерантности неоднозначно и неустойчиво, различно его понимание разными народами в зависимости от исторического опыта. По этой причине понятие толерантности имеет довольно широкий диапазон интерпретаций и выражает различные типы отношений и настроений. Так, в английском языке толерантность означает «готовность и способность без протеста воспринимать личность или вещь», во французском языке этот термин понимается как «уважение свободы другого, его образа мысли, поведения, политических или религиозных взглядов». В китайском языке проявлять толерантность – значит «позволять, допускать, проявлять великодушие в отношении других». На этом фоне наиболее широкую гамму чувств и отношений понятие «толерантность» выражает в арабском языке, где оно может употребляться в значении «прощение, снисхождение, мягкость, сострадание, благосклонность, терпение, расположенность к другим людям», в то время как в персидском языке толерантность понимается как «терпимость, выносливость, готовность к примирению с противником». В русском языке наиболее близким по значению понятию «толерантность» является термин «терпимость», что в обыденном употреблении означает «способность, умение терпеть, мириться с чужим мнением, быть снисходительным к поступкам других людей»[5].

Таким образом, формирование толерантности должно стать одной из задач школы, как одного из важнейших институтов воспитания. Причем начинаться эта воспитательная работа должна с первых классов школы. Это особенно важно потому, что для многих современных детей школа становится первым местом, где они могут и вынуждены быть членами относительно стабильного коллектива сверстников. Если на этом этапе взрослые не помогут детям развить такое качество как толерантность, не сформируют у них навыки толерантного взаимодействия, у детей может стихийно сформироваться интолерантное мировоззрение, изменить которое в дальнейшем будет непросто.

Литература

1. Декларация принципов толерантности Электронный ресурс. Утверждена резолюцией 5.61 генеральной конференции Юнеско от 16 ноября 1995 г. Режим доступа :<http://www.tolerance.ru/declar.html>

2. Пономарева В. Что такое Толерантность? // Познавательный Интернет-журнал «Школа жизни.ру. – 2009.

3. Федоренко Л.Г. Толерантность в общеобразовательной школе. Издательство: КАРО, 2007 г.
4. <http://ru.wikipedia.org/>
5. <http://potomy.ru/begin/2076.html>.

*Соловьева О.В., Трущелева А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Трущелева А.В.*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРИРОВАННОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

В настоящее время одним из ведущих направлений развития систем общего и специального образования является тенденция к интеграции и включению детей с ограниченными возможностями здоровья в среду нормально развивающихся сверстников.

В специальной педагогике и психологии интеграция либо интерпретируется в обобщенном виде как включение в общий поток или одно из важных средств подготовки к самостоятельной жизни и реабилитации в обществе людей с недостатками в развитии, либо связывается с конкретной локальной проблемой, например, интегрированным обучением детей с нарушениями в развитии [2, с. 7].

Наблюдающееся в XXI веке переосмысление отношения к лицам с ограниченными возможностями развития, а также реформирование отечественной системы специального образования привели к тому, что процесс интеграции данной категории граждан приобрел особую популярность и стал предметом многочисленных научных и практических исследований (С.Е. Гайдукевич, О.А. Герасименко, Р.П. Дименштейн, А.А. Дмитриев, Д.В. Зайцев, А.Н. Коноплева, Н.Н.Малофеев, Л.Н. Шипицина, Н.Д. Шматко и др.).

Несмотря на то, что проблема интеграции лиц с недостатками в развитии стала широко освещаться в отечественной и зарубежной научной литературе сравнительно недавно, корни ее решения можно проследить на протяжении многовековой истории связи общества с такими людьми.

Ретроспективный анализ рассматриваемого процесса мы находим у Д.В.Зайцева, который, взяв за основу периодизацию развития системы специального образования Н.Н. Малофеева, выделяет три эволюционных этапа социального отношения к интеграции людей с ограниченными возможностями в общество.

Первый этап – от безразличия и дискриминации к толерантности и социальному признанию лиц с отклонениями в развитии – занимает временной период от 2,5 млн. лет назад до XIV века н.э. Важным переломным моментом данного этапа, по мнению Н.Н. Малофеева, следует считать появление единичных фактов милосердного отношения к людям с отклонениями в раз-

витии, что в свою очередь привело к осознанию необходимости признания данной категории граждан и возможности их существования в обществе [4, с. 72]. Таким образом, признание права существования лиц с ограниченными возможностями среди большинства нормальных людей можно условно считать первой попыткой включить людей с недостатками психофизического развития в жизнь общества.

Второй этап, согласно периодизации Д.В. Зайцева, связан с переходом от социального признания к осознанию возможности социальной интеграции и адаптации лиц с отклонениями в развитии через образование (XV век – начало XX века). Названный этап включает в себя опыт индивидуального обучения отдельных категорий лиц с отклонениями в развитии и осознание государством не только возможности социальной интеграции, но и целесообразности включения данной категории людей в систему специального образования. Именно этот период можно считать началом возникновения и бурного развития образовательной интеграции.

Третий этап характеризуется переходом от социальной адаптации через образование, дифференциации и сегрегации к социальной интеграции лиц с отклонениями в развитии; от равных прав к равным возможностям (сер. XX в. – по настоящее время) [3, с. 125].

До названного периода государственная политика нашей страны в отношении данной категории граждан была ориентирована в основном на оказание различного рода услуг (медицинских, образовательных и т.п.), не имеющих отношения к целенаправленному включению инвалидов в общественную жизнедеятельность.

Концепция интеграции как в западной, так и в отечественной научных школах представлена в виде множества теоретических подходов к отдельным сторонам рассматриваемого феномена. В настоящее время остается много нерешенных и спорных вопросов по проблемам включения лиц с ограниченными возможностями в общественную жизнедеятельность.

Одним из самых сложных вопросов в формировании методологических основ интеграции лиц с ограниченными возможностями является вопрос о возможном пути интеграции. Н.Н. Малофеевым выделены два таких пути: революционный и эволюционный. Первый путь предполагает разрушение дифференцированной системы обучения и искусственное внедрение западных моделей интегрированного обучения в отечественную систему образования. Второй эволюционный путь это поиск особого пути развития интегративных подходов, который обеспечивается постепенным развитием интеграционных процессов внутри системы специального образования [1, с. 3-8].

Считаем, что говорить о том, по какому пути пошла система отечественного образования пока достаточно рано. На наш взгляд, для того, чтобы определить стратегию интеграции лиц с ограниченными возможностями развития в общество, следует обратить внимание на решение тактических задач, связанных с преодолением следующих проблем:

1. Недостаточное внимание государственной власти к проблеме интеграции названной категории граждан.

2. Отсутствие нормативно-правовой законодательной базы интегрированного образования.

3. Отсутствие механизмов экономического и организационного управления процессом интеграции.

4. Недостаточное освещение данной проблемы в средствах массовой информации.

5. Незаинтересованность негосударственных организаций в оказании спонсорской помощи учреждениям, участвующим в интеграции.

6. Преобладание в обществе негативных установок и отрицательных социальных стереотипов в отношении лиц с ограниченными возможностями развития.

Наличие указанных проблем создает трудности для полноценной интеграции людей с нарушениями развития в социум.

До недавнего времени образование детей с отклонениями в развитии было нацелено на их изоляцию и обучение исключительно в образовательных учреждениях специального (коррекционного) назначения по особым программам. Основой данного подхода выступало мнение о том, что в условиях специального (коррекционного) образовательного учреждения таким детям создается оптимальная среда для развития, обучения и воспитания.

В то же время в условиях разделения общего и специального образования встречались случаи вынужденной интеграции. Во-первых, речь идет о тех случаях, когда дети с неярко выраженными отклонениями в развитии своевременно не были выявлены. В результате они не имели реальной возможности получать специализированную коррекционную помощь и вынуждены были обучаться в условиях массового образовательного учреждения, не получая при этом соответствующей психолого-педагогической помощи. Во-вторых, вынужденная интеграция наблюдалась в тех регионах России, где возникали трудности охвата детей специализированными образовательными учреждениями. Большие расстояния, затруднения с доставкой детей к месту учебы, небольшое количество детских садов и школ становились причиной, препятствующей получению такими детьми специального образования [1, с. 7].

В то же время при такой форме интегрированного обучения дети не получают соответствующей коррекционной и медицинской помощи, не создаются соответствующие условия для преодоления у них имеющегося дефекта и его социальных последствий. Поэтому говорить об эффективности такой случайной интеграции не приходится.

Несмотря на некоторый благоприятный фон для зарождения интеграционных процессов в образовании, в целом, очевидно, что в России интеграции предстоит стать полномасштабным явлением и обрести характер устойчивой тенденции в условиях, принципиально отличающихся от западноевропейских [5, с. 89].

Проблема интеграции и интегрированного образования лиц с ограниченными возможностями развития на сегодняшний день является весьма актуальной. Пути ее решения лежат в нескольких областях, начиная от кардинального изменения отношения к данной категории граждан и определения оптимальных моделей, путей, условий интеграции до внесения изменений в Российское законодательство.

Литература

1. Волкова Л.С. Некоторые проблемы интегрированного образования в российской дефектологии на современном этапе // Дефектология. – 2002. – №3.
2. Дмитриев, А.А. О некоторых проблемах интегрированного обучения детей с особыми образовательными потребностями [Текст] / А.А. Дмитриев // Дефектология. – 2005. – №4. – С.4-8.
3. Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. – Саратов, 2003.
4. Малофеев Н.Н. Базовые модели интегрированного обучения / Н.Н. Малофеев, Н.Д.Шматко // Дефектология. – 2008. – №1.
5. Малофеев Н.Н. Интеграция и специальные образовательные учреждения: необходимость перемен // Дефектология. – 2008. – №2.

***Шаталова А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Кабушко А. Ю.***

ВОЗМОЖНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Проблема образования людей с ограниченными возможностями здоровья – это важная часть ключевой для современной России проблемы развития человеческого потенциала. Нестабильность и противоречивость современной социальной ситуации в нашей стране приводит к резкому возрастанию количества детей, испытывающих трудности социализации, в частности, вхождения в школьную жизнь. Ребёнок должен адаптироваться к новым социальным условиям. На пути социализации ребёнка встречается немало проблем. Одной из них является нарушение речи, которое в той или иной степени отрицательно влияет на всё психическое развитие ребенка, отражается на его деятельности, поведении [7].

Международные общественные организации (ЮНЕСКО, ВОЗ) ведут систематическую работу по сбору статистических данных о частоте и видах нарушений развития. Большинство цивилизованных стран также ведет свой статистический учет в соответствии с принятой в данной стране терминологией и классификационными признаками ограниченных возможностей здоровья и жизнедеятельности. Сегодня статистика свидетельствует о достаточно устойчивом процентном соотношении между различными категориями отклонений в развитии в пределах основных возрастных групп. Так, по сте-

пени распространенности в пределах детской возрастной группы третье место по численности занимают дети с нарушениями речи (около 20%). В нашей стране также ведется статистический учет лиц с ограниченными возможностями. Применительно к сфере образования учет проводится по посещаемости образовательных учреждений детьми и подростками с особыми образовательными потребностями. К системе школьного специального образования России относятся 60 учреждений для детей с тяжелыми нарушениями речи, где обучаются 11 362 ребенка [5].

Л. С. Выготский указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой ребенок с ограниченными возможностями не исключался бы из общества детей с нормальным развитием. Он указывал, что при всех достоинствах наша специальная школа отличается тем основным недостатком, что он замыкает своего воспитанника – слепого, глухого или умственно отсталого ребенка – в узкий круг школьного коллектива, создает замкнутый мир, в котором все приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует его внимание на своем недостатке и не вводит его в настоящую жизнь. Специальная школа вместо того, чтобы выводить ребенка из изолированного мира, развивает в нем навыки, которые ведут к еще большей изоляции и усиливают его сепаратизм [6]. Потому Л. С. Выготский считал, что задачами воспитания ребенка с нарушением развития являются его интеграция в жизнь и осуществление компенсации его недостатка каким-либо другим путем. Причем компенсацию он понимал не в биологическом, а в социальном аспекте, так как считал, что педагогу в работе с ребенком, имеющим нарушения в развитии, приходится иметь дело не столько с биологическими фактами, сколько с их социальными последствиями. Он считал, что широчайшая ориентировка на нормальных детей должна служить исходной точкой пересмотра специального образования. Никто не отрицает необходимость последнего, но специальные знания и обучение нужно подчинить общему воспитанию, общему обучению.

Таким образом, Л. С. Выготский одним из первых обосновал идею интегрированного обучения. Впоследствии его идея реализовалась в практике работы школ Западной Европы и США и только в последние годы начинает все активнее воплощаться в России [6].

В последние годы за рубежом (США, Канаде, Великобритании и других странах) на смену понятию «интеграция» приходит понятие включение (inclusion). Этому способствовало распространение декларации ЮНЕСКО о мерах в социальной политике, способствующих «включающему образованию» (Испания, г. Саламанка, 1994г.) [2].

В ЮНЕСКО считают, что проблема инклюзивного образования должна рассматриваться как часть более широкого круга действий и инициатив, последующих за принятием Джомтьенской декларации образования для всех 1990 года. В ранних инициативах, направленных на обеспечение образования для всех, удовлетворение специальных потребностей выглядело скорее как сим-

воличный принцип. Однако со временем, инклюзивный подход стал рассматриваться как основополагающий элемент всего движения за образование для всех. Таким образом, вместо концепции интеграции, т.е. создание специальных условий для детей с особыми потребностями в рамках существующей системы, без изменения самой системы, наблюдается зарождение концепции инклюзивного образования, основной целью которой является реструктуризация школ в соответствии с потребностями всех учеников [3].

Инклюзивное образование – это практика направления учеников, нуждающихся в специальных услугах, в обычные классы, при условии изменения системы и принятия особого ребёнка на уровне всей школы. При этом признаётся ценность различий всех детей и их способность к обучению, которое ведётся тем способом, который наиболее подходит этому ребёнку [1].

В настоящее время инклюзия в общество детей с отклонениями в развитии является одной из острых и дискуссионных проблем. Наиболее широко обсуждается вопрос об инклюзивном обучении детей с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата.

Однако проблемы инклюзивного обучения детей с речевыми нарушениями освещаются недостаточно. Часть выпускников логопедических детских садов, переведённых в массовую школу, испытывают значительные трудности в обучении.

Как правило, дети с нарушением речи являются уже интегрированными в систему общеобразовательного процесса, и на протяжении срока обучения в школе они не сопровождаются специалистами, не получают дополнительной, необходимой помощи со стороны педагогов-дефектологов. Школьники с речевыми нарушениями не способны самостоятельно в достаточной степени адаптироваться к условиям школьной жизни и поэтому нуждаются в дополнительном внимании.

Основными особенностями познавательной сферы школьников с речевыми нарушениями являются: недостаточная сформированность и дифференцированность мотивационной сферы, недостаточная концентрация и устойчивость внимания, слабость в развитии моторики. Без направленной коррекционной работы эти имеющиеся у детей трудности в дальнейшем могут принять большую выраженность и привести к отсутствию интереса к обучению, снижению объема памяти, ошибкам запоминания, трудностям в овладении письмом, несформированности счетных операций, слабому овладению грамматикой [4].

Практический опыт показывает, что в большинстве случаев для эффективной подготовки ребенка с речевыми нарушениями к требованиям, которые предъявляет общеобразовательная школа, недостаточно коррекционной работы, которая предусмотрена образовательной программой в дошкольном учреждении компенсирующего или комбинированного вида. Необходимы и дополнительное получение специальной помощи и серьезное участие родителей в коррекционно-развивающей деятельности своих детей.

Под специальной помощью понимается интенсивная и разноплановая коррекционно-развивающая работа (логопедическое, психолого-педагогическое сопровождение в школе), позволяющая достичь того необходимого уровня у детей с ограниченными возможностями здоровья, позволяющего включить их в общеобразовательную среду в качестве полноценных членов общества.

Таким образом, говоря об инклюзивном образовании, следует отметить, что это не только создание технических условий для беспрепятственного доступа детей с ограниченными возможностями в общеобразовательные учреждения, но и специфика учебно-воспитательного процесса, который должен строиться с учетом психофизических возможностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В образовательных учреждениях должно быть организовано качественное специальное сопровождение, а также создан особый морально-психологический климат в педагогическом и ученическом коллективах.

Инклюзия необходима детям с речевой патологией, так как позволяет максимально нормализовать среду проживания и способы взаимодействия с окружающим миром. Совместная форма организации обучения позволяет готовить детей с нормальным речевым развитием к безусловному принятию человека с особыми социальными и образовательными потребностями, формировать толерантное отношение к детям с проблемами в развитии, закладывать культурную норму формирующегося гражданского общества – уважения к различиям между людьми.

Литература

1. Гибадуллина А.Р. Проблема невнимательности у младших школьников с речевыми нарушениями: Материалы Фестиваля педагогических идей «Открытый урок» 2011/2012. – М., 2012.
2. Гусева Т.Н. Инклюзивное образование. Вып. 1. – М., 2010.
3. Егорова Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: Учеб. пособие. – Балашов, 2002.
4. Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы: Материалы международной конференции. 19 – 20 июня 2008 года. – СПб, 2008.
5. Назарова Н.М. Специальная педагогика: учебное пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М., 2001.
6. Соколова Е.В. Отклоняющееся развитие: Причины, факторы и условия преодоления: монография. – Новосибирск, 2002.
7. Сорокина В.В. Психологическое неблагополучие детей в начальной школе: Диагностика и пути преодоления. 2-е изд. – М., 2007.

*Шыхыева П.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Трущелева А.В.*

ИНСТИТУТ СЕМЬИ В СТРУКТУРЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕБЁНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Активное включение семьи особого ребенка в систему психолого-педагогической помощи, поиск форм психологической помощи самим родителям, создание моделей комплексного психокоррекционного воздействия на детско-родительские отношения стали в настоящее время актуальными задачами для специалистов, работающих с данной категорией детей в условиях инклюзивного образования [2, с. 95].

Анализ современного состояния дел в области сопровождения семей с детьми раннего возраста показывает необходимость создания инклюзивных межведомственных служб ранней помощи, где родители с помощью врачей, психологов, специалистов социальной службы будут решать все основные вопросы семьи с маленькими детьми и закладывать фундамент психологического, физического и социального здоровья нации [1, с. 100].

В условиях инклюзивного образования одной из самых актуальных задач является задача вовлечения родителей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, в коррекционно-развивающую работу, организуемую в образовательном учреждении и требующую продолжения в условиях семейного воспитания [4, с. 101].

Инклюзивные школы полезны для семей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, с разных сторон. Главный вопрос, решаемый этими школами, в том, как создать наилучшие условия для обучения детей с особыми нуждами, а не в том, может ли данный ученик быть в этой школе.

Семьи выбирают инклюзивное образование по множеству причин, но главным образом, они надеются на более широкие возможности общения их детей с их типично развивающимися сверстниками и доступ к школьному сообществу. Обычно цели семьи таковы:

- больше возможностей перенять адекватные образцы для подражания;
- больше возможностей развивать и упражнять базовые навыки, например, коммуникативные;
- больше возможностей завязать дружеские и другие общественные отношения с типичными сверстниками;
- возможность доступа к основной программе обучения;
- доступ к многообразию способов преподавания [3, с. 25].

Педагоги инклюзивных школ должны понимать своеобразие и сложность семей. Опыт показывает, что семья – это уникальная социальная система, тесно связанная с социальной системой общества.

Педагогам инклюзивных школ необходимо осознать, что их работа иногда должна выходить за пределы самой школы, чтобы помочь изменить си-

туацию на всех уровнях, так как изменения условий на одном из уровней меняет ситуацию в более крупной социальной системе.

То как организована школа и как она функционирует, прямо или косвенно влияет на то, как родители и члены семьи взаимодействуют со школьными работниками и обществом в целом.

В инклюзивных школах педагоги создают такой психологический климат, в котором семьи приветствуются и считаются партнерами в обучении, где поощряется их участие в школьной жизни посредством деятельности, отвечающей их потребностям и возможностям. К родителям относятся как к участникам процесса, которые хотят и могут внести свой вклад в школьную жизнь. Каждый тип вовлеченности по-своему ценен и имеет значение для успешной учебы детей.

Педагоги инклюзивных школ признают разнообразие способов участия родителей в школьной жизни и не отдают предпочтения традиционным формам деятельности. Низкий уровень участия семей в жизни школы может быть не просто отражением равнодушия или апатии родителей, а индикатором степени доверия к школьной администрации, которая должна создать условия, в которых участие родителей в школьной жизни приветствуется, а дети могут успешно учиться и развиваться.

В качестве основных методов работы в такой школе выступают:

- поддержка института семьи в школьной системе;
- посредничество между семьями и различными социальными учреждениями;
- предоставление семьям информации для возможности осознанного выбора;
- помощь с проездом членов семьи к месту проведения школьных мероприятий;
- альтернативные варианты работы с ребенком;
- организация мероприятий, при которой дети не отделены от родителей во время их проведения;
- проведение мероприятий, ориентированных на интересы и нужды родителей [3, с. 22].

Педагоги инклюзивных школ также поддерживают стремление семьи приобщиться к жизни школы и общества. Учителя уважают многообразие способов, которые семья выбирает для участия в деятельности школы, они ценят такой выбор и работают с родителями, чтобы помочь им осознать важность роли, какую они могут играть в традиционных школьных мероприятиях.

Очень важно внимательно изучить и определить пути приобщения семей к школьной деятельности и ценить и уважать их выбор. Так же важно помочь семьям осознать значительность роли в успехах школы, которую они играют, участвуя в управлении. Часто именно мероприятия для членов семей – такие, как семейные вечера или еженедельные собрания – становятся наиболее привлекательными для тех родителей, которые не участвуют в управлении школой.

Процесс реализации психологической поддержки родителей является длительным и требует комплексного подхода, что предусматривает участие психолога, педагога-дефектолога, врача, социального работника и др. От успешного вовлечения родителей в процесс выигрывают и дети, и родители.

Изменение социальных отношений как одного из аспектов инклюзии заключается в том, что родители и специалисты становятся соавторами в построении перспектив образовательного маршрута ребенка, повышается психолого-педагогическая компетентность родителей в диалоге, активизируются внутренние ресурсы, направленные на конструктивные и продуктивные жизненные сценарии «особого» ребенка и его семьи [1, с. 100].

Литература

1. Аверина И.Е. Проблемы организации межведомственного сопровождения семей с детьми раннего возраста // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно-практической конференции. – М., 2011.
2. Граматкина И.Р. Проблема отношения родителей к детям с ОВЗ, посещающим инклюзивный детский сад // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно-практической конференции. – М., 2011.
3. Дмитриева Т.П. Организация деятельности координатора по инклюзии в образовательном учреждении. Методические рекомендации. – М., 2010.
4. Яковенко Т.Д. Психологическое консультирование семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно-практической конференции. – М., 2011.

РАЗДЕЛ IV. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Абраш П.Р., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст. преподаватель Болдинова О.Г.*

ИГРА КАК МЕТОД РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНР

Игра для ребенка – это метод познания действительности. С ее помощью дошкольник может овладеть весьма объемными основами человеческой культуры. Вероятно, игра притягивает ребенка своей многогранностью, большим объемом различных ситуаций, которые дошкольник в состоянии решить с помощью своих логических навыков, своей сообразительности и находчивости.

Игра в старшем дошкольном возрасте начинает утрачивать свое развивающее значение и постепенно заменяется учением и трудовой деятельностью, которые имеют определенную цель, а не только доставляют удовольствие от процесса. Старшему дошкольнику становятся интересны те игры, которые заставляют думать, помогают ребенку развивать свои способности и вовлекают его в соревнование с другими детьми [2].

Участие старших дошкольников в играх способствует их самореализации, развивает терпение, упорство и всевозможные мотивационные качества. У дошкольника совершенствуется мышление, способность планировать свои действия и поступки, взвешивать шансы на успех.

Многие работы свидетельствуют о разнообразных вариантах реализации детских игр. Игра как форма общения была рассмотрена Лисиной М.И., Эльконин Д.Б. рассматривал игру как форму деятельности ребенка. Ж. Пиаже выделял игры, способствующие проявлению умственного развития дошкольников. Но все перечисленные подходы к игре при более подробном изучении оказались недостаточными для освещения особенностей детской игры в целом [2].

Выготский Л.С. писал: «В дошкольном возрасте игра и занятия, игра и труд образуют два основных русла, по которым протекает деятельность дошкольников. Это – неиссякаемый источник развития личности, сфера, определяющая «зону ближайшего развития» [3, с. 33].

Игра способствует созданию положительного эмоционального фона, на котором, в свою очередь, все психические процессы проходят намного стремительнее. Она не возникает бессознательно, а постепенно создается в процессе воспитания под непосредственным воздействием взрослых, и представляет собой мощный стимул для развития дошкольника. С помощью взрослого ребенок учится играть, познает игровой мир, и впоследствии начинает играть самостоятельно.

В процессе игры ребенок получает возможность проявить себя, развить свою личность, и это является уникальным значением игры в воспитании индивидуальности каждого ребенка. Игра некоторым образом влияет на самоопределение дошкольника в жизни, его становление как неповторимой и исключительной личности [1].

Игра – это два времени: настоящее и будущее. В настоящем времени происходит удовлетворение, радость от игры, а в будущем – имитируются всевозможные жизненные ситуации, утверждаются умения, навыки, способности дошкольника, которые необходимы ему для выполнения тех или иных творческих, социальных функций.

Смысл игры как преобладающего вида деятельности выражается в том, что дети воспроизводят в ней различные стороны жизни, особенности взаимоотношений взрослых, уточняют свои знания об окружающей действительности. Происходит значительное расширение многих областей знаний, преобразуются умения и навыки ребенка. Такое развитие дошкольника приводит к тому, что у него обнаруживаются как общие, так и специальные способности к различным видам деятельности. Общие способности к видам деятельности – это скорость приобретения ребенком новых знаний, а специальные – основательность изучения отдельных предметов в различных видах трудовой деятельности и в общении между людьми [4].

Дальнейшее развитие способностей старшего дошкольника вызывает заметное увеличение персональных различий между детьми. Это сказывается на их успехах в обучении и является одним из оснований для принятия психолого-педагогических решений относительно раздельного обучения детей с разнохарактерными способностями к каким-либо видам деятельности [1].

В старшем дошкольном возрасте появляются новые возможности для развития психического фона ребенка через уравнивание его отношений с окружающими людьми, к действиям которых в этом возрасте ребенок достаточно открыт. Это дает взрослым возможность использовать в воспитании социальные мотивы ребенка для оказания на него положительного воздействия. Это касается таких мотивов, как уважение, похвала со стороны значимых взрослых людей, стремление получить высокую оценку и прочее.

К окончанию старшего дошкольного возраста для детей становятся более значимыми взаимоотношения со сверстниками, открываются новые возможности использования этих отношений для поощрения психического развития ребенка через всеобщее одобрение его достижений в присутствии ровесников, через соревнование с товарищами и через другие ситуации, которые тем или иным образом затрагивают социальный статус ребенка [4].

Игры влияют на созревание ребенка как неповторимой личности, как в процесс становления и развития ребенка, так и как метод развития речи. Особое место занимает сюжетно-ролевая игра. Это не просто развлечение, это творческий, вдохновенный труд ребенка, это его жизнь. Играя, дошкольник накапливает знания, осваивает язык, общается, развивает мышление и воображе-

ние. В игре нет схем и правильных образцов, ничто не сковывает фантазию ребенка. От уровня развития игры в значительной мере зависит развитие мышления, воображения и речи. Играя, ребенок заменяет отсутствующие объекты предметами-заместителями, иногда даже воображаемыми. И это не просто игра, это становление функции замещения, с которой ребенок в последующем будет встречаться постоянно. В итоге он учится планировать и регулировать свои действия, а также действия партнеров по игре. Но чтобы игра стала действительно развивающей, ребенка надо учить играть – сначала просто оперировать игрушками, подражая реальным действиям, их логике, их последовательности, а потом, когда ребенок уже умеет самостоятельно действовать, разыгрывать целые сюжеты, в которых главное – отражение отношений между людьми. Основной сюжетно-ролевой игры является воображаемая ситуация, которая заключается в том, что ребенок берет на себя роль взрослого и выполняет ее в созданной им самим игровой обстановке. Но самое главное – в игре ребенок воплощает свой взгляд, свои представления, свое отношение к тому событию, которое разыгрывает [4].

Сюжетно-ролевая игра имеет следующие компоненты: сюжет, содержание, роль. Сюжет игры – это та сфера деятельности, которая воспроизводится детьми. Сюжеты игр разнообразны. Условно их делят на бытовые (игры в семью, детский сад), производственные (игры в больницу, магазин), общественные (различные игры-праздники, путешествия). Содержание игры, как отмечает Д.Б. Эльконин, – это то, что воспроизводится ребенком в качестве центрального и характерного момента деятельности и отношений между взрослыми в их бытовой, трудовой, общественной деятельности [4]. В зависимости от глубины представлений ребенка о деятельности взрослых меняется и содержание игр. У дошкольников складывается интерес к определенным сюжетам, в которые они играли и раньше (в семью, больницу, строителей, транспорт). Дети живо откликаются на новые впечатления, вплетая их, как сюжетные линии, в знакомые игры. Сюжет ролевой игры воплощается ребенком с помощью выбранной им роли. Роль – средство реализации сюжета и главный компонент сюжетно-ролевой игры. Для ребенка роль – это его игровая позиция: он отождествляет себя с каким-либо персонажем и действует в соответствии с представлениями о нем. Подчинения ребенка правилам ролевого поведения является важнейшим элементом сюжетно-ролевой игры. Для дошкольников роль – это образец того, как надо действовать. Исходя из этого образца, ребенок оценивает поведение участников игры, а затем и свое собственное. Смысл игры для дошкольников заключается в отношениях между персонажами. Поэтому ребенок охотно берет на себя те роли, отношения в которых ему понятны, изображает отношения в игре с помощью речи, мимики, жестов.

Можно утверждать, что сюжетно-ролевая игра оказывает положительное влияние на развитие связной речи. В ходе игры ребенок вслух разговаривает с игрушкой, говорит и за себя, и за нее, подражает гудению самолета,

голосам зверей и так далее. Таким образом, в сюжетно-ролевой игре развивается речевая активность детей [4].

Научные исследования свидетельствуют о том, что развитие связной речи нужно начинать в дошкольном возрасте. Оно должно осуществляться планомерно, систематически, с учетом индивидуальных возможностей дошкольников. Выготский Л.С. и Леонтьев А.Н. утверждают, что формирование связной речи целесообразнее всего осуществлять в сюжетно-ролевой игре, потому что такая игра оказывает положительное влияние на речь ребенка [3]. Как говорилось ранее, в ходе игры ребенок разговаривает с игрушкой, подражает различным услышанным звукам, именно в игре ребенок свободно говорит то, что думает, а не то, что надо. В игре ребенок познает не только окружающий мир, но и самого себя, свое место в этом мире.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что сюжетно-ролевая игра, как и игры в целом, развивают не только связную речь, но и накапливают знания, развивают мышление и память, воспитывают творческое развитие ребенка, улучшают речевую активность детей. Обозначение предметов новыми именами и действий, совершаемых с этими предметами, дает новый смысл каждой отдельной вещи, действию, поступку. Когда дети играют, они не только действуют, жестикулируют и манипулируют с игрушками, они еще всегда объясняют, что они делают. Без таких объяснений, придающих новый смысл предметам и действиям, невозможно ни принятие роли, ни создание условного пространства игры. Причем речь ребенка, объясняющая игру, должна быть кому-то адресована. Игровое действие должно иметь партнера или зрителя, которому необходимо объяснить, что означает тот или иной предмет или действие. Однако умение играть в различные игры предполагает достаточно высокий уровень речевого развития. Дети, плохо владеющие речью, не могут играть в сюжетно-ролевые игры: они не умеют планировать сюжет, не могут взять на себя роль, их игры носят примитивный характер (в основном это манипуляции с предметами) и распадаются под влиянием любых внешних воздействий.

Д.Б. Эльконин, внесший большой вклад в изучение игры дошкольников, писал, что в игре у детей возникает чрезвычайно богатая речевая связь, которая освобождает речь детей от ситуационной связности. Игра является своего рода переходным, промежуточным звеном между полной зависимостью речи от вещей и предметных действий к свободе слова от реальной, воспринимаемой ситуации. Именно в этом «освобождении слова» и состоит значение игры со сверстниками для речевого развития детей [4].

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что через игру активно развивается связная речь ребенка, формируются умения и навыки, развивается воображение и мышление, дошкольник постепенно приобретает и усиливает навыки общения со сверстниками и взрослыми.

Литература

1. Баранова М.И. «Расти, малыш, здоровым. Часть III: Методическое пособие». – Ростов-на-Дону, 2005.

2. Болдинова О.Г. Игра как средство коррекции: Учебно-методический комплекс учебной дисциплины. – Ростов н/Д, 2009.
3. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте. – СПб., 1997.
4. Игровые методы коррекции трудностей обучения в школе / Под ред. Ж. М. Глозман. – М., 2006.

***Бойченко К.В., г. Ессентуки, филиал СГПИ в г. Ессентуки
Научный руководитель: ст. преподаватель Маркина В.В.***

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ

Значительная часть детей с отклонением в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом, с целью их обучения и воспитания, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь. Вместе с тем, результаты исследований и практика свидетельствуют о том, что человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу [1].

В последние годы в нашей стране стало более заметным стремление к тому, чтобы изменить сложившуюся ситуацию с обучением и воспитанием детей-инвалидов в лучшую сторону. Приняты на государственном уровне соответствующие законодательные акты. Складывается система нового вида специализированных учреждений – реабилитационных центров, позволяющих комплексно решать многие проблемы. Начала осуществляться подготовка специалистов, призванных обеспечивать социальную реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья нуждается в особом подходе. Чтобы эффективно управлять формированием его личности, требуются глубокие знания психологических закономерностей, объясняющих специфику развития ребенка [1].

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями как процесс и как деятельность по своему строению и целям близка педагогическому процессу и педагогической деятельности и ее можно рассматривать как их разновидность. Главным, что их объединяет, является то, что они выполняют единую функцию, – обеспечивают овладение растущим человеком достижениями культуры и социальным опытом, накопленным предшествующими поколениями, в виде знаний, навыков, умений, моральных ценностей, норм поведения, и на этой основе формируется личность ребенка, способного жить в обществе и выполнять определенные социальные роли. В этой связи едиными являются и большинство понятий, используемых в равной мере, как в педагогической, так и в социально – реабилитационной практике (обучение, воспитание, формирование личности и др.) [2].

Вместе с тем понятия «педагогическая деятельность» и «социально-реабилитационная деятельность» не тождественны. Отличие состоит в том, что вторая направлена не на всех детей, а лишь на тех, у которых возникают трудности при вхождении в социальный мир. Поэтому и содержание, и средства в достижении поставленных целей, и направленность воздействий в социально – реабилитационной практике обуславливаются, прежде всего, спецификой развития ребенка с ограниченными возможностями.

Главное назначение социальных технологий – регулирование социальных процессов в различных областях с помощью специфических средств. Многообразие социальных процессов и технологий их регулирования, обусловлено широким спектром социальной деятельности и социального обслуживания, различаясь по целям, функциям, характеру и результатам.

Для каждого вида социальной деятельности создаётся особая технология.

Технологии социальной реабилитации включают совокупные приёмы и методов, обеспечивающих прогрессивное развитие ребёнка, имеющего инвалидность. Различают следующие формы взаимосвязанных реабилитаций [1].

Медицинская реабилитация. Она направлена на восстановление или компенсацию той или иной утраченной функции или на возможное замедление заболевания. В ходе медицинской реабилитации ребенок проходит курс лечебных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, восстановление и развитие физиологических функций, нарушенных болезнью, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условия для возвращения к активной самостоятельной жизни.

Психологическая реабилитация. Это воздействие на психическую сферу инвалида, направленное на развитие и коррекцию индивидуально психологических особенностей личности. Психологическая реабилитация лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями предполагает проведение комплекса психодинамических мероприятий, ориентированных на коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний. Возвращение к психическому здоровью в процесс психической реабилитации предусматривает устранение нежелательных установок, неуверенности в своих силах, чувства тревоги и страха.

Педагогическая реабилитация. Под этим понимается комплекс мероприятий воспитательного характера в отношении детей, направленных на то, чтобы ребёнок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование. Важно выработать у ребёнка психологическую уверенность в собственной полноценности, и сформировать правильную профессиональную ориентацию. В процессе педагогической реабилитации с помощью системы методов и приёмов обучения, воспитания и развития решаются вопросы восстановления, коррекции и компенсации нарушенных функций в процессе образования (как общего, так и специального). Кроме того, в целом процессе ребёнок усваивает основы науч-

ных знаний и вырабатывает соответствующие навыки и умения, постигает опыт человеческих отношений и жизни в обществе; бытовых (культура внутрисемейных отношений); деловых (культура профессиональных отношений); правовых и политических стереотипах поведения.

Социально-экономическая реабилитация. Под ней понимается комплекс мероприятий по обеспечению инвалида необходимым и удобным жилищем, денежному обеспечению и т.п.

Профессиональная реабилитация. Она предусматривает обучение инвалида доступным видам труда, предоставление необходимых индивидуальных технических приспособлений, помощь в трудоустройстве.

Бытовая реабилитация обеспечивает получение необходимых протезов, личных средств передвижения дома и на улице, других приспособлений, позволяющих индивиду стать достаточно самостоятельным в быту.

Спортивная и творческая реабилитация. Данные формы активно стали разрабатываться в последнее время, и следует отметить их большую эффективность. 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. Кроме того, совместное с детьми-инвалидами участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет их здоровым сверстникам преодолеть психологические барьеры, предубеждение по отношению к людям с ограниченными возможностями.

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

Цель социальной реабилитации – наиболее полное развитие у ребенка с ограниченными возможностями духовных и физических сил посредством использования его сохранных функций, возникающих потребностей и интересов, его собственной активности и создания соответствующих внешних и внутренних условий, в которых они могут наиболее активно проявляться. При этом важно, чтобы в процессе социальной реабилитации ребёнка, подростка или юноши с отклонениями в развитии произошли изменения в восприятии своего собственного «Я» и окружающей действительности, они научились быть равными с так называемыми здоровыми людьми, и у них сформировались качества, противодействующие травмирующим воздействиям и способствующие успешному выполнению жизненных планов.

Чтобы реализовать названные задачи специалист по социальной реабилитации должен владеть средствами и методами воздействия на ребёнка.

К средствам реабилитационного воздействия относятся различные виды деятельности (игровая, учебная, трудовая и т.д.), психологической помощи (психолого-профилактическая и просветительская работа, психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия), специальной помощи [2].

Процесс социальной реабилитации протекает только в деятельности. Она обеспечивает познание ребёнком окружающего мира, порождает новые потребности, стимулирует возникновение у детей чувств, активизирует волю, является важнейшим источником овладения опытом межличностных отношений и поведения. Основными видами деятельности ребенка и подростка, в которых они наиболее полно развиваются, являются игра, учение и труд.

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

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, а ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию. Эта проблема является не только субъективным фактором, каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, отсутствием специальных социальных служб.

Литература

1. Холостова Е.И. Технологии социальной работы. – М., 2002.
2. Храпылина Л. П. Основы реабилитации инвалидов. – М., 2006.

***Волкова А. Г., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Ершова В.В.***

БИЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОБУЧЕНИИ ГЛУХИХ

Л.С. Выготский считал необходимым условием коренного улучшения воспитания глухих детей максимальное использование всех видов речи, доступных для неслышащего ребенка, и подчеркивал важность индивидуального, дифференцированного подхода к их образованию и выбору языковых средств их обучения.

Рассмотрим две основные педагогические системы обучения глухих, которые предлагаются сегодня как за рубежом, так и в России.

Педагогическая система билингвистический подход, который появился в мире в начале 80-х гг. Билингвистический подход в обучении глухих предусматривает использование двух равноправных и равноценных средств образовательного процесса – русского (или иного национального) языка (в устной, письменной и тактильной форме) и русского (или иного) жестового языка. Оба языка являются равными партнерами в общении между слышащими и глухими учителями, учениками, родителями.

Глухие практически всегда использовали жестовый язык для своего общения, и первые дошедшие до наших дней описания жестового языка были сделаны святым Августином в IV в. Хорошо известны факты использования и есть некоторые описания жестовых языков во Франции (конец XVIII в., аббат де Л'Эппе), в России (1835 г., книга В. И. Флери «Глухонемые»). Однако только фундаментальные исследования национальных жестовых языков, сделанные в 70-е гг. XX в. нашего века В. Стоку (WilliamStokoe), М. Бреннон (Mary Brennon), Г.Л. Зайцевой, доказали, что жестовые языки – полноценные, сложные и богатые лингвистические системы со своей особой грамматикой, лексикой, морфологией. Было доказано, что жестовый язык отнюдь не примитивный язык, как многими считалось ранее. Он не лучше и не хуже русского, английского, китайского, это просто иной язык. Признание жестовых языков означало возможность их использования в обучении, о чем говорил еще Л. С. Выготский в начале 30-х гг.

В настоящее время половина школ для глухих в Великобритании (9 из 18) использует билингвистический подход; его применяют многие школы Австралии и Тихоокеанского региона, в Африке (Кении, Уганде, Зимбабве, Замбии, ЮАР), а также в ряде школ Канады и США, в Голландии, Германии, Бельгии, Швейцарии, Эстонии.

В России работает только одна билингвистическая школа – Московская билингвистическая гимназия, существующая с 1992 г. (научный руководитель проф. Г. Л. Зайцева).

Как отмечает Г.Л.Зайцева (1998) и другие специалисты, использование жестового языка в учебно-воспитательном процессе устраняет все коммуникативные барьеры между педагогами и учащимися и создает искренние, доверительные отношения между детьми и взрослыми, обеспечивает эмоционально окрашенное обучение. Устранение коммуникативных барьеров позволяет значительно увеличить объем учебной информации, ускорить ее передачу и восприятие учащимися. Это, в свою очередь, позволяет расширить круг учебных предметов и областей знаний, ранее недоступных глухим школьникам (например, иностранный язык, логика, этика) по причине сложности преподавания этих дисциплин на языке словесной речи. Появляется реальная возможность (и об этом свидетельствует зарубежный опыт) получения глухими учащимися полного среднего образования за 10 лет, т.е. возникает реальная возможность прохождения учебной программы общеобразовательной школы в полном объеме и в те же сроки, которые предусмотрены для обычных слышащих учащихся.

Зарубежные научные данные свидетельствуют о том, что по сравнению с глухими выпускниками, обучавшимися по традиционной системе на основе словесной речи, глухие выпускники школы, обучавшиеся на основе билингвистической системы, имеют более широкий общий кругозор, более глубокие знания по языку и математике, они лучше социально адаптированы [4].

Существует много нерешенных задач в этой новой педагогической системе обучения глухих: требуется найти оптимальное соотношение жестово-

го и словесного языка в учебном процессе; разработать дидактические основы учебного процесса на основе жестового языка; создать новую систему подготовки сурдопедагогов для обучения глухих в условиях билингвистической педагогической системы; разработать дидактические и методические подходы билингвистического обучения глухих детей разного возраста.

Второе направление в обучении глухих связано с обучением их языку словесной речи. Где целью обучения является глухой человек, владеющий словесной речью и говорящий так же, как и любой слышащий. Известным советским сурдопедагогом проф. С.А. Зыковым и его сотрудниками был предложен новый подход к освоению глухими языка словесной речи – на основе учета социальной сущности и коммуникативной функции языка, его материальной природы, а также применительно к своеобразию речевого развития ребенка при нарушенном слухе. Эта система получила название коммуникационная. Глухие дети должны были в условиях обучения в такой системе усваивать язык как средство общения, пользоваться им на всех этапах обучения и в условиях социального взаимодействия.

Словесно-жестовое двуязычие глухих – хорошо это или плохо? На этот вопрос Л.С. Выготский, выдающийся психолог и один из основоположников отечественной дефектологии, ответил так: «Психологические исследования, экспериментальные и клинические, согласно показывают, что полигlossия, т.е. владение различными формами речи, при настоящем состоянии сурдопедагогике есть неизбежный и наиболее плодотворный путь речевого развития и воспитания глухонемого ребенка». Говоря о различных формах речи, Л.С. Выготский имел в виду устную, письменную и жестовую речь. Выпускники специальных школ должны владеть развитой словесной речью. Это шире откроет им богатейший мир человеческой культуры, литературы, искусства, откроет доступ к новейшей информации. Это облегчит им общение со слышащими людьми [5].

Появление современной звукоусиливающей аппаратуры, внедрение в практику школ организованных занятий по развитию и использованию остаточного слуха открыли перед сурдопедагогикой новые возможности, и прежде всего возможности формирования устной речи глухих. В то же время и в наши дни большинство глухих живут, учатся, работают в условиях словесно-жестового двуязычия. Следовательно, повышение эффективности обучения словесной речи – одна из основных задач специальной школы. С другой стороны, сурдопедагогика не может игнорировать тот факт, что в межличностном общении большинство глухих используют главным образом жестовую речь, что вся деятельность членов Общества глухих осуществляется преимущественно при помощи жестовой речи. Поэтому и сегодня верно утверждение Л.С. Выготского, подчеркивавшего, что педагогика не может закрыть глаза на то, что, пренебрегая жестовой речью, она тем самым вычеркивает из своего круга огромную часть коллективной жизни и деятельности глухонемого ребенка.

В обучении глухих приравнивание статуса национального жестового языка к государственному (словесному) языку, означает реальное право детей с глубокими слуховыми ограничениями учиться, получать образование на родном, пространственно-визуальном языке, в условиях словесно-жестового двуязычия.

В Законе «О социальной защите инвалидов», Законе «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» подчёркивается роль жестового языка как средства обучения, воспитания и общения неслышащих детей.

И, конечно же, немаловажна проблема подготовки специалистов. Педагог, организующий специальные занятия по развитию жестовой речи и уроки жестового языка, должен быть высокообразован в области жестового языка, иметь соответствующую лингвистическую подготовку, уметь декодировать и корректировать спонтанные детские высказывания, включать их в обсуждаемый на уроке материал.

Итак, на основании фактов, которыми располагает сегодня наука, можно заключить, что двуязычие отражается на познавательной деятельности глухих, влияет на формирование процессов памяти, усвоение понятий и т. п. Некоторые понятия формируются вне процесса обучения, в общении с глухими сверстниками и взрослыми.

Литература

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М.; 2002.
2. Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. – М., 1983.- Т. 5.
3. Гейльман И. Ф. Знакомьтесь: ручная речь. – М., 2001.
4. Димскис Л.С. Дактильная речь. – Мн., 2001.
5. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология. – М., 2000.

***Гонкало Г.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Шипилова Е.В.***

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛОГОРИТМИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Логопедическая ритмика – комплексная методика, основанная на использовании связи слова, музыки и движения [2, с. 11].

Логопедическая ритмика исходит из общих методологических основ логопедии и дефектологии и является одним из ее разделов. Она изучает закономерности развития, воспитания, а также нарушения психомоторных функций в синдроме речевой патологии. Важнейшей задачей, определяющей особую значимость логопедической ритмики, как одного из звеньев логопедической коррекции, является формирование и развитие у детей с речевой патологией двигательных способностей, как основы воспитания речи, перевоспитания и устранения речевых нарушений [1, с. 14].

Целью логоритмических занятий является создание условий для развития эмоционального, социального, речевого и интеллектуального потенциала ребёнка. Формирование его позитивных личностных качеств, компенсация первичных нарушений и коррекция вторичных отклонений в развитии [2, с. 21].

Цель логоритмических занятий для детей раннего возраста – стимулирование развития речевой и мыслительной деятельности, развитие сенсорных процессов и двигательных функций как основы формирования и развития речи. На логоритмических занятиях обеспечивается преемственность в работе специалистов, занимающихся развивающей и коррекционной работой: учителя-логопеда, музыкального руководителя, воспитателя [3, с. 12].

В логоритмических занятиях с детьми раннего возраста (с первого года до двух лет) используются упражнения, регулирующие мышечный тонус, развивающие внимание (слуховое, зрительное), мелкую моторику, координацию движений и другие, так как они хорошо осваиваются детьми раннего возраста.

Многие виды упражнений, используемых на логоритмических занятиях (вводное упражнение; упражнение на установление эмоционального контакта взрослого с ребёнком; упражнение, регулирующее мышечный тонус; упражнение на развитие мелкой моторики; упражнения на релаксацию и др.), проводятся под музыкальное сопровождение. Совместно с музыкальным руководителем идёт подбор музыкального оформления занятия. Для детей раннего возраста используется как классическая, так и народная музыка.

Музыкальное воздействие способствует улучшению настроения, снимает напряжение и отрицательные эмоции, успокаивает и расслабляет детей, формирует чувство темпа и ритма [3, с. 24].

Структура логоритмического занятия с детьми раннего возраста с задержкой речевого развития включает: вводное упражнение (ходьба); упражнение на установление эмоционального контакта взрослого с ребёнком; упражнение, регулирующее мышечный тонус; упражнение на развитие координации слова с движением; упражнение на развитие мелкой моторики; упражнение на выработку зрительно-слухового внимания; упражнения на развитие речи (активной и пассивной); игру – забаву с игрушкой; упражнения на развитие предметно-манипулятивной деятельности; танец; заключительное упражнение (релаксация) [2, с. 31].

В логоритмической деятельности детей раннего возраста с задержкой речевого развития можно выделить 2 звена:

1. Развитие и коррекция неречевых процессов: слухового внимания, слуховой памяти, оптико-пространственных представлений, зрительной ориентировки на собеседника, координации движений, чувства ритма и темпа в движении.

2. Развитие речи и коррекция речевых нарушений: создание мотива к речевой деятельности, стимуляция речевой активности, расширение и активизация импрессивного словаря, развитие темпа и ритма дыхания (сначала без речи, а потом с речью), развитие орального праксиса, просодики, фонематического слуха [3, с. 34].

Основной принцип построения всех перечисленных видов работы – тесная связь движения и музыки. Кроме того, использование логоритмических средств предполагает обязательное включение в них речевого материала.

Каждая логоритмическая деятельность построена с соблюдением тематического принципа планирования, подчинена единому сюжету с обязательным включением различных игр (пальчиковых, мимических, речевых, подвижных), так как только в игре у ребенка раннего возраста могут формироваться все психические функции (в том числе и речь). Именно в игре возможно создать такую ситуацию, которая стимулирует речь ребенка, обогащает словарь и сенсорный опыт. Игровые упражнения проводятся по подражанию. Речевой материал предварительно разучивается. Это связано с особенностями детей раннего возраста: шансы получить ответную реакцию ребенка в рамках известного ему материала достаточно высоки [2, с. 33].

Во время логоритмической деятельности дети стоят в кругу или сидят полукругом. Преимущество такого расположения в том, что все видят всех, т.е. есть возможность видеть артикуляцию взрослого и одновременно слышать речь, выполняя действия (движения) вслед или вместе с педагогом.

При планировании логоритмической деятельности для детей раннего возраста с задержкой речевого развития выделяются следующие направления работы:

- формирование правильного дыхания – упражнения, направленные на формирование, развитие и отработку правильного физиологического и речевого дыхания;
- развитие чувства ритма – упражнения, музыкально-дидактические, ритмические игры, речевые игры с движениями, направленные на развитие чувства ритма и фонематического восприятия, силы голоса;
- развитие общей моторики – динамические игры и упражнения, направленные на развитие и коррекцию общих двигательных и координаторных функций;
- развитие артикуляционной и лицевой моторики – упражнения, направленные на развитие артикуляционного праксиса, мимических мышц;
- развитие мелкой моторики – пальчиковые игры и упражнения с речевым сопровождением или использованием различных предметов, направленные на развитие и коррекцию мелкой пальцевой моторики [1, с. 26].

При разработке любой логоритмической деятельности необходимо учитывать главный принцип достижения эффективности в работе – индивидуальный подход к каждому ребенку, учитывающий его возрастные, психофизиологические и речевые возможности. А также для более успешного проведения логоритмических занятий следует выполнять психолого-педагогические условия: создание благоприятной психологической атмосферы, постоянное привлечение внимания детей и пробуждение у них интереса к выполнению упражнений. Важно правильно организовать общение с детьми [2, с. 34].

Одно из необходимых условий для получения хороших результатов – взаимодействие педагогов и родителей. Речевые, пальчиковые игры, динамические паузы воспитатель и психолог могут использовать на своей общей

образовательной деятельности. Эти же упражнения и игры предлагаются родителям в качестве рекомендаций для закрепления дома.

Во всех формах организации логоритмических занятий внимание воспитателя, логопеда и музыкального руководителя направляется на всестороннее развитие ребенка, на перевоспитание и устранение неречевых нарушений в двигательной и сенсорной сферах, на развитие или восстановление речи, на способность проявлять в своей деятельности стремление к творчеству [1, с. 32].

Литература

1. Бабушкина Р.Л., Кислякова О.М. Логопедическая ритмика в системе коррекционно-воспитательной работы с детьми, страдающими общим недоразвитием речи. – СПб., 2010.
2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М., 2002.
3. Лукина Н.А., Сарычева И.Ф. Логоритмические занятия с детьми раннего возраста (2-3 года). – СПб., 2004.

***Дементьева Е.А., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к.психол.н. Черепкова Н.В.***

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Социально-экономическое и общественно-политическое переустройство всех сфер российского общества неизбежно влечет за собой изменения в духовной жизни людей, в мотивах их поведения, ценностных ориентациях, социальных установках. Перед системой образования, в этой связи, встает проблема перехода от традиционной педагогической парадигмы к обучению инновационного типа, в основе которого должна лежать забота о здоровье и развитии дошкольников, являющихся генетическим, культурным и профессиональным потенциалом нации [4, 6, 7].

Интеграция – это закономерный этап развития системы специального образования, связанный в любой стране мира, в том числе и в России, с переосмыслением обществом и государством своего отношения к инвалидам, с признанием их прав на предоставление равных с другими возможностей в разных областях жизни, включая образование [4].

По мнению известных отечественных ученых (Н.Н. Малофеева, Е.А. Стребелевой, Н.Д. Шматко, Л. М. Шипицыной и др.), главное направление интеграционных процессов в нашей стране – сближение систем общего и специального образования на всех его ступенях (дошкольная, общая и профессиональная школы).

Интегрированное обучение выступает как одна из форм альтернативного обучения, базовыми принципами которого являются: ранняя коррекция,

обязательная коррекционная помощь каждому ребенку, обоснованный отбор детей для интегрированного обучения, наличие положительной системы отношений со стороны социума и др. Интеграция особых детей в учреждение для нормально развивающихся сверстников должна происходить с учётом уровня развития каждого ребенка и обеспечения реальности выбора «полезной и возможной» для него модели интеграции (комбинированной, частичной, временной или полной) [5; 3].

Решение данной проблемы в рамках существующей системы образования осложнено тем, что не сформулированы требования к процессу дошкольного образования вообще и, в специальном образовании, в частности, четко не определены, о чем свидетельствует отсутствие следующих компонентов [3]:

- образовательный стандарт для дошкольников и допустимые соотношения в нем инвариантной и вариативной частей;
- параметры состояния, в которое переходит воспитанник дошкольного образовательного учреждения (ДООУ) в результате получения дошкольного образования;
- критерии и параметры оценки ресурсного обеспечения образовательного процесса: психолого-педагогические условия воспитания и обучения детей в детском саду, адекватные и эксклюзивные содержание и методы дошкольного образования для всех категорий детей, характер взаимодействия педагогов с детьми и способы построения развивающей среды.

Особую тревогу на этапе перехода от традиционного дошкольного образования к инновационному вызывает проблема обучения и воспитания дошкольников с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья), большой разнородной группы детей с недостаточным уровнем психофизического и речевого развития, находящейся в условиях скрытой интеграции в общеразвивающих ДООУ. Интеграция детей с ОВЗ в массовые образовательные учреждения – это социальный заказ общества и государства, закономерный этап развития системы специального образования [1-3,5].

Решение проблемы обучения и воспитания детей с ОВЗ в рамках существующей системы образования осложнено рядом противоречий между:

- необходимостью реализации индивидуально-дифференцированного подхода в процессе обучения и воспитания детей всех категорий с ОВЗ в ДООУ в зависимости от их психофизических возможностей и отсутствием теоретически обоснованной стратегии организации этого процесса на всех уровнях управления системой ДООУ;
- нарастанием интенсивности социальных преобразований в обществе, порождающих интеллектуализацию образования в дошкольном детстве, усилением учебных нагрузок при обучении и воспитании детей в массовых ДООУ;
- необходимостью поиска альтернативных технологий обучения и воспитания, соответствующих индивидуальным психофизическим особенностям всех категорий детей с ОВЗ и отсутствием системы оценки эффективности и пользы этих технологий в условиях инновационных преобразований для детей с ОВЗ.

Интеграция детей с ОВЗ осуществляется в условиях децентрализации управления, диверсификации видов образовательных учреждений, развития вариативности форм и методов, расширения спектра образовательных услуг, поэтому одной из центральных проблем обучения этих детей является качество образования [5, с. 54-57].

Задача педагогов так организовать образовательную работу, чтобы в каждом возрасте ребенку с ОВЗ предлагалось осваивать знания, умения и навыки, адекватные его возрасту, психофизическому и речевому развитию. Выполнение этой задачи позволит реализовать основополагающий принцип обучения, а именно: дошкольник учится в меру того, в меру чего программа педагога становится его собственной программой. Готовность обучения ребенка к школе можно считать сформированной на фоне полного физического, психологического, и социального благополучия, если ребенок [7]:

- не имеет соматических заболеваний, соответствует всем возрастным нормам по антропометрическим показателям, обладает развитыми физическими качествами и сформированными двигательными умениями;
- владеет всеми школьными навыками: считает, читает, рисует и пробует писать, умеет на вербальном уровне делать сравнения и обобщения, выделять существенные признаки предметов и явлений, имеет большой словарный запас и грамотную связную речь;
- хочет учиться в школе, обладает усидчивостью, контролирует свои эмоции, обладает всеми навыками адаптивного поведения, вынослив и терпелив.

Критериями эффективности образовательного процесса в ДООУ для детей с ОВЗ в условиях интеграции или промежуточными результатами являются новые качества, возникающие у ребенка, в процессе обучения и воспитания, на основе критериально-ориентированной диагностики. К таким качествам относятся следующие показатели [6, с. 44-48]:

- динамика заболеваемости;
- интегральный показатель психологического благополучия;
- степень соответствия возрастной норме всех параметров психического развития детей в группах;
- параметры утомления и тревожности детей.

Таким образом, качество образования определяется, с одной стороны, степенью соответствия целей и результатов образования на уровне конкретной системы образования и на уровне отдельного образовательного учреждения, с другой, соответствием между различными параметрами в оценке результата образования конкретного воспитанника. Повышение качества образования зависит от многих факторов обеспечения (научно-методического, финансово-экономического, технического, кадрового), но, прежде всего, организационно-управленческого [4, с. 148-151].

Исследования по вопросам управления образовательными системами, раскрывая природу, закономерности и принципы педагогического управления, позволили вплотную подойти к решению проблемы организации образовательного процесса в ДООУ для детей с ОВЗ в условиях их интеграции [7, с. 44-48].

Для того, чтобы развитие ребенка было гармоничным, необходимо, чтобы в условиях обучения познавательно-речевое, художественно-эстетическое, физкультурно-оздоровительное и социально-нравственное развитие были представлены равными долями в инвариантной (базисной) и вариативной частях образовательной программы ДОУ.

Литература

1. Бордовский Г.А. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: опыт России. – СПб., 2008.
2. Кобрин Л. М. Интегрированное образование как приоритетное направление современной образовательной политики // Известия РАО. – 2009. – № 2 (4).
3. Малафеев Н.Н. Интегративные тенденции современного специального образования. – М., 2011.
4. Панкова Н. В. Эмоциональное благополучие и психологическое здоровье подростков из семей группы риска // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2011. – № 4 (74).
5. Сабират С. Е. Роль здоровьесберегающего образовательного пространства в формировании культуры здоровья подростков сельских школ // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 3 (73).
6. Слободчиков В. И. Безопасное образование: психология и педагогика здоровья // Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски. – М., 2010.
7. Филиппов С. С. Информация о здоровье школьников как основа организации физического воспитания // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2009. – № 4 (50).

Донцова А.В., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ

Научный руководитель: ст. преподаватель Болдинова О.Г.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ

Выдающийся русский физиолог И.М. Сеченов говорил, что глаз доставляет человеку тысячи ощущений в минуту. Зрение играет огромную роль не только в развитии собственно зрительных восприятий, но и в развитии пространственных представлений (пространственная ориентировка в окружающем, двигательная сфера), поскольку движения развиваются под зрительным контролем.

В настоящее время работа учителя-логопеда с детьми, имеющими нарушения зрения, играет немаловажную роль в коррекции того или иного речевого нарушения, но работа в сотрудничестве с другими специалистами (воспитателем, психологом, музыкальным руководителем и физическим руководителем) дает более эффективный результат как в воспитании и обучении, так и в социализации, и в становлении личности ребенка. Такой комп-

лексный подход в логопедической работе позволяет охватить все сферы развития детей, имеющих нарушение зрения.

Анализ причин слепоты и слабовидения показывает, что в 92 % случаев слабовидения и в 88 % случаев слепоты эти недостатки имеют врожденный характер, более чем в 30 % случаев они имеют наследственные формы. Так, врожденная зрительная патология отмечается в работах М.И. Земцовой и Л.И. Солнцевой в 60,9 % случаев, в исследованиях А.И. Каплан – в 75 %, Л.И. Кирилловой – в 91,3 %, А.В. Хватовой – в 92 % случаев у слабовидящих и в 88 % – у слепых, И.Л. Ферфильфайн – в 84,2 % случаев [4].

В ходе изучения (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский) детей с отклонениями в развитии обнаружилось, что наиболее общие закономерности развития нормального ребенка прослеживаются и детей, имеющих нарушение зрения. К ним относятся: определенная последовательность стадий развития психики; наличие сензитивных периодов в развитии психических функций; последовательность развития психических процессов; роль деятельности в психическом развитии, речи – в формировании высших психических процессов; ведущая роль обучения в психическом развитии [1].

В исследованиях В.П. Ермакова, Г.А. Якунина отмечено, что влияние глубоких нарушений зрения на процесс развития связано с появлением отклонений во всех видах познавательной деятельности и сказывается на формировании личностной и эмоционально-волевой сфер ребенка. Наиболее резко нарушение зрения проявляется в снижении общего количества получаемой извне информации, в изменении ее качества.

У ребенка формируется своя, очень своеобразная психологическая система, качественно и структурно не схожая ни с одной системой нормально развивающегося ребенка, так как она включает в себя процессы, находящиеся на различных уровнях развития из-за влияния на них первичного дефекта, а также и его коррекции на основе создания новых компенсаторных путей развития. Это показывает, что и межфункциональные связи у детей с нарушением зрения осуществляются своеобразно. Поэтому формирование и развитие детей с нарушениями зрения, непосредственно связано с коррекционной работой, проводящейся с ними, и с формированием у них компенсаторных процессов, начиная с раннего детства [3].

Проследить специфику коррекционной работы на основе комплексного подхода с детьми, имеющими нарушения зрения, возможно в исследованиях О.Г. Болдиновой, В.З. Денискиной, Л.С. Волковой, М.И. Земцовой, А.И. Каплана и др. Полноценная коррекционная работа с детьми, имеющими нарушения зрения, не может осуществляться без целенаправленной, систематически спланированной, комплексной работы всего коллектива образовательного учреждения, а так же без осознанного заинтересованного включения в этот процесс родителей.

В основе системы специальных занятий, необходимо осуществлять комплексный многосторонний подход к коррекции развития детей силами ло-

гопеда, тифлопедагога, дефектолога, психолога, воспитателя и ряда других специалистов, что обеспечивает активизацию деятельности сохранных анализаторов моторной деятельности, развитие проприоцептивной чувствительности у детей с нарушением сенсорной сферы.

В исследованиях О.Г. Болдиновой отведено место вопросу комплексного подхода в работе с детьми, имеющими нарушение зрения. Организация деятельности дошкольников с нарушениями зрения в нахождении способов презентации себя в детско-взрослом сообществе и умении находить правильное решение в незнакомых для него жизненных ситуациях. Совместная работа логопеда и воспитателя детей с нарушениями зрения должна быть направлена: на закрепление полученных знаний, развитие дыхания, артикуляционной и пальчиковой гимнастики, расширение словаря по лексическим темам, развитие навыков словообразования и словоизменения, развитие грамматических категорий, профилактику письменной речи и т.д. Технологий работы воспитателя в организации педагогического процесса в регламентированной и нерегламентированной деятельности и детско-взрослом сообществе, должна осуществляться с использованием средств различных видов искусств (литература, живопись, музыка) [2].

Взаимодействие логопеда и психолога предполагает: тренинги уверенного поведения, упражнения (гимнастика, кинезиология) и психологические игры, развитие межличностных отношений, коммуникации, эмоциональной сферы, развитие психических процессов, социальную адаптацию и интеграцию и т.д. Сохранение у дошкольников с нарушением зрения эмоционального равновесия и социально-психического комфорта [2].

Сотрудничество логопеда и музыкального руководителя должно включать развитие фонематического слуха, логоритмику, подготовку заданий и упражнений по постановке диафрагмального речевого дыхания, голоса; работу над просодикой, развитие общей и мелкой моторики; координацию движений, согласованных с речью, использование музыкальной терапии и т.д.

Деятельность логопеда и руководителя физической культуры, строится: на развитии правильного дыхания, общей и мелкой моторики, развитии координации движений, соотношении слов с действиями, на ориентировки в пространстве, развитии соревновательности, успешности, ловкости, коллективизма и социально-эмоциональных характеристик. Физическое воспитание ребенка с нарушениями зрения, имеет большое значение для формирования его личности и прежде всего таких качеств, как смелость, решимость, уверенность в себе, умение преодолевать трудности.

Особую роль играет взаимодействие логопеда и семьи ребенка, имеющего нарушения зрения. Для родителей организуются и проводятся тематические, индивидуальные и подгрупповые консультационные беседы, семинары, мини-конференции, составляются и демонстрируются способы взаимодействия в различных видах игр и упражнений, способствующих комплексному развитию детей с нарушениями зрения [1, с. 82-88].

Логопедическая работа с детьми, имеющими нарушения зрения, специфическая и комплексная, дифференцированная и многосторонняя. Педагогический процесс необходимо строить с учетом возможностей этих детей и их своеобразия, на основе комплексного подхода. При этом необходимо соблюдение специальных педагогических и гигиенических условий для полноценного развития и социализации дошкольника с нарушениями зрения в дошкольном образовательном учреждении.

Литература

1. Баранова М.Л., Макарова Н.В. Справочник руководителя дошкольного общеобразовательного учреждения. Организация психолого-педагогической помощи детям раннего возраста. – Ростов н/Д, 2005.
2. Болдинова О.Г. Социализация детей с нарушением зрения в различных видах дошкольного образовательного учреждения // Валеология. – Ростов н/Д, 2009. – № 1.
3. Вопросы обучения и воспитания слепых и слабовидящих: Сб. науч. трудов/ Под ред. А.Г. Литвака. – Л., 1981.
4. Григорьева Л.П. Психофизиологические исследования зрительных функций нормально видящих и слабовидящих школьников. – М., 1983.

***Дроваль Е.Д., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: член ТСХ России Петрова Л.Е.***

ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

В настоящее время проблеме воспитания и обучения дошкольников с ограниченными возможностями здоровья уделяется значительное внимание – это обусловлено тенденцией к увеличению количества детей с проблемами в развитии, а ведь дошкольный возраст – важнейший период становления личности.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья нуждается в особом подходе. Чтобы эффективно управлять формированием его личности, требуются глубокие знания психологических закономерностей, объясняющих специфику развития ребенка на всех возрастных этапах. Накопленный в последние годы опыт работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, свидетельствует о том, что возможен эффективный путь компенсации дефекта, когда акцент в работе с ребенком делается не на дефект как таковой, а на выявление и развитие его личностных качеств и способностей [2].

По мнению Н.Н. Малофеева, уровень психического развития детей с одним и тем же первичным нарушением может существенно различаться, поскольку биологическое неблагополучие ребенка (нарушение слуха, зрения, центральной нервной системы и др.) служит лишь первичной предпосылкой нарушения – его взаимодействия с окружающим миром. Вызванные первич-

ным нарушением вторичные отклонения в психическом развитии могут быть в значительной степени предупреждены и преодолены посредством обучения – специально организованного и особым образом устроенного [2].

Одним из важнейших средств коррекционной педагогики выступает изобразительное искусство. Развивающая среда, создаваемая воспитателями и учителями, расширяет и уточняет представления детей о предметах и явлениях, которые они могут изобразить в своих рисунках. Приобщение детей к прекрасному открывает перед ними богатство и красоту окружающему миру, способствует развитию потребностей не только в созерцании, но и активном его познании и преобразовании.

В первую очередь необходимо организовать поведение детей. Поэтому, правильно сочетая посильные требования к поведению с показом, использованием речевых форм, поощрением правильных поступков и оценкой неправильных, можно в достаточной мере упорядочить их поведение и постепенно формировать у детей привычку организованного, правильного поведения.

Наиболее понятны первые представления о красоте для детей дошкольного возраста произведения народных промыслов. Ознакомив детей с первоначальными представлениями о народном искусстве, переходят к актуализации их знаний и умений, полученных в процессе знакомства с природой, окружающей действительностью, художественной литературой. Важно вместе с детьми рассматривать произведения живописи, беседовать об основных выразительных средствах (цвет, форма, величина, пространство).

Огромное влияние на детей оказывают сказки, совместный с детьми анализ сказочных ситуаций и характеров героев способствует формированию умений правильного поведения в тех или иных ситуациях. Сказка является одним из важных социально-педагогических средств развития личности. Детям надо помочь получить эстетическое наслаждение, читая сказки. Содержание сказок вызывает интерес детей, в них можно найти полный перечень человеческих проблем и способы их решения.

Фотография также может выступать средством коррекционного воздействия на ребенка с ограниченными возможностями здоровья, так как дети любят смотреть на себя со стороны, узнавать близких, посещенные места.

Большой интерес вызывает рисование с использованием нетрадиционных приемов, где дети рисуют пальчиком, ладошкой, мятой бумагой и другими способами. Такие занятия вызывают у ребенка положительные эмоции. Помимо собственно коррекционной работы, при использовании различных способов рисования осуществляется развитие чувственно-двигательной координации. Поэтому рисование нетрадиционными способами широко используют для снятия психического напряжения, стрессовых состояний, при коррекции неврозов, страхов у детей дошкольного возраста.

Основой развития каждого человека является двигательная активность. Совершение точных движений мелкими мышцами рук, умение координировать движения – это навыки мелкой моторики, составляющие основу де-

тельности человека. Точные движения органов артикуляции закладывают фундамент устной речи, а движения глаз являются неотъемлемой частью зрительного обследования.

В своей работе воспитатели коррекционной педагогики и психологии используют различные методики, упражнения и игры для развития мелкой моторики детей: лепка из глины и пластилина, рисование или раскрашивание, изготовление поделок из бумаги или природного материала, застёгивание и расстёгивание пуговиц, кнопок, крючков; завязывание и развязывание лент, шнурков, узлов на верёвке, нанизывание бус и пуговиц – каждое такое движение оказывает огромное влияние на развитие мелкой моторики рук ребенка.

Таким образом, можно уверенно сказать, что разнообразие видов занятий и техник способствует овладению детьми способами изображения, доставляет им истинную радость, они смело берутся за художественные материалы и готовы многократно повторить эти действия. Своевременная организация коррекционного воздействия является основным фактором, обуславливающим успешную социальную адаптацию и реабилитацию проблемного ребенка.

Литература

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М., 2003.

2. Малофеев Н. Н. Специальное образование в меняющемся мире. Россия: учеб. пособие для студентов пед. вузов. – М., 2010.

***Егорова Т.С., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст. преподаватель Болдинова О.Г.***

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЛУБОКИМИ ЗРИТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

На протяжении многих веков в обыденном сознании складывалось представление о слепом как о личности глубоко ущербной, неполноценной. Слепым приписывали разнообразные отрицательные личностные свойства: дурные привычки, отсутствие духовных интересов, наличие отрицательных моральных (эгоизм, отсутствие чувства долга, товарищества) и волевых (внушаемость, негативизм) черт характера, религиозно-мистическое мировоззрение и т.д. Все эти особенности рассматривались как прямое следствие нарушений зрения. В результате слепого представляли как человека абсолютно иного рода, нежели зрячего, а возможности компенсации дефекта развития и совершенствования его личности считали крайне ограниченными [3].

Нарушения зрения в дошкольном возрасте весьма разнообразны по клиническим формам, этиологии, патогенезу, степени выраженности дефекта

и структуре нарушенных функций. Основной контингент детских садов специального назначения составляют дети с амблиопией и косоглазием. Нередки и такие формы зрительной недостаточности, как близорукость, дальнозоркость, близорукый и дальнозоркий астигматизм.

У преобладающего большинства дошкольников 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. Характерная особенность детей с глубокими зрительными нарушениями – вторичные отклонения в психическом и физическом развитии [1].

Проблема индивидуального подхода к детям с глубокими зрительными нарушениями зрения в настоящее время достаточно широко представлена в работах зарубежных и отечественных авторов, занимающихся этой проблемой. Важным условием качественного обучения, воспитания и развития детей с глубокими зрительными нарушениями является индивидуальный логопедический подход. В связи с этим надо точно понимать особенности зрительных возможностей ребенка и их учет во всех видах логопедического, психолого-педагогического, медицинского и семейного сопровождения.

Процесс воспитания детей дошкольного возраста с глубокими зрительными нарушениями осуществляются всесторонне как развитие и коррекция дефектов психического и физического развития. Так, например, изучение сенсорного развития детей с нарушением зрения имеет существенное значение для разрешения ряда конкретных проблем специальной коррекционной педагогики и для обоснования системы обучения и воспитания [1].

Проблеме индивидуализации и дифференциации процесса обучения посвящен ряд педагогических работ И.Э. Унт, А.А. Кирсанова, Г.Ф. Суворовой, С.Д. Шевченко и других авторов. Индивидуализация обучения является одним из основных принципов в организации учебно-воспитательного процесса в любом типе образовательного учреждения (Ю.К. Бабанский, М.И. Кондаков). Однако полноценные результаты обучения могут быть получены только на основании индивидуального обращения к личности детей, гуманистического по своей сути. Такие способы индивидуальной коммуникации разрабатывались как зарубежными (Х. Джинотта, Я. Корчак, А. Маслоу, У. Перки), так и отечественными (В.А. Сухомлинский, Л.А. Петровская, А.С. Спиваковская) психологами и педагогами.

В психологическом словаре индивидуальный подход – рассматривается как психолого-педагогический принцип, в котором постулируется важность для обучения и воспитания учета индивидуальных особенностей каждого ребенка [3].

Принцип индивидуального подхода в обучении детей с глубокими зрительными нарушениями предполагает всестороннее изучение каждого ребенка, выявление причин, характера и тяжести дефекта, времени его возникновения, особенностей психического и физического развития, интересов, наклонностей и

способностей к учению. Этот принцип является одним из условий качественного обучения детей с глубокими нарушениями зрения, так как он включает в себя, помимо всего вышеперечисленного, точное понимание специалистами особенностей зрительных возможностей каждого такого ребенка и учет этих возможностей в течение всего процесса обучения, а также во всех ее видах [2].

Индивидуализация предусматривает создание всех необходимых условий для того, чтобы обучение, развитие и коррекция не замыкалось, не задерживалось на уже сформированном интеллектуальном уровне ребенка, а вызывало те интеллектуальные свойства, которые еще отсутствуют, но для их развития имеются необходимые предпосылки, тогда оно пробуждает и вызывает к жизни целый ряд функций, находящихся в стадии созревания, лежащих в “зоне ближайшего развития” (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, М.В. Зверева).

Советские психологи Л.С. Выготский, А.В. Запорожец и ряд зарубежных авторов подчеркивают, как важно не только обогащать детей-дошкольников знаниями и опытом, но и развивать их психические процессы и функции. Применительно к детям со зрительной недостаточностью указание на необходимость целенаправленного умственного и физического развития, начатого с самого раннего возраста, приобретает особое значение. Еще И.М. Сеченов показал, что в процессе интеллектуального развития наряду с вычленением отдельных признаков и качеств предметов, характеризующих их строение, форму, цвет, пространственные отношения, возникает целостное предметное мышление, связанное с формированием обобщенных образов. В соответствии с этим положением зрительно-сенсорное развитие в условиях специально направленного обучения включает формирование таких синтетических представлений о предметах и явлениях, которые базируются на анализе их разнообразных свойств и отношений и предполагают систематизацию чувственного опыта. В ходе подобной работы ребенок сопоставляет чувственный образ, непосредственно возникший в процессе восприятия предмета, с приближенным к нему эталонным образом, содержащимся в его опыте и хранящимся в памяти. Извлеченные из памяти «мерки», «приметы», как называл их И.М. Сеченов, при восприятии предмета используются для воссоздания его обобщенного, синтетического образа. Огромную роль при этом играет речь ребенка [4].

Нарушение зрения обуславливает весь ход психофизического и социального развития детей с глубокими нарушениями зрения. В дефектологии уже сложилось учение о первичном дефекте и вторичных отклонениях у детей с нарушением в развитии.

Первичный дефект – нарушение зрения в первую очередь предопределяет успешность развития весьма тесно связанной с ним психической функции – зрительного восприятия, которое по Л.С. Выготскому называется вторичным дефектом. В дальнейшем в специальной психологии и педагогике вторичный дефект чаще стали обозначать как вторичные отклонения, которые проявляются в становлении всех психических функций ребенка, причем специфичность их недоразвитости уменьшается по мере отдаления от

первичного дефекта – нарушения зрения. Важнейшим фактором возникновения вторичных отклонений является фактор социальной депривации – лишение возможности полноценного общения с окружающим миром. При отсутствии специально организованных условий психолого-педагогической коррекции недостатков зрительной ориентации наблюдаются вторичные отклонения в развитии познавательной, эмоциональной и личностной сфер ребенка с патологией зрения. Поэтому чем раньше выявлен первичный дефект – нарушение зрения, тем эффективнее будет коррекционная психолого-педагогическая помощь, которая в этом случае будет носить предупреждающий характер, позволяющий снять трудности социальной адаптации и интеграции, так как ранняя психолого-педагогическая коррекция во многом улучшает прогноз формирования личности и ее социализации.

Как известно, зрение играет важную роль при ориентации человека в окружающей действительности и осуществлении многих сторон его жизнедеятельности. В связи с этим знание особенностей нарушения зрения позволяет понять, какие трудности могут возникать при тех или иных глазных заболеваниях [4].

Все сказанное позволяет сформулировать принцип, определяющий построение и реализацию образовательно-воспитательной работы в детских садах для детей со зрительной недостаточностью, который предполагает учет как возрастных особенностей этих детей, общих и для их нормально видящих сверстников, так и специфических особенностей развития. В связи с этим в дошкольных учреждениях специального назначения для детей с нарушениями зрения, наряду с общими должны решаться и специальные задачи.

Литература

1. Болдинова О.Г. Педагогические условия социализации детей с нарушениями зрения в условиях дошкольного образовательного учреждения // Известия Южного Федерального университета. Педагогические науки // Научно-педагогический журнал. – 2008. – № 9.
2. Плаксина Л.И. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения: Учеб. пособие. – М., 1999.
3. Подколзина Е. Н. Пространственная ориентировка дошкольников с нарушением зрения. – М., 2009.
4. Тинькова Е.Л., Козловская Г.Ю. Анатомо-физиологические и нейропсихологические основы обучения и воспитания детей с нарушениями зрения: Учебное пособие. – Ставрополь, 2009.

***Зайцева А.А., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ассистент Климкина Е.А.***

ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ СЛЕПОГО РЕБЕНКА

В настоящее время существуют различные учреждения для обучения и воспитания слепых детей дошкольного возраста: открываются группы

в ДОО, специальные школы-интернаты, но важное место занимает семейное воспитание.

Особенностью семейного воспитания является эмоциональный контакт детей с родителями, самыми близкими и дорогими для детей людьми. Это дает возможность родителям подготовить своего ребенка к дальнейшему обучению со сверстниками и наладить внутрисемейные отношения. К сожалению, правильно организовать семейное воспитание слепого дошкольника до сих пор могут лишь немногие родители. Это обстоятельство объясняется особенностями отношения родителей к ребенку с нарушениями в развитии [5].

Психолог Л.С. Выготский говорил, что положение в семье ребенка, имеющего нарушения в развитии, совсем особое не только потому, что у него отсутствует зрение, слух и т. д., а потому, что родители видят в нем обиженного и вследствие этого проявляют к нему чрезмерную любовь. Такой ребенок занимает в семье исключительное положение. Он становится объектом, к которому подходят с иными педагогическими требованиями, чем к нормально развивающемуся или нормально слышащему. Требования к ребенку снижаются, в результате чего родители или стараются выполнить за него все необходимое, беря на себя все обязанности ребенка, или, не понимая поведения ребенка, не зная возможностей развития, оставляют его совершенно без внимания [8].

Незнание возможностей развития детей с различной патологией развития вызывает вторую, весьма распространенную ошибку семейного воспитания слепых детей: ограничение их общения с нормально развивающимися сверстниками.

Тифлопедагогика показала, что развитие слепого ребенка ни чем не отличается от развития зрячего ребенка. Слепые дети так же испытывают потребность в движении, общении со сверстниками и деятельности. Он так же желает быть задействованным в различных играх, сказочных постановках. Это должно стать основой при воспитании ребенка в семье [3,8].

Многие родители слепых детей допускают большую ошибку, когда ограничивают в самостоятельной деятельности своего ребенка, ограничивают его сферу деятельности и стараются все выполнять за него. Это способствует деформации личности ребенка, дети вырастают пассивными, не способными к активной творческой деятельности [1].

Для избегания этого Солнцева Л.И. рекомендует разрешать слепому ребенку дошкольного возраста самостоятельно ходить и бегать. Когда ребенок только начинает обследовать пространство вокруг себя, следует убирать с его пути посторонние предметы, наткнувшись на которые он мог бы себя травмировать. Чтобы ребенку было лучше привыкать ориентироваться в своей комнате, не следует менять расположение мебели. Постепенно ребенок привыкнет к определенному месту каждой вещи, и он начнет быстрее ориентироваться в своей комнате. Родители не должны разрешать себе и ребенку класть вещи, которыми он привык пользоваться, в разные места. Каждая вещь должна иметь строго определенное место в комнате, иначе слепому ребенку

будет сложно научиться самостоятельно себя обслуживать, самостоятельно играть или навыки самообслуживания вовсе не сформируются [7].

Кондратов А.М. пишет, что не следует водить слепого ребенка постоянно за руку, необходимо учить его самостоятельно находить дорогу в кухню, в коридор, в туалет, в свою комнату. Родители должны обращать его внимание на признаки, по которым он сам сможет отыскать то, что ему нужно, используя лишь обонятельные признаки, например, запах еды с кухни, осязательные признаки, например, до туалетной комнаты следует положить коврик, который ребенок ощущает ногами и слуховые – журчание воды в водопроводном кране, можно довольно быстро научить слепого ориентироваться в знакомом помещении [4].

Для развития общей моторики в целом хорошо подходит велосипед. Ребенок может кататься в специально отведенных для этого местах. Самым главным в этот период является воспитание у слепых детей стремления к движению. Ограничение в движении слепого ребенка дошкольного возраста приводит к тому, что у него не развивается вся двигательная сфера, особенно руки, а ведь они являются основным орудием познания слепого, могут появиться навязчивые стереотипные движения.

В дошкольном возрасте ребенок начинает накапливать первоначальные знания об окружающем его мире, усваивает родной язык, развиваются все психические процессы, умственные способности. Однако накопление представлений и знаний у слепого ребенка затруднено вследствие нарушения зрительного анализатора. Поэтому особой задачей воспитания родителей становится ознакомление своего ребенка с предметным миром посредством осязания, а при наличии остаточного зрения и посредством зрения (Л.И. Солнцева, С. В. Сташевский, С. М. Хорош). Необходимо научить ребенка правильно обследовать предметы, выработать у него стремление и желание к познанию мира, не бояться незнакомых предметов. Для этого родители должны совершать совместные прогулки с друзьями, экскурсии, выезды со своей семьей за город. Очень важно, родителям перестать стесняться дефекта своего ребенка, останавливались у каждого незнакомого для ребенка предмета и давали ему возможность его обследовать, направляли руки, указывая существенные и характерные признаки и отличая предметов [7].

Денискина В.З. рекомендует с раннего детства приучать слепого ребенка дошкольного возраста к самостоятельности в самообслуживании – научить его одеваться, обуваться и обратно. Так же очень важной задачей в воспитании слепого ребенка является развитие его рук. Ведь в будущем рукой он будет читать и писать. Она должна быть физически крепкой, способной к нежным и легким, в тоже время быстрым движениям. Для этого необходимо предлагать ребенку застегивать и расстегивать пуговицы, определять по осязанию лицевую и изнаночную сторону одежды. Все это подготавливает его руку к восприятию шрифта Брайля [3].

Для упражнения в осязании со слепыми детьми Л.П. Григорьева, С.В. С-ташевский проводят различные игры. Например, игра «Чудесный мешочек». В мешочек кладутся мелкие игрушки и различные предметы. Взяв в руку предмет, ребенок должен отгадать, что у него в руке. Обыгрывайте каждую игру так, чтобы она была интересна вашему ребенку, привлекала и зрячих товарищей ваших детей [2].

На важность музыкального воспитания слепых детей обращает внимание Гольденберг А.М. По его мнению, это является одним из главных средств эстетического восприятия и воспитания слепого ребенка. Всевозможные детские музыкальные утренники, передачи по радио и телевидению, магнитофонные записи детских песен, пьес позволяют родителям научить детей лучше понимать мир музыки, научить прислушиваться к ритму жизни, понимать и слышать природу. Необходимо учить ребенка подражать различным неречевым звукам (как лает собачка, как мяукает кошка, как капает вода, как едет машина и т. д.) [1].

Речь для слепого ребенка является не только средством общения, она так же постепенно начинает выполнять и регулирующую функцию. Это значит, что слово взрослого начинает регулировать поведение ребенка. Словами регуляторами поведения ребенка становятся слова “можно”, “нельзя”, глаголы в форме повелительного наклонения типа “ешь”, “иди” и т. д. (Лубовский В. И.).

Для развития речи и мышления ребенка полезны поручения, выполнение которых требует понимания различных предлогов. Например: положить игрушку на диван, под стол, возле коробочки, в корзинку, на ящик; вынуть игрушку из коробочки и т. д. Вначале надо направлять руки ребенка или даже брать его руки в свои. Ребенка надо учить прятать игрушку или небольшой предмет под перевернутую коробочку и искать спрятанное. Для того чтобы ребенок убедился, что предмет пропал, его руками надо провести по столу и коробочке, произнося: “Где игрушка? Спряталась!” Затем его можно научить приподнимать коробочку и доставать игрушку из-под нее [6].

Важную роль в развитии речи ребенка играют потешки, стихи, сказки. Слушая и повторяя за взрослым слова песен или простого по структуре стихотворения, предназначенного для маленьких слушателей, ребенок учится правильному произношению слов, учится подчинять свою речь ритму стихотворения, обогащать свой активный и пассивный словарь (Гольденберг - А.М., Лубовский В. И.). При этом у ребенка развиваются внимание и память, необходимые при прослушивании и самостоятельном повторении прослушанного. Вначале ребенок повторяет за взрослым лишь отдельные слова, и здесь еще рано говорить о понимании им содержания всего произведения и даже отдельных слов. Это понимание придет позже [1].

При выборе литературных произведений необходимо обращать особое внимание на те, которые требуют выполнения определенных действий при произнесении тех или иных слов. Например, при прочтении стихотворения А. Барто “Идет бычок, качается”, взрослый одновременно учит ребенка показывать, как он кивает головой, как качается бычок.

Основой семейного воспитания слепых детей дошкольного возраста, является подготовка развития познавательных способностей и личности ребенка в целом. Для укрепления родительской любви к ребенку с нарушениями в развитии необходимо забыть относиться к нему как к обычному ребенку, играть с ним в различные игры. Игры способствуют пониманию свойств и назначения предметов, расширяют кругозор ребенка и учат доверять окружающему миру.

Для полноценного развития слепого ребенка дошкольного возраста следует так же обратиться к специалистам в области тифлопедагогики, психофизиологии, психологии и офтальмологии.

Литература

1. Гольденберг А.М. Роль музыкального воспитания в школе слепых детей. – М. 1963.
2. Григорьева Л. П., С. В. Сташевский основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения Учебно-методическое пособие. – М., 1990.
3. Денискина В.З. Особенности обучения социально-бытовой ориентировке детей с нарушением зрения. – Уфа, 2004.
4. Кондратов А.М. Сделай первым шаг. – М., 1990.
5. Литвак А. Г., Сорокин В. М., Головина Т. П. Практикум по тифлопсихологии. – М., 1989.
6. Лубовский В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей. – М., 1978.
7. Солнцева Л.И. О некоторых особенностях восприятия окружающего мира слепыми детьми дошкольного возраста. – М.: «Специальная школа», 1967.
8. Солнцева Л.И., С.М. Хорош. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. – М., 1983.

***Зеленева Л.В., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО “НГПУ” Институт детства***

Научный руководитель: ст. преподаватель Одинокова Н.А.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ И ЗРЕНИЯ

В дошкольный период закладывается фундамент здоровья и полноценного физического развития. У детей с нарушением речи и зрения вследствие систематического дефицита движений, снижаются все жизненно важные функции организма, ухудшается функциональное состояние физиологических систем, нарушается состояние опорно-двигательного аппарата, зрительных функций, понижается работоспособность [3].

Патология зрительного восприятия отрицательно влияет на психическое развитие детей дошкольного возраста. У детей сокращается или полностью выпадает зрительные ощущения и восприятия, соответственно уменьшает-

ся количество представлений, которые ограничивают возможности формирования образов окружающей действительности [7, с. 28-30].

Дети с нарушением речи и зрения характеризуются меньшей подвижностью по сравнению с нормально видящими сверстниками; нечеткостью координации движений; снижением темпа их выполнения, ловкости, ритмичности [8]. Дети испытывают трудности при ориентировке в пространстве, выполнении упражнений на равновесие. У дошкольников с нарушением зрения осложнено формирование понятий об основных движениях, что снижает двигательную активность, сдерживает развитие естественных потребностей [5, с. 29-31].

Для правильной организации физического развития детей с нарушением речи и зрения необходимо правильно оценивать состояние здоровья и знать особенности психофизического развития детей.

Анализ содержания современных программ для дошкольных учреждений по физическому развитию детей позволяет сделать выводы о том, что, несмотря на различия в концепциях, подходах, методах и средствах решения проблемы физического развития детей дошкольного возраста, в содержании каждой программы авторами проблема полноценного физического развития детей признается приоритетной и ей уделяется первостепенное значение. Программы предлагают быть активными в работе не только педагогов, но и самих детей, родителей [4, с. 76-87].

Можно выделить общие задачи физического развития детей дошкольного возраста с нарушением речи и зрения:

1. Научить определять свое состояние и ощущения.
2. Сформировать активную жизненную позицию.
3. Сформировать представления о своем теле, организме.
4. Учить укреплять и сохранять свое здоровье.
5. Понимать необходимость и роль движений в физическом развитии.
6. Обучать правилам безопасности при выполнении физических упражнений и различных видов деятельности.
8. Формировать представления о том, что полезно и, что вредно для организма.

Любые двигательные навыки статического или динамического характера требуют учета биологических закономерностей двигательного поведения. К их числу ученые относят потребность ребенка в движениях, двигательную активность. Активность тесно связана с образовательно-воспитательной работой дошкольного учреждения, состоянием ребенка: утомление, тип нервной системы и в нашем случае, с нарушением зрительного анализатора.

Главным методом, используемым в работе по физическому развитию с дошкольниками с нарушением речи и зрения, являются общефизические развивающие упражнения [2].

Общеразвивающие упражнения – это специально разработанные движения рук, ног, туловища, шеи и других частей тела, глаз, которые могут вы-

полняться с разным мышечным напряжением, разной скоростью и амплитудой, в разном ритме и темпе, с предметами и без [2].

Общеразвивающие упражнения занимают значительное место в общей системе физического воспитания и системе коррекционного развития детей с нарушением речи и зрения. Они необходимы для своевременного развития организма, сознательного управления движениями, являются средством оздоровления, укрепления организма [1].

Общеразвивающие упражнения в детском саду используются на физкультурных занятиях, утренней гимнастики, во время физкультминуток и зрительной гимнастики, на детских праздниках, так же на занятиях с логопедом [6].

Общеразвивающие упражнения могут быть с предметами и без них, выполняться под счет педагога, под бубен или под музыку, с проговариванием речевок, стихотворений и прочее, что широко используется в работе логопедом.

Во время выполнения общеразвивающих упражнений происходит развитие двигательных, психических качеств ребенка, они подготавливают его к овладению сложными действиями, навыками ориентировки, формируют осанку. Также общеразвивающие упражнения способствуют повышению работоспособности организма, укреплению и сохранению здоровья, коррекции двигательных нарушений и недостатков физического развития.

В процессе выполнения общеразвивающих упражнений у детей развивается точность восприятий и представлений, а также вырабатывается умение сознательно управлять своими движениями. В результате систематического повторения общеразвивающих упражнений создается своеобразный фонд двигательного опыта двигательных качеств и способностей, мышечной памяти, так необходимых как в жизненной практике, так и для формирования сложных пространственных представлений и зрительного восприятия.

Музыкальное сопровождение упражнений вызывает у детей положительные эмоции, усиливает физиологические процессы в организме, а также способствует развитию ритмичности, пластичности, плавности, выразительности, грациозности движений.

Таким образом, нарушения в психофизическом развитии детей с патологией речи и зрения, приводят к серьезным проблемам адаптации этих детей в окружающем мире. Но, несмотря на все первичные и вторичные отклонения, перед нами взрослыми, стоит задача всестороннего, гармонического воспитания и обучения дошкольника, подготовке его к жизни в обществе, социуме, закладке основы его будущей взрослой жизни наравне со всеми и немаловажную роль в этом играет физическое воспитание [9].

Вот почему так важно выстроить эффективную систему работы по физическому развитию дошкольников с нарушением речи и зрения.

Литература

1. Аксенова Л.И., Архипов Б.А., Белякова Л.И. и др. Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Назаровой. – М, 2009.

2. Вильчковский Э.С. Физическое воспитание дошкольников в семье. – Киев, 2003.
3. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб. 2003.
4. Григорьева Г.В. Особенности владения невербальными средствами общения дошкольниками с нарушениями зрения // Дефектология. – 2008. – № 5.
5. Как помочь слепому малышу: Рекомендации для семьи, имеющей ребенка с дефектами зрения / Рекомендации подгот. Всемир. орг. здравоохранения. Женева, 1989 г. // Социальное обеспечение. – 2009. – № 4.
6. Каплан А.И., Морозова Н.Г. Если ребенок плохо видит. – М., 1969.
7. Ковалева Л.П. Новые направления в организации работы по развитию зрительного восприятия в детском саду, для детей с нарушением зрения // Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушением зрения: Материалы Междунар. науч.-пед. конф. тифлопедагогов и незрячих учителей, посвящ. 200-летию РГПУ им. А.И. Герцена. – М., 2008.
8. Лаптев А.К. Управление физическим развитием. – М., 2003.
9. Маленкова Л.И. Теория и методика воспитания. – М., 2010.

*Золотарева Ж.Э., г. Москва, ГБОУ ВПО МГПУ
Научный руководитель: к.пед.н., доцент Бачина О.В.*

РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОГРАММ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

При работе над курсовыми и будущей дипломной работой мы изучали сущность и значение кохлеарной имплантации (КИ) для людей с большой потерей слуха, анализируя исследования отечественных и зарубежных ученых.

Отметили, что если у человека повреждена большая часть рецепторов улитки (волосковых клеток), то даже самые мощные современные слуховые аппараты (СА) ему не помогают. Кохлеарная имплантация (КИ) по существу является разновидностью слухопротезирования. Однако КИ не просто усиливает звук, как слуховой аппарат, он заменяет волосковые клетки внутреннего уха и передает звуковую и речевую информацию с помощью слабых электрических разрядов прямо слуховому нерву. Кохлеарная имплантация – это комплексная система мероприятий, направленная на полноценную социальную адаптацию детей и взрослых с глубокой потерей слуха.

И.В. Королева выделяет такие составляющие кохлеарной имплантации, как: предоперационное диагностическое обследование и отбор пациентов; хирургическую операцию; послеоперационную слухоречевую реабилитацию пациентов с КИ [2, с. 64-66].

Последняя составляющая является наиболее важным и длительным этапом, основные задачи которого состоят в подключении речевого процессо-

ра и педагогической работе с имплантированным в разных направлениях, в том числе и по подготовке его к общению в обществе слышащих.

Работая с различными литературными источниками, мы выделили различия в развитии глухих детей с КИ и с индивидуальными слуховыми аппаратами (ИСА).

В целом, развитие глухого ребенка младшего возраста с кохлеарными имплантатами сходно с развитием слабослышащих детей, эффективно использующих слуховой аппарат. Но есть и существенные отличия, которые определяют особенности реабилитации детей с КИ и в соответствии с этим необходимость разработки индивидуально-ориентированных программ. После включения и настройки процессора КИ пороги слуха ребенка составляют 25-40 дБ и, значит, соответствуют I-ой степени тугоухости. В первый месяц использования КИ ребенок по уровню развития понимания речи и собственной речи соответствует глухому ребенку.

Ребенок с КИ неожиданно и практически одновременно начинает слышать разные звуки, но они первое время не несут для него смысла и сливаются в один шумовой поток. Малыш достаточно быстро может научиться связывать звучание отдельных звуков и слов с предметами или действиями, но понять речь не может, потому что слишком мало в его памяти информации о значении слов, правилах их изменения и соединения в предложении.

После включения процессора КИ требуется 2-3 мес. целенаправленной ежедневной работы родителей по привлечению внимания и вызывания интереса ребенка к окружающим звукам, чтобы такой ребенок начал сам (спонтанно) реагировать на разные звуки, узнавать некоторые из них.

И только после этой работы речевое развитие глухого ребенка с КИ действительно отличается от такового у глухого ребенка с СА. У ребенка с КИ происходит быстрое спонтанное развитие слуховых навыков, а впоследствии понимания речи и собственной речи, что не характерно для глухих детей с СА.

При правильной абилитации дети, имплантированные до 2-х лет, а при раннем слухопротезировании и в более старшем возрасте, имеют реальный шанс догнать по развитию нормально слышащих детей, чего мы в полной мере не можем сказать о детях, использующих слуховые аппараты [2, с. 291].

В результате проведенной работы мы убедились в необходимости оказания коррекционной помощи детям, перенесшим операцию по кохлеарной имплантации, и выделили основные проблемы обучения и воспитания детей после КИ. На сегодняшний момент можно определить следующие: правильный выбор типа учреждения для направления детей после операции; время перевода ребенка после операции в массовое учреждение – сразу же или позже; недостаточно полная осведомленность родителей детей с нарушенным слухом о КИ, её специфике, последствиях и особенностях послеоперационной реабилитации: многие родители думают, что сразу же после операции ребенок будет слышать и говорить; серьезная мотивация и отно-

шение родителей имплантированных детей к проведению регулярных консультаций и занятий (при необходимости) со специалистами [4, с. 16-19].

С помощью КИ практически все глухие люди слышат тихие звуки, однако далеко не все из них могут понимать при этом речь. Перспективность использования КИ, то есть то, как будет данный пациент воспринимать окружающие звуки и речь с КИ, насколько КИ улучшит его качество жизни, в существенной мере определяет целесообразность проведения кохлеарной имплантации.

Считаем целесообразным и необходимым учитывать вышеперечисленные основные проблемы обучения и воспитания детей после кохлеарной имплантации при разработке индивидуально-ориентированных программ реабилитации детей с КИ

Также нами были выделены факторы, благоприятные для слухоречевой реабилитации детей с КИ младшего школьного возраста.

С точки зрения эффективности использования КИ и длительности слухоречевой реабилитации кандидаты на кохлеарную имплантацию делятся на 2 основные группы: постлингвальные (позднооглохшие) пациенты (ПЛП), потерявшие слух после овладения речью, большинство из которых обучаются хорошо понимать речь с помощью КИ за 1-3 мес. и ранооглохшие (долингвальные) пациенты (ДЛП), потерявшие слух до овладения речью.

Общими факторами, положительно влияющими на эффективность использования КИ для восприятия речи, у всех ранооглохших пациентов являются: ранний возраст имплантации (чем раньше проведена имплантация, тем лучше результаты); наличие слухового опыта (потеря слуха после 1,5–3-х лет, прогрессирующее снижение слуха, раннее слухопротезирование и постоянное использование СА); отсутствие аномалий в строении улитки и слухового нерва; отсутствие сопутствующих нарушений интеллекта, внимания, памяти, специфических речевых расстройств; сформированность (в зависимости от возраста) коммуникативных и познавательных навыков, устной речи, чтения и других умений, важных для развития слухоречевого восприятия и собственной речи; наличие условий для длительной слухоречевой реабилитации, прежде всего активное участие родителей и близких в развитии ребенка; наличие мотивации к использованию слуха и систематическим занятиям по его развитию (для детей старшего возраста и взрослых) [3, с. 25-30].

Экспериментальную часть нашей будущей дипломной работы мы планируем посвятить разработке индивидуально-ориентированной программы по реабилитации детей с КИ дошкольного возраста. Эта часть нашей работы будет включать психолого-педагогическую характеристику детей (в состоянии после КИ), саму индивидуально-ориентированную программу реабилитации ребёнка после КИ и результаты её апробирования.

Главная цель составления индивидуально-ориентированной программы – разработка содержания коррекционной работы с ребенком, направленной на формирование возрастных психологических новообразований и становление всех видов детской деятельности, а также полноценную социальную адаптацию.

Индивидуальная программа, на наш взгляд, представляет собой комплекс взаимосвязанных направлений работы с ребенком и с его родителями.

При составлении индивидуальной программы необходимо четко представлять ее структуру. Предварительно, нам видится три её основные части. В первой части даются общие рекомендации к проведению занятий с ребенком; вторая часть раскрывает содержание коррекционной работы с ним; третья часть посвящена работе с родителями.

При определении целей и задач индивидуально-ориентированной программы нельзя ограничиваться лишь актуальными на сегодняшний день проблемами и трудностями развития ребенка, необходимо исходить из ближайшего прогноза развития. Любая индивидуальная программа должна быть направлена не просто на коррекцию отклонений в развитии и их предупреждение, но и на создание благоприятных условий для полной реализации потенциальных возможностей гармонического развития личности.

В первой части программы также могут уточняться педагогические условия проведения занятий с ребенком.

Во второй части программы разъясняются доступные ребенку способы усвоения и передачи общественного опыта. В этой части излагаются направления, задачи коррекционно-педагогической работы с ребенком, которые выстраиваются по направлениям, отражающим основные линии развития детей: социальную, физическую и познавательную.

А в третьей части индивидуальной программы обучения и воспитания ребенка могут даваться рекомендации для родителей [1, с. 10].

Таким образом, цель нашего будущего эксперимента мы видим в разработке, адаптации и апробации индивидуально-ориентированной программы реабилитации ребёнка после КИ.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что наличие индивидуально-ориентированной программы у ребёнка после КИ позволит проводить реабилитационный процесс более эффективно и в максимально сжатые сроки.

Эффективность экспериментальной разработки будет оцениваться путем анализа признаков в изменении состояния имплантированных детей (ребёнка), а фиксировать полученные результаты мы планируем в протоколах наблюдений и в индивидуальных карточках наших воспитанников.

Литература

1. Закрепина А.В., Браткова М.В. Разработка индивидуальной программы коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии//Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2008. – №2.
2. Королева И. В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых. – СПб., 2009.
3. Королева И. В. Факторы, благоприятные для слухоречевой реабилитации после кохлеарной имплантации у детей младшего возраста// Новости оторинолар. и логопат. – 2002. -№2.

4. Сошникова Н.Г. О проблемах обучения и воспитания детей после кохлеарной имплантации// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – №3.

*Каратаева Н.А., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО “НГПУ” Институт детства
Научный руководитель: к.псих.н., доцент Быкова В.П.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРОИЗНОШЕНИЯ СЛОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ

Речь – неотъемлемая часть социального бытия людей, необходимое условие существования человеческого общества, форма общения людей, опосредствованная языком. Речь используется в процессе совместной трудовой деятельности для согласования усилий, планирования работы, проверки и оценки ее результатов, помогает в познании окружающего мира. Благодаря ней человек приобретает, усваивает знания и передает их. Речь – средство воздействия на сознание, выработки мировоззрения, норм поведения, формирования вкусов, удовлетворения потребностей в общении.

В последнее время в процессе педагогической практики все чаще встречаются дети с нарушением речи. Тщательное педагогическое обследование и наблюдение выявляют у них ряд специфических нарушений, что позволяет сделать вывод о наличии органических поражений центральной нервной системы.

Стертая дизартрия – речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга (Л.В. Лопатина) [1].

Формирование произносительной стороны речи – сложный процесс, в ходе которого ребенок учится воспринимать обращенную к нему звучащую речь и управлять своими органами для ее воспроизводства. Произносительная сторона, как и вся речь, формируется у ребенка в процессе коммуникации, поэтому ограничение речевого общения приводит к тому, что произношение формируется с задержкой.

Нарушения голоса оказывают существенное влияние на формирование коммуникативной функции речи, так как снижаются её разборчивость и внятность, вызывают затруднения у окружающих в её восприятии, а у самого ребёнка патологические изменения голоса нередко сопровождаются вторичными психологическими отклонениями.

Многие исследователи подчёркивают роль голоса в передаче интонации, которая определяет смысловую и эмоциональную стороны высказывания,

отражает сложные оттенки сознания (Е.С. Алмазова, Л.И. Белякова, Е.В. Лаврова, О.С. Орлова, Г.В. Чиркина и др.).

«Основной вид деятельности детей дошкольного возраста – игра, в процессе которой развиваются духовные и физические силы ребенка: его внимание, память, воображение, дисциплинированность, ловкость и т. д. Кроме того, игра – это своеобразный, свойственный дошкольному возрасту способ усвоения общественного опыта» – отмечает Д.В. Менджерицкая [3].

Учитывая, что в дошкольном возрасте ведущей деятельностью является игра, необходимо выбирать методы работы, которые были бы интересны детям, и в то же время положительно влияли на становление правильного произношения у детей дошкольного возраста.

Сюжетно-ролевые игры являются наиболее характерными играми дошкольников и занимают значительное место в их жизни. Отличительной особенностью сюжетно-ролевой игры является то, что ее создают сами дети, а их игровая деятельность носит ярко выраженный самостоятельный и творческий характер. На эту особенность игры указывал К. Д. Ушинский: «...в игре же дитя – зреющий человек, пробует свои силы и самостоятельно распоряжается своими же созданиями» [4].

Игра – вид детской деятельности и, как всякая деятельность, имеет свою структуру. Ей присущи все компоненты структуры деятельности: мотив, цель, планирование, средства реализации, игровые действия, результат. Сюжетно-ролевая игра, являясь творческой, накладывает свою специфику на структурные компоненты. *Т.А. Куликова в сюжетно-ролевой игре выделяет следующие структурные компоненты: сюжет, содержание, роли, игровые действия* [2].

Отмечая исключительное значение игр для детей дошкольного возраста, Н.К. Крупская писала: «...игра для них – учеба, игра для них – труд, игра для них – серьезная форма воспитания. Игра – для дошкольников – способ познания окружающего». Поэтому, по глубокому убеждению Н. К. Крупской, задача педагога – помогать детям в организации игр, объединять их в игре.

Такое же большое значение игре в жизни дошкольника придавал и А.С. - Макаренко: «У ребенка есть страсть к игре, и надо ее удовлетворять. Надо не только дать ему время поиграть, но надо пропитать этой игрой всю его жизнь. Вся его жизнь – эта игра».

Неправильная речь детей и особенности их поведения вольно или невольно отражаются и на их участии в играх. Осознание своего недостатка, возможный страх перед речью затрудняет включение таких детей в игру. По наблюдениям дети, имеющие отклонения в речевом развитии, робки, не умеют поставить перед собой цель в игре. Они чаще выступают в играх зрителями или берут на себя подчиненные роли. В случаях тяжелых речевых нарушений дети просто отказываются от игр со сверстниками. *Поэтому нужно создавать педагогические условия, обеспечивающие поэтапное развитие и совершенствование лексической стороны речи, а также усвоение грамматических категорий.*

Все это указывает на необходимость и своеобразие использования игр в педагогических занятиях с детьми дошкольного возраста с нарушениями речи.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М., 2007.
2. Козлова С.А., Куликова Т.А. Дошкольная педагогика. – М., 2006.
3. Менджерицкая Д. В. Воспитателю о детской игре. – М., 1982.
4. Ушинский К. Д. Собрание сочинений. – М., 1950. – Т. 8.

**Ковригина О.С., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО «НГПУ» Институт детства**

Научный руководитель: ст. преподаватель Одинокова Н.А.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ И ЗРЕНИЯ

Важная роль в системе становления и развития личности ребенка отводится семье. Семья – основная ячейка общества, в которой рождается, формируется, развивается и большую часть времени в течение жизни находится человек. Воспитание детей – главная функция семьи.

В специальной литературе достаточно много работ посвящено проблеме участия родителей в воспитании детей, имеющих различные отклонения в развитии. Значению семейного воспитания детей с речевой патологией посвящены работы Н.С. Жуковой, О.Н. Усановой, Т.Б. Филичевой, М.Ф. Фомичевой, С.Н. Шаховской и др., детей с нарушениями зрения – М.И. Земцовой, Е.Н. Подколзиной, Л.С. Солнцевой, В.А. Феоктистовой, С.М. Хорош и др.

В тоже время практически отсутствуют работы, раскрывающие задачи и особенности деятельности родителей в отношении детей с нарушением речи и зрения. Современная ситуация такова, что особенности семейного воспитания детей с нарушением речи и зрения являются актуальной проблемой, так как в последние годы увеличивается количество детей с различными нарушениями речи и зрения.

В семьях, где у детей есть какие-то нарушения в психофизическом развитии, часто возникает специфическая ситуация, носящая характер личной трагедии родителей. Реакция родителей на рождение ребенка с особенностями психофизического развития сравнивается с реакцией на смерть, так как в обоих случаях нет такого решения, которое исправило бы ситуацию, а единственно возможное решение состоит в принятии неотвратимого [4].

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 психологическое противоречие между созреванием новых отношений в семье и возможностью их осуществления, которое усугубляется в случае единственно возможного ребенка [6].

Как утверждают М.И. Земцова и А.И. Каплан, родители, имеющие ребенка с неполноценным зрением, обычно очень обеспокоены его будущим. Они думают о том, чем можно ему помочь, как его воспитывать. Перед ними встают разные вопросы: следует ли ограничивать самостоятельное чтение ребенка, а также те виды деятельности, которые связаны с участием зрения? Можно ли позволять ему играть в подвижные игры, заниматься спортом? Возможна чрезмерная опека или, наоборот, недостаточное внимание и забота [2; 3].

Развитие ребенка с нарушением речи и зрения происходит на суженной сенсорной сфере. Зрительная депривация тормозит психофизическое развитие ребенка, вносит значительное своеобразие в познавательную деятельность, поведение и общение детей. В силу нарушения деятельности зрительного анализатора у детей проявляется своеобразие речевого развития. Нарушение межанализаторных связей, вызванное зрительным дефектом, влечет за собой искажение системы образов и представлений, определенным образом влияющее на состояние речи. М.В. Жигорева подчеркивает, что в силу нарушения деятельности зрительного анализатора у детей проявляется своеобразие речевого развития, выражающееся в более замедленном темпе ее поэтапного становления, ограничении возможностей подражательной деятельности при котором особенно важна роль зрения, в частности восприятия зрительного образа звука и соответствующего его воспроизведения. У детей накапливаются слова, лишенные конкретного содержания и соответствующего уровня обобщения [1].

Поэтому очень важно, чтобы ребенок с нарушением речи и зрения с самого раннего возраста слышал правильную, отчетливую речь, необходимо создавать условия приобрести такой же жизненный опыт, какой накапливается у нормально видящих детей, возбудить в ребенке любопытство к окружающему миру, научить действовать самостоятельно. Особое значение приобретает предметно-пространственная и речевая среда, а также его социокультурное окружение [7].

Между тем, не всегда родители могут оказать своему ребенку, имеющему нарушения речи и зрения, необходимую психологическую и педагогическую помощь, т.к. не знакомы с особенностями развития, воспитания и обучения таких детей. Как правило, родители действуют интуитивно, и весьма неудачно, в воспитании ребенка. Чаще ограничиваются уходом за ним, не уделяя внимания развитию ребенка. В результате к моменту поступления в школу оказывается, что ребенок не готов к этому ни психологически, ни физически [1].

Многочисленные исследования теории и практики доказывают, что правильное воспитание ребенка в семье имеет большое значение для его общего развития, помогает войти в детский коллектив, способствует успешности в обучении и имеет немаловажное значение для всей последующей жизни.

Л.С. Выготский, Р.Е. Левина, Л.С. Волкова подчеркивают, что при воспитании и обучении детей, обладающих каким-либо недостатком, прежде всего, нужно учитывать их индивидуальные и возрастные особенности. Ибо сохраненные позитивные качества ребенка важнее его физического или сенсорного недостатка [7].

Родителям необходимо учитывать специфические особенности детей, имеющих нарушение речи и зрения, которые определяют трудности их социальной адаптации, реабилитации. Этих детей с самого раннего возраста следует воспитывать и обучать с учетом имеющихся у них осложнений в развитии, вызванных речевой и зрительной депривацией.

Разумная семья всегда старается воздействовать на формирование детской речи, начиная с самых ранних лет жизни. Родители должны следить за тем, как они говорят и что они говорят. Ведь пока ребенок растет, семья для него является примером и большую часть информации он берет именно оттуда [5].

Очень важно правильное отношение родителей к дефекту своего ребенка, понимание его реальных возможностей. Следует предлагать ребенку делать только то, что он в данный момент (на данном этапе своего развития) в состоянии выполнить. Родители должны стать активными участниками игр своего ребенка с нормально развивающимися детьми, направлять и корректировать их поведение, способствовать успешному взаимодействию.

Для ребенка с нарушением речи и зрения необычайно важно эмоциональное общение с родителями, их доброжелательное, ласковое отношение, поощрение и поддержка. Это позволяет ему быть уверенным в себе, чувствовать себя защищенным.

Г.А. Маркова предупреждает, что не должно быть чрезмерной опеки со стороны родителей, выражающейся в предупреждении любого желания ребенка. То чувство вины перед ребенком, которое есть у родителей, может сформировать у них неправильную позицию по отношению к нему. Так, недооценивая возможности своего ребенка, родители подавляют малейшие проявления активности и самостоятельности с его стороны, все делая за него. Приводит это обычно к тому, что ребенок вырастает эгоцентричным, неприспособленным к жизни, полностью зависимым от окружающих. Когда возможности ребенка переоцениваются, родители предъявляют к нему завышенные требования, которые он не в состоянии выполнить. Как и в первом случае, ребенок становится беспомощным даже в самых несложных жизненных ситуациях [8].

В психолого-педагогической литературе широко представлены исследования родительских отношений, стилей воспитания в формировании индивидуальных характерологических особенностей у детей с нормальным и нарушенным развитием С.Я. Рубинштейна, А.Е. Личко, И.И. Мамайчука, Г.В. Пятаковой, А.С. Мартыновой, Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкого, Ю.Н. Шевченко, Е.М. Мастоковой, А.Г. Москвиной, И.Ю. Левченко, В.В. Ткачевой и др.

Э.Г. Эйдемиллер, рассматривая классификацию типов нарушения семейного воспитания, пишет, что родители должны понять, что, в отличие от нор-

мально видящих сверстников, ребенок с нарушением зрения не может овладеть многими навыками спонтанно, т.е. самостоятельно, без участия взрослых. Так, нормально развивающийся малыш, наблюдая за действиями взрослых (мамы, папы, бабушки и др.), за играми старших детей, начинает подражать им, делать также. Ребенок же с низкой остротой зрения, в силу искаженного зрительного восприятия окружающего, не имеет возможности увидеть все четко, в полном объеме, со всеми деталями. Его возможности в подражании резко ограничены, а у слепого ребенка их нет вовсе. Поэтому, чтобы научить маленького ребенка со зрительной патологией играть с какой-то игрушкой, родителям следует сначала вместе с ним обследовать эту игрушку (с помощью зрения, осязания и других анализаторов), показать ребенку основные части игрушки, познакомить с тем, какие действия можно с ней производить. И только в результате повторений, после нескольких совместных игр с мамой или с кем-то из других взрослых ребенок овладевает необходимыми действиями, позволяющими ему играть самостоятельно [5].

Таким образом, главная и общая задача семейного воспитания – подготовка детей к жизни в существующих социальных условиях; более узкая, конкретная – усвоение ими знаний, умений и навыков, необходимых для нормального формирования личности.

Актуальность темы исследования обусловлена следующими факторами:

- во-первых, назрела необходимость в разработке программ коррекционно-логопедической помощи и сопровождения, направленных на работу не только с самим ребенком с нарушением речи и зрения, но и с членами его семьи;
- во-вторых, необходимостью учета особенностей детско-родительских отношений и стилей семейного воспитания при составлении программ;
- в-третьих, в практическом отсутствии исследований, в которых изучались особенности семейного воспитания детей с нарушением речи и зрения.

Литература

1. Жигорева М. В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь: учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. 2006.
2. Земцова М. И. Некоторые особенности детей дошкольного возраста при нарушении зрения // Обучение и воспитание дошкольников с нарушениями зрения / под ред. М.И. Земцовой. – М., 1978.
3. Каплан А. И., Морозова Н. Г. Если ребенок плохо видит. – М., 1969.
4. Маллер А. Р. Ребенок с ограниченными возможностями: книга для родителей. – М., 1996.
5. Роль семьи в воспитании и обучении детей с нарушением речи [Электронный ресурс] <http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=467417>.
6. Социальная работа с инвалидами: настольная книга специалиста / под ред. Е. М. Холостовой. – М., 1996.
7. Фомичева М. Ф., Волосовец Т. В., Кутепова Е. В. и др. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: Учеб.пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / под ред. Т. В. Волосовец. – М., 2002.

8. Маркова Г. А., Зверева О. Л., Ганичева А. Н. Семейная педагогика и домашнее воспитание. – М., 2010.

*Криволапова А.А., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст. преподаватель Болдинова О.Г.*

РИСОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У МЛАДШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Проблема развития мелкой моторики, по мнению многих авторов (В.М. - Бехтерев, А.Г. Ковалев, М.М. Кольцова, М. Монтессори, И.М. Сеченов, В.А. . Сухомлинский и др.) на занятиях по изобразительной деятельности является весьма актуальной, ведь именно изобразительная деятельность способствует сенсомоторному развитию – согласованности в работе глаз и рук, совершенствованию координации, гибкости, точности в выполнении движений и действий, коррекции мелкой моторики пальцев рук.

Развитие и совершенствование мелкой моторики пальцев рук и кисти, является главным стимулом развития всех психических процессов (память, мышление, внимание, восприятие, воображение, речь), центральной нервной системы, речи, формирования представлений об окружающем мире [2].

Г.Е. Сухарева, А.Р. Лурия, Л.В. Занков, М.С. Певзнер и другие учёные считают, что нарушение мелкой моторики является одним из ведущих характерных симптомов речевых нарушений. Уровень речевого развития детей находится в прямо пропорциональной зависимости от степени сформированности тонких движений пальцев и кисти рук [3].

Исследования Т.С. Комаровой, Е.В. Гурье, М.М. Кольцовой, В.П. Кашенко и др., свидетельствуют, о том, что одной из наилучших форм развития мелкой моторики у дошкольников являются занятия по рисованию, аппликации, лепке [5].

Рисование, по мнению Н.Г. Морозовой и В.Г. Петровой, рассматривается в двух аспектах: и как одно из средств педагогического воздействия, и как изучение психолого-педагогической стороны ребёнка. Современная специальная педагогика и психология в поиске одного из эффективных средств коррекции все больше ориентированы на внедрение использования изобразительной деятельности в процессе воспитания и обучения, детей с речевыми нарушениями [1].

Некоторыми учеными (Е.И. Исениной, М.М. Кольцовой А.В. Антаковой-Фоминой и др.) была установлена взаимосвязь развития мозга и мелкой моторики, следовательно, можно отметить главную роль развития мелкой моторики в формировании психических процессов детей, которые влияют на становление личности в целом. М.М. Кольцова отмечала, что речь тесно связана движениями руки, и это способствует её развитию [3, с.18].

Значение изобразительной деятельности для дошкольника с речевыми нарушениями велико и многогранно, оно оказывает положительное влияние на всестороннее развитие и воспитание. Являясь специфическим образным средством познания и изучения действительности, она имеет огромное значение для умственного развития ребенка, что теснейшим образом связано с развитием речи. Деятельность с бумагой, красками и карандашами обогащает представление детей об окружающих его предметах и способствует проявлению речевой и умственной активности. Используя на занятиях изобразительную деятельность, педагог может выявить уровень эмоционального и интеллектуального развития детей.

В продуктивной (изобразительной) деятельности гораздо быстрее происходит развитие всех психических процессов и речи у детей с речевыми нарушениями, так как речь приобретает практическую направленность и имеет наибольшее значение для выполнения данной деятельности. Различные виды продуктивной деятельности очень благоприятны для развития речи ещё и тем, что при её осуществлении можно легко создавать проблемные ситуации, способствующие проявлению речевой активности. Именно такие проблемные ситуации могут сформировать коммуникативную направленность речи.

Как известно из работ разных специалистов (В.И. Кириенко, Т.С. Комарова, И.А. Грошенок), на занятиях рисованием дети знакомятся с новыми словами, учатся понимать, различать и употреблять слова, обозначающие общие признаки предметов, признаки некоторых действий. Разнообразный наглядный материал поможет уточнить понимание названий предметов, признаков действий, явлений. Ребенок приучается вслушиваться в короткие фразы взрослого, понимать смысл усложняемых высказываний, новых слов и уточнять их лексические, грамматические и фонетические признаки [4, с. 30].

В процессе изотворчества, и манипуляций с раздаточными и наглядными материалами идёт естественный массаж биологически активных точек, расположенных на ладонях и пальцах рук, что положительно сказывается на общем состоянии ребёнка. Формируется общая умелость рук, мелкая моторика, также движения рук совершенствуются под контролем кинестетических ощущений и зрения, из-за этого приобретаемые навыки оказывают огромное влияние на общее развитие физических и психических процессов и на развитие ребёнка в целом. Кроме этого, решается большая часть мыслительных задач – рука действует, а мозг фиксирует тактильные ощущения, соединив их со слуховыми, зрительными, восприятиями в сложные образы и представления [3].

М.М. Кольцова, В.П. Кащенко, Т.С. Комарова, И.А. Грошенок и др. считают, что рисование имеет большое познавательное и коррекционное значение благодаря своей наглядности. Дошкольники быстро и в полном объёме усваивают речевой материал, так как на занятиях по изобразительной деятельности в качестве наглядности часто используются натуральные объекты, их можно трогать, смотреть, изучать. Материалы, которыми оснащены занятия, ис-

пользуются на всех этапах коррекционного обучения с различными речевыми целями, а их применение находится в прямой зависимости от речевого развития детей разных групп. Наборы фраз, слов, речевых комбинаций, произносимых взрослыми во всевозможных вариантах, делает речь мобильной, подвижной. Слово входит сначала в пассивный, а далее в активный словарь ребенка во всем многообразии его форм. Самые высокие показатели наблюдаются при постоянном использовании всего наглядного материала, оречевлении всех демонстрируемых действий, предметов, и их признаков. Ребёнок лучше усваивает речевой материал, когда находится в условиях самостоятельного выполнения поручений воспитателя и логопеда. Дети как бы играют с материалом, изучают его, производя с ним различные действия. Огромное значение этого фактора для развития речи дошкольника отмечено М.М. Кольцовой. В описанных ею работах, дети раннего возраста почти в два раза быстрее начинали реагировать на слово, обозначающее предмет, если имели возможность воздействовать с этим предметом и манипулировать им [3, с. 48].

Именно в продуктивной деятельности создаются условия для осуществления тесной связи слова с действием. Обеспечить связь слова с предметом намного проще, чем обеспечить связь слова с каким-либо действием: можно показать и предмет, и игрушку и муляж, или наконец, можно использовать картину. Гораздо труднее будет показать через картинку связь слова с движением, действием или состоянием предмета. В изобразительной деятельности это происходит естественно, поскольку ребенок сам выполняет разнообразные действия. И как раз на этих занятиях ребёнок хорошо усваивает последовательность действий и причинно-следственную связь различных действий и явлений. Ускоряется и сам процесс усвоения навыков изображения. На основе предметных рисунков, с помощью речи дети создают целостный сюжет, оживляют и оречевляют предметы, передавая звукоподражаниями и доступными им словами какой-либо диалог. Необходимо специально воспитывать у детей умение воспринимать речь в процессе рисования, а затем и совместить с речью свою деятельность. Словесные обозначения помогают детям выделять в предметах и действиях их признаки («Небо голубое, большое, красивое»). Слово помогает им осмыслению самого процесса изображения [4].

Ребенок неспособен к самостоятельному всестороннему наблюдению изображаемых предметов. В связи с этим очень велика роль взрослого (воспитателя, логопеда, родителя) в выработке у детей умения отследить особенности формы, контура предмета и его частей, цвета и других признаков (яблоко маленькое, зелёное, круглое). Таким образом, руководство взрослого должно быть направлено не только на обучение рисованию, а так же на развитие воображения и восприятия. Специфическое построение обследования объекта, подкрепленное словом, следует включить в различные виды изобразительной деятельности. Специфика построения обследования предмета состоит в том, что тактильное и зрительное и восприятие объекта должно целенаправленно максимально комментироваться словами взрослого [2, с. 37-41]. Формирование способности сравнивать на занятиях по рисова-

нию помогает детям осознать действия с различными объектами, обратить внимание на различные признаки предметов, выполнять различные действия с ними, строить противопоставленную речь.

Таким образом, слово помогает осмыслению процесса изображения. На занятиях изобразительной деятельностью также развиваются коммуникативные навыки. Развитие речевого общения предполагает постепенную подготовку от наиболее лёгких речевых моделей к более сложным, требуется много усилий для накопления и употребления в активной речи по мере их усвоения. Ответ на вопрос одним словом или сочетанием сменяется построением предложения с более усложнённой конструкцией.

Следовательно, развитие мелкой моторики с использованием изобразительной деятельности у детей с речевыми нарушениями требует систематизированной работы, которая должна реализовываться на занятиях, дома, под руководством логопеда, воспитателя, родителей, так как развитие речи и коррекция речевых нарушений тесно связана с развитием сенсомоторики.

Литература

1. Баранова М.Л. Логопедия. Учебно-методическое пособие. – Ростов н/Д, 2008
2. Болдинова О.Г. Особенности речевого развития у детей с нарушением зрения // Актуальные вопросы коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии: материалы междунар. науч. конф., 22-23 апр. 2011г. / Под общ. ред. В.Н. Скворцова. – СПб, 2011.
3. Кольцова М. М., Рузина М. С. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. Антология. – М., 2002.
4. Казанова Т. Г. Изобразительная деятельность и художественное развитие дошкольников. – М., 2003.
5. Швайко Г.С. Занятия по изобразительной деятельности в детском саду. – М., 2000.

***Магутина А.А., г. Москва, ГБОУ ВПО МГПУ
Научный руководитель: к.п.н., доцент Бачина О.В.***

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ЖЕСТОВОЙ РЕЧИ ПРИ ОБУЧЕНИИ НЕСЛЫШАЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ СЮЖЕТНО- РОЛЕВОЙ ИГРЕ

Игровая деятельность в развитии дошкольника имеет большое значение, т.к. является ведущей в этом возрасте. В процессе игры у ребенка формируются представления об окружающей действительности, о взаимоотношениях людей, происходит психическое и речевое развитие.

Игра – это воспроизведение детьми при помощи взятых на себя ролей и использования различных игровых предметов деятельности взрослых людей и их взаимоотношений [1. с. 7].

Игровая деятельность глухих детей дошкольного возраста, в отличие от слышащих сверстников, формируется медленнее, требует руководства со стороны взрослого и имеет некоторые особенности, которые подробно изучены и описаны Г.Л. Выгодской.

Обучению неслышащих дошкольников игре уделяется большое внимание в специальных учреждениях, потому что, во-первых, игровая деятельность является ведущей в этом возрасте, во-вторых, через игру происходит коррекция речевых и психологических особенностей детей, в-третьих, решаются задачи нравственного, умственного развития и воспитания дошкольников.

Игровая деятельность детей с нарушенным слухом не формируется спонтанно без специального обучения, поэтому выделяют определенные этапы обучения игре, которые направлены на знакомство с темой игры, с речевым материалом; включают в себя работу по обогащению знаний детей об окружающем, систематизацию этих знаний. Также важна роль воспитателя, важен его эмоциональный настрой на игру, потому что только при правильном руководстве сюжетно-ролевыми играми они приносят глухим дошкольникам пользу и выполняют развивающую функцию.

Основным фактором, который тормозит развитие игры у неслышащих детей, является недоразвитие устной речи, ее медленное формирование. В таком случае нельзя забывать про жестовую речь, которая для многих глухих детей, преимущественно из семей глухих, является первым языком и более доступна им. Использование средств жестовой речи в обучении неслышащих дошкольников игре может быть полезным, т.к. у детей будут доступные средства общения, и они легче будут входить в новую игру.

Русский жестовый язык является богатой и развитой лингвистической системой, а жестовая речь – основным средством межличностной коммуникации глухих, которое имеет также важное значение в развитии познавательной деятельности неслышащих. Жестовый язык имеет определенные особенности, которые отличают его от словесной речи. Эти особенности проявляются на разных уровнях языковой системы: морфологическом, синтаксическом. Процесс овладения жестовым языком маленькими неслышащими детьми схож с овладением словесным языком слышащими детьми [2. с. 53]. Также жесты (естественные и специальные) имеют большое значение в развитии неслышащего ребенка на ранних этапах, т.к. устная речь формируется медленно и жесты маленьких детей носят обобщающий характер, развивая, таким образом, мыслительную деятельность и коммуникативные способности.

Использование средств жестового языка в обучении неслышащих дошкольников развернутой сюжетно-ролевой игре может быть полезным, т.к. эти средства являются более доступными, естественными и детям легче будет адаптироваться в новой игре, а значит, и в дальнейшей самостоятельной жизни, принимать на себя роли, чувствовать себя свободно и раскрепощенно. Именно для такой цели нами, в условиях подготовки курсовой и дипломной работ, разработан игровой комплект для обучения глухих дошколь-

ников развернутой сюжетно-ролевой игре с учетом современных реалий и с использованием средств жестовой речи.

В игровой комплект вошли игры на следующие темы: «Супермаркет», «Макдональдс», «Ветеринар», «Школа». Эти игры разработаны нами с учетом особенностей неслышащих дошкольников и адаптированы для использования в их среде:

- в качестве основного средства коммуникации в играх выступает жестовый язык;
- в процессе игр, кроме жестового языка, используется и словесная речь в письменной, устной, устно-дактильной форме;
- словесная речь представлена табличками с названиями игры, простыми устными конструкциями при инсценировке общения в общественных местах со слышащими (примерно 2-3 фразы на игру);
- руководство игрой осуществляется педагогом или воспитателем, которое заключается в распределении ролей, при этом взрослый должен взять на себя одну из главных ролей; в развертывании сюжета; в подготовке атрибутов к игре; в подсказывании нужных фраз и действий;
- по мере появления новых игр роль взрослого уменьшается, а самостоятельность детей увеличивается;
- игры по вышеуказанным темам отвечают запросам современных дошкольников, расширяют знания глухих детей об окружающем;
- данные игры направлены на формирование у неслышащих дошкольников навыков сотрудничества и доброжелательного отношения к окружающим; в них отражаются явления социальной действительности, показаны правила поведения в общественных местах;
- дети учатся принимать роли и действовать в соответствии с ними согласно сюжету, понимать воображаемую ситуацию и использовать в своей игре предметы-заместители, если это будет необходимо.

Наш игровой комплект предусмотрен для глухих детей 4–5 лет.

Для примера рассмотрим организацию и ход сюжетно-ролевой игры «Ветеринар».

Цели: вызывать у детей интерес к профессии ветеринара; воспитывать добросердечное отношение к животным.

Предметно-игровая среда и оборудование:

1. Игрушки: животные, набор медицинских инструментов, халаты или шапочки для ветеринара и медсестры.
2. Предметы (реальные): бинт, вата, столик, листочки бумаги и ручки для рецептов, стульчики.
3. Предметы-аместители: лекарства (мелкие предметы); сумки для переноски животных (платок, шарф).
4. Речевой материал: таблички с названиями игры, бейджики с именем врача, медсестры, названия лекарств (таблетки, зеленка, йод, микстура);

5. Атрибуты, которые надо изготовить: лекарства, деньги для похода за лекарствами в аптеку.

Подготовка к сюжетно-ролевой игре:

1. Вступительная беседа на жестовом языке. Взрослый может рассказать детям истории из личного опыта и обсудить их с детьми. Можно показать детям иллюстрации из произведения «Айболит», обсудить содержание с детьми. Большой интерес у детей вызывают мультимедийные презентации, которые можно делать для любой игры.

2. Игровая установка. Взрослый предлагает детям поиграть в «Ветеринара», выбрать себе животных, которых они будут лечить.

3. Изготовление атрибутов. Взрослый спрашивает у детей о том, что необходимо для того, чтобы лечить животных. Дети дают свои варианты, затем при помощи взрослого изготавливают необходимые атрибуты.

Ход игры:

1. Взрослый предлагает детям оборудовать кабинет ветеринара.

2. Распределение ролей. В первых играх на новую тему, взрослому необходимо взять на себя одну из основных ролей, например, ветеринара, в последующих играх он может взять роль одного из хозяев животного. Взрослый распределяет роли (хозяева животных, ветеринар, медсестра) и помогает детям придумать, что болит у их животных и почему.

3. Игра. Дети приходят к ветеринару, спрашивают устно: «Кто последний?», – садятся на стульчики и ждут своей очереди. Заходят в кабинет ветеринара и устно спрашивают: «Здравствуйте, можно войти?», – ветеринар устно отвечает: «Здравствуйте, заходите». Далее общение идёт на ЖЯ, ветеринар спрашивает о жалобах, задает вопросы, затем осматривает животное. Потом медсестра делает уколы, обрабатывает раны, перевязывает их. Далее ветеринар просит медсестру выписать рецепт (с помощью взрослого).

4. Можно усложнить игру и после посещения ветеринара отправлять детей с рецептом в аптеку, которая находится в ветеринарной клинике. Для этого надо при подготовке к игре оборудовать и аптеку, дать роль продавца одному из детей.

В любой игре важно следовать за фантазией детей и развивать сюжет в интересном для них направлении.

Мы провели предложенные сюжетно-ролевые игры на практике, что дало основание для следующих выводов:

1. При подготовке к игре дети активно участвуют в обсуждении темы предстоящей игры.

2. Время на подготовку к игре сокращается, т.к. общение ведется на ЖЯ, что помогает детям быстрее понимать вопросы и отвечать на них.

3. Дети не испытывают трудностей в восприятии информации, потому что она излагается понятным для них способом, подкрепляется наглядным материалом, табличками.

4. Взрослый, используя ЖЯ при общении с детьми в процессе игры, может быстро реагировать на изменения, которые происходят спонтанно, и таким образом, следовать за интересами детей в развитии сюжета.

5. Дети легко входят в роль и ведут себя раскрепощено, так как общение происходит в комфортных для них условиях.

6. Конфликтные ситуации, которые часто возникают в процессе игры, решаются легко и быстро, не ущемляя интересов детей, т.к. взрослый при их решении оперативно использует ЖЯ.

7. Если в игре появляется новое для детей слово, то объясняя его с помощью средств ЖЯ, взрослый экономит время и не сбивает детей с сюжета игры.

8. Важно отметить, что дети, играя, сопровождают свое общение на ЖЯ устной речью.

Из вышесказанного можно судить о том, что средства жестового языка убедительно положительно влияют на правильное формирование сюжетно-ролевой игры глухих дошкольников.

Литература

1. Выгодская Г.Л. Обучение глухих дошкольников сюжетно-ролевым играм. – М., 1975.

2. Зайцева Г.Л. Жестовая речь. Дактилология. – М., 2000.

Милёхина И.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

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

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ СТАНОВЛЕНИЯ СЛОВАРЯ У ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Дошкольный возраст является периодом появления и становления речи ребёнка. Именно в этот период создаются благоприятные условия для развития устной речи, закладывается фундамент для письменных форм речи (чтения и письма) и последующего речевого и языкового ребёнка.

Детям с нарушениями речи трудно дается усвоение этих языковых структур. Среди всех речевых проблем в период предшкольной подготовки детей стоит вопрос нарушения развития словаря. Овладение словарем является важным условием умственного развития, поскольку содержание исторического опыта, присваиваемого ребенком в онтогенезе, обобщено и отражено в речевой форме и прежде всего в значениях слов.

Интегрированные исследования расширяют представления об организации лексической семантики у детей с речевым недоразвитием, определяют потенции развития одного из кодов языка, как на уровне отдельного значения слова, так и на уровне всей семантической структуры слова в целом. Функциональный аспект лексической семантики особенно важен при коррекции речевого недоразвития, поскольку общение предполагает не только значение

слов, но и умение составлять из них в ходе коммуникации высказывания, адекватно отражающие информацию, которую говорящий хочет передать [1].

Специальной педагогикой накоплен значительный опыт развития словаря у детей с нарушениями речи. Вместе с тем эффективность логопедической работы по преодолению лексико-семантических нарушений у детей не достаточно высока. Развитие словарного запаса базируется на современных представлениях о речевой деятельности, на функционально-семантическом подходе к проблеме овладения коммуникативными единицами языка. Нарушение формирования лексики у детей с нарушениями речи проявляется в ограниченности словарного запаса, резком расхождении объема активного и пассивного словаря, неточном употреблении слов, многочисленных вербальных парафазиях, несформированности семантических полей, трудностях актуализации словаря.

Жукова Н.С. считает, что особенно большие различия между детьми с нормальным и нарушенным речевым развитием наблюдаются при актуализации предикативного словаря (глаголов, прилагательных). У дошкольников с нарушениями речи выявляются трудности в назывании многих прилагательных, употребляющихся в речи их нормально развивающихся сверстников. В глагольном словаре дошкольников преобладают слова, обозначающие действия, которые ребенок ежедневно выполняет или наблюдает. Значительно труднее усваиваются слова обобщенного, отвлеченного значения, слова, обозначающие состояние, оценку, качества, признаки и др. [1].

Характерной особенностью словаря детей с нарушениями речи является неточность употребления слов, которая выражается в вербальных парафазиях. Проявление неточности или неправильного употребления слов многообразны. В одних случаях дети употребляют слова в излишне широком значении, в других – проявляется слишком узкое понимание значения слова. Иногда дети с нарушениями речи используют слово лишь при отвлеченной ситуации, слово не вводится в контекст при оречевлении других ситуаций. Таким образом, понимание и использование слова носит еще ситуативный характер.

Среди многочисленных вербальных парафазий у этих детей наиболее распространенными являются замены слов, относящихся к одному семантическому полю. Среди многочисленных замен слов у детей с нарушениями речи можно выделить следующие группы [1]:

1. Замены семантически близких слов, относящихся к одному семантическому полю. Этот вид замен слов самый распространенный. Среди замен существительных преобладают замены слов, входящих в одно родовое понятие (лось – олень, тигр – лев, рысь – кошка, волк – собака, кабан – носорог, леопард – тигр – пантера – рысь, лебедь – гусь, лимон – апельсин, малина – земляника, брусника – красная смородина, ежевика – черная смородина, земляника – клубника, ландыш – тюльпан – подснежник, тюльпан – гвоздика – роза, незабудка – васильки, плащ – рубашка, халат – платье – пальто, валенки – сапоги, тапочки – босоножки, кепка – шапка, шляпа – шап-

ка, сковорода – кастрюля, весна – осень, скворечник – гнездо, берлога – нора, сахарница – чайник, ручка – кисточка, ресницы – брови и др.).

2. Замены слов, обозначающих предметы, объединенные общностью ситуации. Например, каток – лед, вешалка – пальто.

3. Смещения слов, обозначающих часть и целое. Например, фара – машина, палец – рука, подоконник – окно.

4. Замены слов, обозначающих внешне сходные предметы. Например, подоконник – полка.

5. Использование словосочетаний в процессе поиска слова. Например, кровать- чтобы спать, щетка – зубы чистит.

6. Замены словообразовательными неологизмами. Например, маляр – красильщик.

7. Замены однокоренным словом. Например, водопроводчик – водопровод, чернильница – чернила.

8. Замены слов, сходных по звучанию. Например, персик – перец.

Процесс поиска слова осуществляется не только на основе семантических признаков, но и на основе звукового образа слова. Выделив значение слова, ребенок соотносит это значение с определенным звуковым образом, перебирая в своем сознании всплывающие звуковые образы слов. В процессе поиска слова из-за недостаточной закреплённости связи его значения и звучания происходит выбор слова, сходного по звучанию, но другого значения.

Таким образом, замены существительных свидетельствуют о несформированности семантических полей, о трудностях закрепления связи между образом слова и образом предмета. Наиболее часто дети с нарушениями речи заменяют существительные, входящие в одно семантическое поле и обозначающие зрительно похожие предметы (оса – пчела, ворона – грач, цапля – аист) [1].

Замены прилагательных свидетельствуют о том, что дети не выделяют существенных признаков, не дифференцируют качества предметов. Распространенными являются, например, такие замены: высокий – длинный, низкий – маленький, узкий – маленький, пушистый – мягкий и др. Замены прилагательных осуществляются из-за недифференцированности признаков величины, высоты, ширины, толщины.

В заменах глаголов обращает на себя внимание неумение детей дифференцировать некоторые действия, что в ряде случаев приводит к использованию глаголов более общего, недифференцированного значения (ползет – идет, воркует – поет, чирикает – поет и т. д.). Некоторые замены глаголов отражают неумение детей выделять существенные признаки действия, с одной стороны, и несущественные – с другой, а также выделять оттенки значений [1].

Процесс поиска слова осуществляется не только на основе семантических признаков, но и на основе звукового состава. Выделив значение слова, ребенок соотносит это значение с определенным звуковым образом. В поиске из-за недостаточной закреплённости его значения и звучания: шкаф – шарф, персик – перец, колобок – клубок и др.

Целенаправленное развитие словаря имеет важнейшее значение в общей системе логопедической работы с детьми с нарушениями речи. Это определяется, прежде всего, ведущей ролью связной речи в обучении детей как старшего дошкольного, так и, в особенности, школьного возраста.

Закрепление и развитие навыков речевого общения предполагает формирования умения вступать в контакт, вести диалог на заданную тему, выполнять активную роль в диалоге и др. Уделяется внимание формированию навыков участия в коллективной беседе, способности к ее восприятию, умению включаться в диалог по указанию педагога. В целях развития навыков ведения диалога логопед и воспитатель организует беседы на близкие детям темы.

Литература

1. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – М., 1990.

***Насибова Л.В., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО “НГПУ” Институт детства
Научный руководитель: к пед.н. Ковригина Л.В.***

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Фонематические процессы у детей с нарушениями речи изучаются на протяжении многих лет. В современной педагогической, психологической литературе часто используются термины фонетический слух, фонематический слух, фонематическое восприятие. Но, несмотря на многолетние исследования, эти понятия остаются до конца нераскрытыми. Кроме того, на сегодняшний момент нет единого мнения о структуре и механизме фонематических процессов, в силу чего проблема изучения фонематических процессов у детей с нарушениями речи является по-прежнему актуальной.

Уровень фонематического развития играет огромную роль в овладении ребенком речью. Фонематические процессы позволяют усваивать звуковую сторону речи, различать слова по звуковому составу, а также устанавливать звуковую структуру слова, что необходимо при овладении детьми грамотой. Но ведущей функцией фонематических процессов, является смысло-различительная функция, которая позволяет производить фонетическое опознавание и семантическое отождествление слов и морфем. То есть, она позволяет различать одно слово, как устойчивый звукокомплекс и, соответственно, материальный носитель значения, от других слов.

А.Н. Гвоздев один из первых отметил значимость слуховой сферы в овладении ребенком речью. Он говорил о том, что ребенок усваивает звуковую сторону речи при обязательном взаимодействии слуховой и моторных сфер.

К слуховой сфере он относил звуковое восприятие, которое позволяет различать звуки на слух, даже акустически менее отчетливые. Так же он указывал на то, что после того, как ребенок научается распознавать различные фонематические элементы, он может использовать их в своей речи [3, с. 139].

О роли слуховой сферы в раннем детстве так же писали Д. Б. Эльконин и Л. Е. Журова. Они отмечали, что способность различать слова, сходные по звуковому составу формируется уже к двум годам. Такую способность авторы называли фонематическим слухом. Развитый фонематический слух, как считали Д.Б. Эльконин и Л.Е. Журова, это основа для формирования фонематического восприятия. Фонематическим восприятием авторы называли: «специальные действия по выделению звуков языка и установлению звуковой структуры слова как его единицы». Кроме того авторы отмечали, что дети в школьном возрасте овладевают умением производить звуковой анализ слова. Данное умение авторы относили к фонематическому восприятию [5, с. 215].

Немного иной подход на изучение фонематических процессов у детей с нарушениями речи представлен исследованиях Г.А. Каше, которая указывала, что: «фонематический слух – это способность различать звуки на слух». Как и другие авторы, Г. А. Каше отмечала, что ребенок на самых ранних этапах развития начинает различать звуки акустически тонко противопоставленные, и первоначально слуховой анализатор доминирует над речедвигательным. Кроме влияния на развитие речи фонематического слуха, Г.А. Каше отдельно выделяла процессы звукового анализа и синтеза, которые играют огромную роль при овладении детьми грамотой [6, с. 5-6].

Среди современных исследователей, занимающихся изучением фонематических процессов можно отметить Л.А. Пиотровскую, в исследованиях которой разграничиваются такие понятия, как фонематический слух и фонетический слух. Л.А. Пиотровская определяет фонематический слух как способность различать в речи окружающих звуки, выполняющую смысловозначительную функцию. Автор говорит о том, что фонематический слух является характеристикой процесса восприятия речи, тогда как фонетический слух – это характеристика процесса порождения речи. Фонетический слух автор определяет, как способность ребенка дифференцировать в собственной речи звуки, являющиеся реализациями разных фонем родного языка. Л.А. Пиотровская, как и другие авторы, говорит о том, что фонематический слух формируется раньше, чем ребенок начинает говорить [7, с. 48-49].

В настоящее время имеются новые исследования фонематических процессов у детей с нарушениями речи. В работе Е.Н. Белоус уточнена структура фонематического слуха и фонематического восприятия. Автор дает следующее определение фонематическому восприятию: «Под фонематическим восприятием понимают умения осуществлять специальные умственные действия по звуковому анализу и синтезу звуковой структуры слова» [1, с. 8]. Данное определение наталкивает на новый вопрос – почему процессы ана-

лиза и синтеза, которые принято относить к операциям мышления, относят в этом случае к процессу слухового восприятия?

Необходимо так же рассмотреть вопрос о механизмах фонематических процессов. Рассмотрение механизмов фонематических процессов и их недоразвития у детей поможет лучше понять причины нарушений речи и осуществить своевременное коррекционное воздействие с учетом структуры и механизмов дефекта.

В.И. Бельтюков, изучая восприятие звуков речи, говорит о том, что звуки речи, а точнее фонемы, служат для различения смысла, каждая из фонем противопоставляется всем остальным, что является неотъемлемым свойством звуковой системы языка. Для того чтобы распознать фонему, необходимо уметь выделять те ее признаки, которые ее и отличают от других фонем. Звуки речи, как пишет В.И. Бельтюков, имеют свойства сочетаться с другими звуками, они могут иметь различное положение в слове, а также иметь различную степень ударности [2, с. 10].

Нейрофизиологические механизмы восприятия речи описаны в работе таких авторов, как Ф.Ф. Рау, Л.В. Нейман, В.И. Бельтюков и др. Они описывали механизм восприятия речи следующим образом: нервные импульсы, возникающие в результате звуковых раздражителей, поступают по проводящим путям в подкорковые и корковые слуховые отделы. Раздражение подкорковых слуховых центров вызывают рефлекторные реакции, протекающие по типу безусловного рефлекса. В коре височных долей коры головного мозга происходит высший анализ и синтез звуковых раздражений. Кора головного мозга играет ведущую роль при восприятии человеком речи. В заднем отделе верхней височной извилины находится сенсорный центр речи. При выключении этого центра нарушается анализ и синтез сложных звуковых комплексов, составляющих речь человека [8, с. 36; 8, с. 37].

Н.И. Жинкин, изучая взаимодействие языка и интеллекта, писал о том, что человеческий язык строится по принципу знак – значение. Под знаком понимается любой материальный сигнал. Значение – это обозначаемая знаком, вещь, процесс, мыслимый предмет, отношение между предметами. Каждое слово, состоит из набора знаков, и оно содержит в себе определенное значение. Н.И. Жинкин, описывая механизм связи языка и интеллекта, составил схему преобразования звуковых знаков в языковое значение. Согласно этой схеме речевые знаки (звуковые сигналы) поступают от символического выхода до приемного механизма (слуха). Затем они дешифруются (декодируются) или шифруются (кодируются) в виде значений. У ребенка, как пишет автор, формирование устройства языка осуществляется в процессе общения и состоит в научении декодирования и кодирования знаков [4, с. 14]. Но, если ребенок не умеет дифференцировать звуки на слух, то естественным образом нарушаются и последующие звенья восприятия речи.

Мы рассмотрели далеко не все подходы к изучению фонематических процессов у детей с нарушениями речи. Но, как мы можем заметить, несмотря

на многолетние исследования этой проблемы, не возникло единого взгляда на понимание структуры и механизма фонематических процессов. Кроме того современные исследования приводят к постановке новых вопросов, решение которых, позволит определить новые подходы к выявлению и предотвращению фонематических нарушений у детей с нарушениями речи.

Литература

1. Белоус Е.Н. Особенности фонематического восприятия речи их отражение на письме: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – М., 2011.
2. Бельтюков В.И. Об усвоении детьми звуков речи. – М., 1964.
3. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – СПб, 2007.
4. Жинкин Н.И. Интеллект, язык и речь //Нарушение речи у дошкольников /сост. Р.А. Белова-Давид. – М., 1972.
5. Журова Л.Е., Эльконин Д.Б. К вопросу о формировании фонематического восприятия у детей дошкольного возраста //Сенсорное воспитание дошкольников /под ред. А.В. Запорожца, А.П. Усовой. – М., 1963.
6. Каше Г.А. Фонематическое недоразвитие речи у детей дошкольного возраста // Специальная школа. – 1965. – Вып. 4.
7. Пиотровская Л.А. Разграничение понятий фонематического и фонетического слуха //Речевая деятельность в норме и патологии. – СПб, 1999.
8. Рау Ф.Ф., Нейман Л.В., Бельтюков В.И. Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и тугоухих учащихся. – М, 1961.

***Никиткина А.Ю., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО “НГПУ” Институт детства
Научный руководитель: к.пед.н. Ковригина Л.В.***

СПЕЦИФИКА ДИГРАФИЧЕСКИХ ОШИБОК УЧАЩИХСЯ 2-Х КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ РАЗНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ

В последние годы особенно часто в сфере образования стали возникать вопросы об интеграции, инклюзии, интегрированном обучении, инклюзивном обучении. Современная школа находится в таком положении, когда она должна быть готова к принятию ребенка с любыми особенностями здоровья. А также в последнее десятилетие в школе наметилась тенденция увеличения количества детей, имеющих стойкие нарушения речи, которые в дальнейшем провоцируют трудности в усвоении школьной программы.

В связи с этим возникает необходимость говорить о специально организованной, систематической помощи специалистов, знающих причины, механизмы, симптоматику речевой патологии.

Проблемой нарушения письменной речи занимались такие исследователи, как Б.Г. Ананьев, А.Р. Лурия, Д.Б. Эльконин, А.Н. Корнев, Л.С. Цвет-

кова, Т.В. Ахутина, Р.Е. Левина, Р.И. Лалаева, Л.Ф. Спирова, И.Н. Садовникова, Л.Г. Парамонова, А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк.

Эффективность логопедической работы во многом зависит от того, насколько правильно и грамотно была проведена диагностика речевого недоразвития. Поэтому в последнее время появилось большое количество работ, посвященных обследованию речи детей дошкольного и школьного возраста: А.Н. Корнев разработал подробную комплексную диагностику дислексий и дисграфий, дифференциальную диагностику нарушений чтения и письма и методику раннего выявления предрасположенности к дислексии; Л.Г. Кобзарева, Т.И. Кузьмина описывают методику психолого-педагогического обследования детей 7-го года жизни и методику обследования состояния речевой деятельности ребенка 6-7-го годов жизни; Т.А. Фотекова, Т.В. Ахутина приводят описание нейропсихологической методики обследования речи младших школьников.

Одним из принципов развития образования является его вариативность. В связи с этим существуют две системы подготовки детей в начальной школе: традиционная (8 программ) и развивающая (2 программы).

Вне зависимости от системы и учебно-методического комплекта ученик должен получить знания, определяемые государственным стандартом.

При изучении данной проблемы нами был проведен эксперимент, основной целью которого являлось выявление специфики дисграфических ошибок и установления зависимости специфики дисграфических ошибок учащихся 2-х классов общеобразовательной школы от той образовательной программы, по которой осуществляется обучение в данном классе.

Для этого исследования была составлена диагностическая методика с опорой на рекомендации Е.П. Фуреевой, А.Н. Корнева, И.Н. Садовниковой.

Данная методика включала серию заданий для выявления дисграфических ошибок учащихся 2-х классов общеобразовательной школы в зависимости от специфики образовательной программы: письмо под диктовку, списывание и самостоятельное письмо.

Анализ работ каждого ребенка проводился индивидуально. Все ошибки тщательно анализировались, а результаты заносились в протокол.

Предлагаемый способ учета позволяет увидеть группы допускаемых учеником ошибок, что в свою очередь поможет при составлении плана и проведении коррекционной работы.

Исследование проводилось с марта 2012г. по май 2012 года на базе школ г. Новосибирска. К исследованию было привлечено 60 детей, 36 детей из которых по материалам заключения психолого-педагогической комиссии имеют нарушения устной речи.

В исследовании принимали участие следующие общеобразовательные программы: традиционная программа «Школа России», «Гармония», «Планиета знаний».

После проведенной диагностической работы был произведен анализ ошибок всех трех классов. В результате, которого по каждой программе были выделены и занесены в сравнительную таблицу общие и различающиеся типы ошибок.

Ошибки группировались по группам: ошибки в звукобуквенном составе слова, лексико-грамматические ошибки и графические ошибки.

В сравнительную таблицу заносились данные не индивидуально по каждому ученику, а по классу в целом (см. табл. 1).

Таблица 1. Типы ошибок по программам «Школа России», «Гармония», «Планета Знаний»

Тип ошибки	«Школа России»	«Гармония»	«Планета Знаний»
Ошибки в звукобуквенном составе слова	49,6%	71,4%	62,5%
Лексико-грамматические ошибки	34,5%	21,0%	22,9%
Графические ошибки	15,9%	7,6%	14,6%

Таким образом, из таблицы видно, что по всем программам преобладающее количество допущено ошибок в звукобуквенном составе слова. Такие ошибки наблюдаются у 36% испытуемых.

Причем среди этого типа ошибок у учащихся, занимающихся по программе «Школа России» не выявлено таких ошибок как пропуски слогов и частей слова и раздельное написание частей слова, единично допускание перестановок. По программе «Гармония» также не встретились ошибки на раздельное написание частей слова, а пропуски слогов и частей слова и перестановки единичны (по одной у двух детей). У учащихся, обучающихся по программе «Планета знаний» не выявлены ошибки на перестановки и замены гласных, минимальны на раздельное написание частей слова (по одной у двух учащихся) и единичны ошибки на пропуски слогов и частей слова (по одной и две у двух учащихся). Можно сделать вывод, что у большинства учащихся навык слогового анализа развит на достаточно высоком уровне.

Тип ошибок, в данной группе ошибок в звукобуквенном составе слова, встречающийся в большинстве в работах учащихся всех трех классов – это пропуски согласных. По программе «Школа России» учащимися допущено 13 таких ошибок, по программе «Гармония» – 26 ошибок и по программе «Планета знаний» – 8 ошибок. Так же можно отметить, что по программе «Школа России» большинство ошибок – это вставки (16 ошибок). По программе «Гармония» – вставки (26 ошибок), пропуски гласных (27 ошибок) и замены согласных (44 ошибки). По программе «Планета знаний» в работах детей кроме пропусков согласных больше других встречается ошибки в замене согласных (6 ошибок).

Выявленные ошибки, встречающиеся в большинстве работ учащихся, требуют проведения работы по их коррекции, т.е. развитие фонематического анализа и синтеза, а также формирования фонематического восприятия (дифференциации фонем).

В группе лексико-грамматических ошибок в работах учащихся всех классов чаще других встречались ошибки в нарушении согласования: «Школа России» – 28 ошибок, «Гармония» – 32 ошибки, «Планета знаний» – 3 ошибки. Другие типы ошибок в данной группе малочисленны (от 0 до 7 по классу). Можно сделать вывод о необходимости проведения работы с целью развития навыка согласования.

В группе графических ошибок наиболее часто встречаемыми ошибками являются замены букв по количеству элементов: «Школа России» – 13 ошибок, «Гармония» – 11 ошибок, «Планета знаний» – 5 ошибок. Данный результат свидетельствует о необходимости организации работы по дифференциации букв сходных по количеству элементов.

Среднее количество ошибок в письменных работах по классу различно (см. табл. 2).

Таблица 2. Среднее количество ошибок по классам

	«Школа России»	«Гармония»	«Планета знаний»
Средний балл	9,47	20,5	4,43

Следовательно, наилучшие результаты по среднему количеству ошибок в письменных работах показали дети по программе «Планета знаний».

Результаты исследования показали, что по программе «Школа России» процент детей, не допустивших ни одной ошибки, составляет 21%, по программе «Планета знаний» – 17,4% таких детей, по программе «Гармония» таких детей не выявлено.

По результатам проведенного исследования можно определить основные направления логопедической работы по коррекции выявленных дисграфических ошибок с учетом особенностей той образовательной программы, по которой осуществляется учебный процесс в данном классе. В связи с этим и содержание логопедической работы может быть вариативно.

Таким образом, в условиях увеличения количества детей, поступающих в начальные классы с речевой патологией, и вариативности программ начального общего образования, возможно говорить о планировании коррекционной работы с учетом специфики дисграфических ошибок у учащихся общеобразовательных школ при обучении по разным образовательным программам.

Литература

1. Кобзарева Л.Г., Кузьмина Т.И. Ранняя диагностика нарушения чтения и его коррекция; учебно-методическое пособие для психологов, учителей классов коррекционно-развивающего обучения, логопедов и методистов по КРО. – Воронеж, 2000.

2. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. Учебно-методическое пособие. – СПб, 1997.
3. Садовникова И.Н. Коррекционное обучение школьников с нарушениями чтения и письма. Пособие для логопедов, учителей, психологов дошкольных учреждений и школ различных типов. – М., 2005.
4. Фотекова Т.А., Ахутин Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002.
5. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения; нарушение и восстановление. – М. 1997.

Оленникова М.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед.н. Артеменкова Л. Ф

ОСОБЕННОСТИ ОВЛАДЕНИЯ НАВЫКОМ ЧТЕНИЯ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА

Чтение – сложный процесс, требующий умения узнавать буквенный состав слова, устанавливать связь с другими словами, интонационно верно передавать смысл читаемого. В процессе формирования полноценного навыка чтения у учащихся должны быть выработаны такие качества, как правильность, беглость, сознательность и выразительность.

По своим психофизиологическим механизмам чтение является более сложным процессом, чем устная речь, вместе с тем оно не может рассматриваться вне связи, вне единства письменной и устной речи [4, с. 36].

По мнению ряда исследователей (А.К. Аксёнова, Р.И. Лалаева, Т.Г. Егоров), психофизиологической основой трудностей чтения является замедленный темп приёма и переработки зрительно воспринимаемой информации, трудность установления ассоциативных связей между зрительным, слуховым и речедвигательным центрами, участвующими в акте чтения, низкий темп протекания мыслительных процессов, лежащих в основе осмысления воспринимаемой информации, слабость самоконтроля [3, с. 28].

В дефектологической литературе, посвящённой вопросам формирования навыков чтения у детей с нарушением интеллекта, раскрываются трудности протекания этого процесса, определяются возникающие при обучении проблемы (А.К. Аксёнова, М.Ф. Гнездилов, А.И. Граборов, Р.С. Левина, Р.И. Лалаева, В.Г. Петрова, Н.К. Сорокина и др.).

Первоначальный этап овладения чтением представляет собой воссоздание формы слова на основе его графического изображения. Чтение основывается на сложных формах анализа и синтеза звукобуквенного состава и требует определенного уровня общего речевого развития, особенно развития фонематического слуха, а также возможности усвоения букв алфавита.

Последнее предполагает тонкое взаимодействие слуховых, зрительных и кинестетических (речедвигательных) восприятий и представлений. Затруднения в овладении навыками чтения у детей младшего школьного возраста с нарушениями интеллекта обусловлены рядом причин, к числу которых относятся общее недоразвитие речи и, возникающая на этой основе, несформированность фонематического восприятия [6, с. 64].

Определенную сложность вызывает у учащихся усвоение букв, оптические образы которых недостаточно точно связываются у них со строго определенными фонемами. В результате одна и та же буква становится для ребенка символом двух и более основных звуков или один звук соотносится с несколькими буквами. Запоминание оптического образа букв является задачей особенно сложной для тех детей младшего школьного возраста, которым свойственны резкие нарушения зрительного восприятия. Они не запоминают буквы в течение долгого срока – года и более. Встречаются ученики, которым трудно соблюдать необходимую для процесса чтения на русском языке направленность движения взора слева направо и соответственно последовательность расположения букв в слове при письме.

Многие школьники вообще долго не могут понять, что значит прочитав слово. Буквы длительный срок остаются для них чем-то, что они должны запомнить, но – безотносительно к словам. Особую сложность для школьников с нарушениями интеллекта составляет слияние звуков. Запомнив буквы и правильно называя их, дети не могут прочесть даже самые простые слова. Трудно усваивается умственно отсталыми детьми младшего школьного возраста вариативность произнесения звука, зависящая от его позиции в слове. Значительный шаг в овладении чтением происходит тогда, когда ученики понимают, что в чтении главное не называние букв, а прочитывание слов [4, с. 84].

Умственно отсталые школьники техникой чтения овладевают медленно (М. Ф. Гнездилов, Р. И. Лалаева, Н. К. Сорокина). Читая, они допускают много ошибок: не прочитывают окончания, пропускают и переставляют буквы, искажая, таким образом, звуковой состав слова, заменяют одни слова другими, в какой-то мере сходными по буквенному составу, не останавливаются на знаках препинания и т.п.

Однако недостатки понимания прочитанного, наблюдающиеся у детей младшего школьного возраста с нарушениями интеллекта, определяются не только несовершенством техники чтения, но и в большой мере – низким уровнем общего развития умственно отсталых детей, бедностью и малой обобщенностью жизненного опыта, нерасчлененностью, упрощенностью, резко затрудненной актуализацией представлений. Ученики начальных классов усваивают из прочитанного чаще всего лишь отдельные фрагменты, опущенными или измененными нередко оказываются важные части, несущие основную смысловую нагрузку. Внимание детей привлекают не имеющие большого значения слова и выражения, которые затем и воспроизводятся ими вне связи с содержанием текста [6, с. 73].

Читая текст, дети младшего школьного возраста с нарушениями интеллекта с трудом устанавливают даже простейшие связи, поэтому основное содержание часто остается для них неясным. Заметим, что среди умственно отсталых учеников изредка можно встретить детей, которые, владея правильным беглым чтением, не понимают содержания прочитанного. Это особый случай, требующий специальной, индивидуальной работы с ребенком.

Наиболее доступными для учеников специальной школы VIII вида на протяжении всех лет обучения оказываются небольшие тексты повествовательного характера, в которых сюжет раскрывается четко и последовательно, число действующих лиц невелико, а ситуация проста и близка их жизненному опыту. Наличие в текстах описания переживаний героев, служащих мотивами совершаемых ими поступков, перемежающихся событий, второго плана, авторских отступлений осложняет понимание рассказа.

Описательные тексты оказываются сложными для учащихся всех возрастов. Это обусловлено тем, что для их правильного осмысления необходимо мысленное воссоздание зрительных образов. Актуализация их вызывает затруднения у умственно отсталых школьников. Мало понятны ученикам рассказы со скрытым смыслом. Тексты такого рода требуют установления довольно сложных причинно-следственных или временных зависимостей, что оказывается для детей непосильным.

Легче усваиваются статьи с прослеживающейся сюжетной линией и воздействующие на детей силой художественных образов. Пониманию сюжетных текстов способствует организация инсценировок прочитанного текста, использование разнообразных наглядных средств, как статичных, так и динамичных [4, с. 42].

Большие трудности испытывают школьники при чтении статей научно-познавательного характера. Знакомству с материалом исторического, географического характера может способствовать привлечение имеющихся у школьников знаний о предметах, явлениях окружающей действительности, а также использование наглядных пособий.

Умственно отсталые ученики очень поздно переходят к чтению «про себя» и практически не пользуются им. Даже стараясь не произносить читаемое, они все время заметно артикулируют, а при затруднениях произносят шепотом прочитанное слово или словосочетание. Есть основания полагать, что чтение «про себя» доступно не всем учащимся специальной школы VIII вида.

Г.Я. Трошин, М.Ф. Гнездилов отмечают, что ребёнок с проблемами в развитии в процессе овладения чтением проходит те же ступени, что и нормально развивающийся, но гораздо медленнее. Ступени обучения чтению растягиваются во времени и промежутки между ними более продолжительны. Вследствие этой замедленности каждая из ступеней получает наиболее полное и отчётливое выражение [5, с. 32].

Таким образом, чтение учащихся специальной (коррекционной) школы VIII вида характеризуется большим количеством ошибок (замены, повторы,

пропуски, добавления букв, слогов, слов) и их стойкостью. В свою очередь, нарушение правильности чтения затрудняет выработку навыка беглого и выразительного чтения, осознание читаемого текста.

Литература

1. Волкова Л. С., Нарушения письменной речи. Дислексия. Дистрофия / Под ред. Л.С. Волковой. – М., 2006.
2. Воронкова В. В. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе: Пособие для учителей и студентов дефектолог.ф-тов пед. ин-тов. – М., 1994.
3. Егоров Т. Г. Психология овладения навыком чтения. – М., 2003.
4. Лалаева Р.И. Нарушение процесса овладения чтением у школьников: Учеб.пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. – М., 1993.
5. Левина Р. Е. Недостатки чтения и письма у детей. – М., 2000.
6. Петрова В.Г. Психология умственно отсталых школьников: Учебное пособие. – М.: Академия, 2004.

*Петрик Н.С., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО “НГПУ” Институт детства
Научный руководитель: к.пед.н. Быкова В.П.*

ЗНАЧЕНИЕ ДИДАКТИЧЕСКОЙ ИГРЫ В РАЗВИТИИ И КОРРЕКЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ III УРОВНЯ

Речевое развитие в психологии и педагогике рассматривается как важная, неотъемлемая часть развития человека, лежащая в основе обучения и воспитания. Одной из главных задач развития речи является формирование её лексико-грамматического строя. Уже в дошкольном возрасте ребенок должен овладеть объемом словаря, достаточным для того, чтобы понимать речь взрослых и сверстников. Накопление словаря способствует не только пониманию речи окружающих, но и для реализации коммуникации. Но существуют речевые нарушения, которые затрудняют или делают практически невозможным процесс общения [3, с. 228].

Общее недоразвитие речи является одним из распространенных дефектов речи. При данном нарушении страдают все компоненты речевой системы. Нарушения лексико-грамматического строя речи является ведущим дефектом в структуре общего недоразвития речи [3, с. 229]. Данное нарушение приводит к тому, что ребенок неправильно овладевает речью и неверно формулирует собственное высказывание. При общем недоразвитии речи наблюдаются сложные и стойкие нарушения письма, связанные с нарушениями всех компонентов речи и их взаимодействия.

Данную проблему изучали Р.Е. Левина, Н.С. Жукова, Л.Н. Ефименкова, Т.А. Ткаченко, Н.В. Нищева, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, Л.Ф. Спирова.

Дети с общим недоразвитием речи не могут спонтанно стать на онтогенетический путь развития, свойственный детям с нормой речевого развития. Для этого необходимо корректировать процесс их усвоения языка и овладения речью.

В качестве материала коррекции лексической стороны речи нами была выбрана дидактическая игра. Исходя из психологии развития личности ведущим видом деятельности у дошкольника, в нашем случае старшего дошкольника, является игровая деятельность.

Игра играет важную роль в жизни ребенка. В процессе игры ребенок учится манипулировать предметами, приобретает знания, умения, навыки бытового характера, учится взаимодействовать со сверстниками и взрослыми, а также на основе непосредственного взаимодействия ребенок проходит социализацию.

Игры различаются по целям, задачам и функциям. Они могут быть направлены на развитие моторики, развитие психических функций, эмоционально-волевой сферы, личностных черт [2, с. 55].

Дидактическая игра – это разновидность образовательного занятия, особая форма взаимодействия педагога и ребенка. Все дидактические игры можно разделить на три вида: игры с предметами, настольно-печатные игры, словесные игры. Если в процессе игры преобладает образовательная задача, то игра превращается в упражнение [1, с. 76].

Дидактическая игра представляет собой многоплановое, сложное педагогическое явление: она является и игровым методом обучения детей дошкольного возраста, и формой обучения, и самостоятельной игровой деятельностью, и средством всестороннего воспитания личности ребенка.

С помощью игр – воспитатель не только передает определенные знания, формирует представления, но и учит детей играть. Основой для игр детей служат сформулированные представления о построении игрового сюжета, о разнообразных игровых действиях с предметами. Важно, чтобы затем были созданы условия для переноса этих знаний и представлений в самостоятельные, творческие игры. Дидактическая игра используется при обучении детей математике, родному языку, ознакомлению с природой и окружающим миром, в развитии сенсорной культуры [1, с. 95].

Дидактические игры развивают речь детей: пополняется и активизируется словарь, формируется правильное звукопроизношение, развивается связная речь, умение правильно выражать свои мысли [4, с. 223]. Некоторые игры требуют от детей активного использования родовых, видовых понятий. Что является наиболее важным для детей с общим недоразвитием речи III уровня.

Анализ литературных источников показал, что дети с общим недоразвитием речи имеют проблемы при освоении лексической стороны речи и нуждаются в коррекции. Как и в норме, так и в патологии, развитие детской речи представляет собой сложный и многообразный процесс. Дети не сразу и не вдруг овладевают лексико-грамматическим строем, слоговой структурой слов, звукопроизношением, словоизменением. Дидактическая игра позво-

ляет наиболее доступным для ребенка способом преодолеть трудности лексической стороны речи.

Литература

1. Арсентьева, В.П. Игра – ведущий вид деятельности в дошкольном детстве. – М., 2009.
2. Зворыгина, Е.В. Игра и развитие ребенка в дошкольном возрасте. – М.: 1995.
3. Леонтьев, А.Н. Психологические основы дошкольной игры. – М., 1981
4. Лурия, А.Р. Изменение в структуре игры в связи с развитием речи. – М., 1985.

Петько В.П., г. Новосибирск,

ФГБОУ ВПО “НГПУ” Институт детства

Научный руководитель: ст. преподаватель Одинокова Н.А.

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕКСИКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Анализ научной литературы показал, что проблема формирования лексики у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи интересовала и интересует на данный момент многих ученых, педагогов, психологов. Главной задачей перед исследователями, на основе анализа результатов практических исследований, стоит проблема: разработать методические рекомендации организации и содержания логопедической работы по формированию лексики у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Развитие лексики во многом определяется социальной средой, а развитие значения слова у детей тесно связано с развитием познавательной деятельности и отражает процесс формирования понятий. У детей с нормальным речевым развитием процесс поиска слова происходит очень быстро. У детей с общим недоразвитием речи (ОНР), в отличие от нормы, этот процесс осуществляется очень медленно, развернуто, недостаточно автоматизировано.

Проблема речевого развития детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи различного генеза неоднократно являлась предметом специального изучения. Под общим недоразвитием речи у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом понимают комплексную форму речевой патологии, при которой наблюдается нарушение формирования всех компонентов речевой системы: фонетического, лексического и грамматического. В зависимости от ведущего компонента нарушения речевой деятельности и характера проявления этого нарушения, выделяют недоразвитие речи при дизартрии, ринолалии, алалии, а также при нарушении познавательной деятельности. Все исследователи данной проблемы (В.К. Воробьева, Р.Е. Левина, В.А. Ковшиков, Л.Ф. Спирина, Н.В. Серебрякова, Е.М. Мастюкова, Л.Н. -

Чудинова и др.) выделяют в структуре речевого дефекта, обозначаемого общим недоразвитием речи, нарушения лексической ее стороны [4].

Характерным для детей с общим недоразвитием речи является вариативность лексических замен, что свидетельствует о большей сохранности слухового контроля, чем произносительных, кинестетических образов слов. На основе слуховых образов слов ребенок пытается воспроизвести правильный вариант звучания слова.

Одной из выраженных особенностей речи детей с общим недоразвитием речи является более значительное, чем в норме, расхождение в объеме пассивного и активного словаря. Дошкольники с общим недоразвитием речи понимают значение многих слов, объем их пассивного словаря близок к норме. Однако употребление слов в экспрессивной речи, актуализация словаря вызывают большие затруднения.

Проблему формирования лексики у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи рассматривали с различных точек зрения психологи и педагоги Н.С. Жукова, Р.И. Лалаева, Р.Е. Левина, Е.М. Мастокова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и другие.

Формирование лексики у ребенка тесно связано с процессами словообразования, так как по мере развития словообразования словарь ребенка быстро обогащается за счет производных слов. Лексический уровень языка представляет собой совокупность лексических единиц, которые являются результатом действия и механизмом словообразования. Лексические средства из-за своей ограниченности не всегда могут выразить новые представления ребенка об окружающей действительности, поэтому он прибегает к словообразовательным средствам [1].

Г.В. Чиркина считает, что если ребенок не владеет готовым словом, он «изобретает» его по определенным, уже усвоенным ранее правилам, что и проявляется в детском словотворчестве. Взрослые замечают и вносят коррективы в самостоятельно созданное ребенком слово, если это слово не соответствует нормативному языку. В случае, если созданное слово совпадает с существующим в языке, окружающие не замечают словотворчества ребенка. В процессе речевого развития ребенок знакомится с языком как системой. Но он не способен усвоить сразу все закономерности языка, всю сложнейшую языковую систему, которую использует взрослый в своей речи. В связи с этим на каждом из этапов развития язык ребенка представляет собой систему, отличающуюся от языковой системы взрослых, с определенными правилами комбинирования языковых единиц. По мере развития речи ребенка языковая система расширяется, усложняется на основе усвоения все большего количества правил, закономерностей языка, что в полной мере относится и к формированию лексической и словообразовательной систем [2].

Анализ методик изучения лексики детей дошкольного возраста показал, что это позволяет оценить объем активного словарного запаса, изучение его качественных характеристик, которые выявляются в заданиях на подбор

синонимов, антонимов, обобщающих слов, эпитетов, на различение близких по смыслу понятий. Дается количественная оценка полученных данных.

Таким образом, на ранних этапах овладения языком ведущая роль принадлежит лексическому уровню, а в дальнейшем на первый план выступает словообразовательный уровень.

Анализируя структуры семантических полей, В.К. Воробьева указывает на специфические особенности их организации. Ассоциации у детей с речевым недоразвитием носят немотивированный и случайный характер: они с трудом выделяют ядро семантического поля, ограниченное количество смысловых связей. Несформированность операций поиска слов приводит к неправильному выбору семантических признаков слова, хотя понимание лексического значения слова у ребенка может быть правильным [3].

Таким образом, у детей с ОНР отмечается задержка в формировании семантических полей. Организация семантических полей у детей с ОНР имеет специфические особенности, основными из которых являются следующие: ассоциации у детей с речевой патологией в большей степени, чем у детей с нормальным речевым развитием, носят немотивированный характер. Наиболее трудным звеном формирования семантических полей у детей с нарушениями речи является выделение центра семантического поля и его структурная организация.

Выделенные особенности лексического развития у детей с общим недоразвитием речи требуют правильного планирования и реализации коррекционной работы по формированию лексики у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Литература

1. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. – СПб, 1999.
2. Методы обследования речи детей / под ред. Г.В. Чиркиной. – М., 2005.
3. Филичева Т.Е., Туманова Т.Е. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. – М., 1999.
4. Шаховская С. Н., Волосовец Т. В. Логопедия. – М. 2003.

Рец Л.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

Научный руководитель: ст.. преподаватель Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Труд является одним из универсальных средств приобщения к человеческой культуре, социализации и формирования личности ребёнка. Сегодня в обществе утрачено уважительное отношение к труду. Трудовая деятельность необходима человеку для удовлетворения его жизненных потребностей и не только физических. Она является важнейшим источником нравственного,

эстетического, сенсорного и других видов воспитания. Естественно, что воспитание у дошкольников тех или иных трудовых навыков ещё не решает задачи нравственного развития детей. Однако оно имеет немаловажное значение для формирования личности ребёнка, так как процесс овладения любым навыком или умением всегда сопряжён для него с проявлением воли, настойчивости, целеустремлённости.

Год от года увеличивается количество детей, имеющих нарушения в развитии. Частота нарушений зрения в экономически развитых странах, по данным Всемирной организации здравоохранения, составляет 1-3%.

Нарушение зрения у детей обуславливает нарушение зрительного восприятия, становление которого неотделимо от познания мира, овладения речью, трудовыми навыками. Зрительная патология отрицательно сказывается не только на физическом развитии, но и на социализации личности, развитии познавательной и трудовой деятельности, последующей трудовой адаптации.

Успешное формирование личности в современном мире может осуществляться только на основе разумно организованного соединения воспитательной работы с практической трудовой деятельностью. Передовые представители философской и педагогической мысли видели в труде большую преобразующую силу, которая обеспечивает прогрессивное развитие, как общества в целом, так и каждого человека в отдельности.

Труд – основной источник материального и духовного богатства общества, главный критерий социального престижа человека, его священный долг, фундамент личного развития. Правильно осуществляемое трудовое воспитание, непосредственное участие детей в общественно полезном производительном труде является действенным фактором гражданского взросления, морального и интеллектуального формирования личности [1].

Трудовое воспитание – процесс организации и стимулирования разнообразной трудовой деятельности детей и формирования у них добросовестного отношения к выполняемой работе, проявление в ней инициативы, творчества, стремления к достижению более высоких результатов.

На основе теоретического анализа литературы по данной проблеме, был выявлен ряд особенностей, которые присущи трудовому воспитанию детей дошкольного возраста с нарушением зрения, а именно:

- время – для освоения, каким либо, даже простейшим навыком труда, ребёнку с нарушением зрения требуется больше времени, чем ребёнку с нормальным зрением;

- наглядность – для проведения занятия с детьми, имеющими нарушение зрения, требуется особый наглядный материал (укрупнённый, выпуклый, рельефный и т.д.);

- трудовая деятельность, где присутствуют обязательно мелкие элементы, может быть так и не освоена детьми, в силу их дефекта;

- большую роль при выполнении задания, для детей играет словесная инструкция.

В условиях зрительной недостаточности в силу психофизических особенностей, а также из-за чрезмерной опеки взрослых у слепых и слабовидящих детей уже с раннего возраста притуляется естественное стремление к трудовой деятельности, что впоследствии может перейти в потребительское отношение к окружающим. В результате у таких детей позднее формируются навыки самообслуживания, страдает координация движений, нет необходимых навыков пространственной ориентировки. У детей с нарушениями зрения отсутствует привычка и потребность в ежедневном труде, не сформирована установка к труду и желание трудиться, остаются несформированными такие качества, как: трудолюбие, активность, самостоятельность и т.д. [2].

Трудовое воспитание целесообразно осуществлять, опираясь на потенциальные возможности слепых и слабовидящих детей и складывающиеся у них процессы компенсации зрительного дефекта. Основным является формирование самостоятельности.

Специфической особенностью трудового обучения детей с нарушениями зрения является:

- большая индивидуализация в процессе организации трудовой деятельности, которая предусматривает коррекцию пространственных представлений ребёнка, развитие его сенсорных функций;
- формирование трудовых навыков протекает сопряжено с уточнением, коррекцией и обогащением представлений о качествах и свойствах предметов;
- организация трудовой деятельности направляется на предупреждение и искоренение ленивых привычек у детей с раннего возраста;
- ознакомление слепых и слабовидящих с приёмам самообслуживания заключается в опоре действий ребёнка на мышечную (осозательную) саморегуляцию движений;

ь возникает необходимость в индивидуальной коррекционной работе по формированию способов трудовой деятельности.

Особое внимание должно быть уделено ознакомлению с трудом людей разных профессий. Дошкольники способны понимать, что делают люди различных специальностей, какими орудиями труда они пользуются, в чем состоит общественно полезная ценность их труда. Вместе с тем знания эти усваиваются ими только в процессе комплексной педагогической работы. Для создания у дошкольников содержательных и четких представлений о труде взрослых недостаточно проведения только одних экскурсий ознакомительного характера. В этом случае у детей не возникает должного эмоционального отношения к труду, они не ощущают того, что любая работа требует затраты человеческих сил. В ряде случаев необходимо организовывать совместный труд детей с взрослыми. Своевременное включение ребенка с нарушением зрения в посильный труд ведет к преодолению расхождения между биологическим и социальным планом развития [1].

Самообслуживание включает заботу о чистоте своего тела, одежды, внутреннюю потребность соблюдать гигиенические правила. Основным мето-

дическим приёмам формирования навыков самообслуживания является показ выполнения каждого элементарного действия в его последовательности. Формирование навыков самообслуживания осуществляется в процессе режимных моментов. Педагог сначала помогает, сопровождая «помощь» объяснением, позднее всё большую самостоятельность обретает ребёнок.

В целях повышения интереса к самообслуживанию целесообразно использовать следующие приёмы:

- Песочные часы или будильник в качестве стимулятора.
- Организация общения с 6-7 летних детей с 3-4-хлетними.

С помощью первого приёма формируются более быстрые темпы трудовой деятельности, а благодаря общению старшие дети приобретают навыки оказания помощи младшим.

Начинать коррекционно-воспитательную работу по приобщению к труду детей с нарушениями зрения необходимо со знакомства с орудиями труда и объяснения способа действия с ними. Каждый ребёнок привлекается к обследованию предметов, с которыми ему предстоит действовать.

Таким образом, овладение элементами трудовой деятельности является прямым продолжением развития предметной деятельности ребенка, при этом сами предметные действия становятся для ребенка общественно значимыми. Введение элементов трудовой деятельности играет большую роль в усвоении ребенком опыта действий с предметами, способствует пониманию роли каждого отдельного действия и логической последовательности действий.

Трудовое воспитание в специальных дошкольных учреждениях ведется в двух направлениях. С одной стороны, детей знакомят с трудом взрослых, с ролью труда в жизни людей, воспитывают уважение к труду взрослых. С другой стороны, трудовое воспитание ведется в процессе практической деятельности детей – при формировании навыков самообслуживания, на занятиях ручным трудом, хозяйственно-бытовым трудом и трудом на участке при детском саду.

Литература

1. Денискина В.З. Особенности обучения социально-бытовой ориентировки детей с нарушениями зрения. – Уфа, 2003.
2. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Основы тифлопедагогики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. – М., 2000.

***Руденко И.В., г. Ростов-на-Дону, ФГАОУ ВПО ЮФУ
Научный руководитель: ст. преподаватель Болдинова О.Г.***

ДИДАКТИЧЕСКИЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ЛЕКСИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Актуальной задачей коррекционно-педагогической работы дошкольного образовательного учреждения комбинированной направленности является

подготовка детей к обучению в школе, всестороннее психическое и интеллектуальное развитие, формирование у них правильной речи. Для дошкольников, имеющих нарушение зрения, в условиях дошкольного образовательного учреждения созданы специальные условия для всестороннего развития, в том числе и коррекция речевых дефектов [2].

Для решения данной задачи в рамках дошкольного образовательного учреждения осуществляется реализация специальных программ. Среди методов коррекции логопедических нарушений дошкольников применяются игровые методы. Именно в ходе игры выстраивается система взаимоотношений дошкольников с внешним миром, развиваются психические функции, среди которых речь занимает основное место. Использование в логопедической работе с детьми игровых технологий способствует предупреждению, вытеснению или фиксации ребенка на своем дефекте. Ребенок, свободно выражая свои мысли и чувства, развивает в игре речевые навыки.

Игра дошкольников (В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко) побуждает детей к общению друг с другом; оказывает влияние на формирование лексико-грамматического строя речи; способствует закреплению навыков пользования инициативной речью, совершенствованию разговорной речи; обогащению словаря [3].

Игра является ведущим и основным видом деятельности детей дошкольного возраста, в том числе и детей с нарушением зрения. Следовательно, коррекционно-логопедическая работа с детьми с нарушением зрения требует от логопеда организации игр и использования игровых технологий обучающей и развивающей направленности. Именно дидактическая игра – одна из форм обучаемого воздействия педагогов на ребенка. Дидактическая игра является ценным средством воспитания умственной активности, она активизирует психические процессы, вызывает у дошкольника живой интерес к процессу познания. Способствует сделать любой материал увлекательным, вызывает у детей глубокое удовлетворение, стимулирует работоспособность, облегчает процесс усвоения знаний [2].

Система дидактических игр для дошкольного образовательного учреждения впервые была создана Ф. Флебелем. Он высоко оценил игру, считая ее важнейшим средством воспитания и обучения ребенка. Но разработанные им игры были сухими и скучными. В создании современной системы дидактических игр огромная роль принадлежит Е.И. Тихеевой, разработавшей ряд игр для знакомства с окружающим и формирования правильной речи.

Классификацией игр занимались такие выдающиеся специалисты, как А.П. Усова, В.Н. Аванесова, А.И. Сорокина, Е.И. Удальцова и др. А.И. Сорокина предлагает следующую классификацию игр: игры – путешествия; игры – поручения; игры – предположения; игры – загадки; игры – беседы. При проведении дидактических игр необходимо учитывать дидактические принципы: системность; повторность; наглядность; слово педагога; разнообразные формы деятельности детей; эмоциональный настрой; темп; время [1].

Одним из условий качественного обучения, воспитания, развития, абилитации и реабилитации детей с нарушением зрения является правильный индивидуальный подход к детям с нарушением зрения, подбор дидактических игр, с учетом индивидуальных особенностей и способностей данной категории детей.

Формирование речи у ребенка с нарушением зрения протекает в более сложных условиях, чем у зрячего ребенка. Нарушение зрения и речи являются сложным дефектом, в котором присутствуют определенные связи и взаимодействия речевой и зрительной недостаточности. В исследованиях Л.С. Волковой, Г.Н. Никулиной, Л.И. Плаксиной, Л.И. Солнцевой и др. находится подтверждение тому, что у детей с нарушением зрения прослеживаются нарушения, при которых имеется расстройство речи как целостной функциональной системы [4].

Нарушения формирования лексики у детей, имеющих нарушения зрения, проявляются в ограниченности словарного запаса, резком расхождении объема активного и пассивного словаря, неточном употреблении слов, многочисленных вербальных парафазиях, несформированности семантических полей, трудностях актуализации словаря.

Объем пассивного словаря у данной категории детей, далек от нормы, что проявляется в том, что дети не знают многих слов: названий ягод (клюквы, ежевика, брусника), рыб, цветов (незабудка, фиалка, ирис), птиц (аист, филин), профессий (маляр, каменщик, сварщик, рабочий, ткачиха, швея), частей тела и частей предмета (манжета, фара, кузов), слов обобщающего характера (мебель, посуда, овощи, фрукты). Многочисленные ошибки наблюдаются в обозначении детенышей животных. Например, на вопрос, как назвать детенышей животных, дети дают следующие ответы: «У кошки – киска, у собаки – собаченок, щененок, у лошади – лошаденек» и другие ошибочные суждения. Особенно большие различия между детьми с нормальным и нарушенным речевым развитием наблюдаются при актуализации словаря глаголов и прилагательных [4].

При проведении коррекционно-логопедической работы по развитию лексики необходимо учитывать современные лингвистические и психолингвистические представления о слове, структуре значения слова, закономерностях формирования лексики в онтогенезе, особенностях лексики у дошкольников с речевой патологией и нарушением зрения, особенности их психофизиологического развития.

С учётом этих факторов Г.А. Волкова выделила следующие направления по формированию лексики:

- расширение объёма словаря параллельно с расширением представлений об окружающей действительности, формирование познавательной деятельности (мышления, восприятия, представлений, памяти, внимания и др.);

- уточнение значений слов;

- формирование семантической структуры слова в единстве основных его компонентов (денотативного, понятийного, коннотативного, контекстуального);
- организация семантических полей, лексической системы;
- активизация словаря, совершенствование процессов поиска слова, перевода слова из пассивного в активный словарь.

Данные направления коррекционно-логопедической работы по развитию лексики возможно использовать с детьми с нарушением зрения в игровой деятельности. Именно дидактическая игра характеризуется разнообразными формами деятельности детей с нарушением зрения в их сочетании. Педагог, руководя игрой, учит детей целесообразным игровым действиям, развивает компенсаторные возможности, используя слух, зрение, двигательно-моторный и осязательный анализаторы. Двигательная активность сочетается с речевой, в тоже время как педагог обозначает словом качества предметов, действия, движения и, повторяя слово в разных условиях, закрепляет его в словаре ребенка, что способствует развитию лексической стороны речи у детей с нарушением зрения.

Таким образом, дидактическая игра является эффективным средством развития лексической стороны речи дошкольников с нарушением зрения. Важно использовать дидактическую игру в широких и обучающих целях в дошкольном образовательном учреждении. Ребенок как губка впитывает все то, чему учит его взрослый, благодаря сензитивности, которая, способствует к развитию лексического строя речи.

Литература

1. Баранова М.Л. Агурийцева Е.А., Леонтьева Е.В. Организация психолого-педагогической помощи детям раннего возраста в условиях дошкольных образовательных учреждений. Опыт экспериментальной деятельности ДООУ N 293 г. Ростова-на-Дону. – Ростов-н/Д., 2004.
2. Болдинова О.Г. Социализация детей с нарушением зрения в условиях дошкольного образовательного учреждения // Международная интернет-конференция. Доклад / Педагогика, психология и социология – Коррекционная и социальная педагогика. – Украина, Одесса, 25марта 2011.
3. Коноваленко В.В, Коноваленко С.В. Хлоп-топ: нетрадиционные приемы коррекционной логопедической работы с детьми 5-7 лет. – М., 2002.
4. Никулина Г.Н. Формирование коммуникативной культуры лиц с нарушениями зрения. – СПб., 2006.

***Сальникова О.Д., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Шипилова Е.В.***

НЕТРАДИЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Каждый человек пользуется родным языком для выражения своих мыслей и понимания мыслей, высказанных другими. Хорошо развитая речь ре-

бенка дошкольного возраста является важным условием успешного обучения в школе. Необходимо развивать речь, как средство общения, создавая условия, при которых ребенок может устанавливать контакты и добиваться своей цели путем речевого обращения к сверстнику или взрослому. Вести работу над обогащением понимаемого и активного словаря ребенка за счет общеупотребительных существительных, глаголов, наречий, прилагательных, предлогов. Общаясь с ребенком, сотрудничая с ним, уметь вызвать ответные действия, вовлечь ребенка в разговор.

По данной проблеме существует ряд работ таких авторов, как И.Н. Садовникова, Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, С.Ф. Иваненко и др.

Н.С. Жукова, Е.М. Мاستюкова, Т.Б. Филичева предлагают коррекционную работу вести по следующим направлениям: обогащение словарного запаса, обучение составлению пересказа и придумывание рассказов, разучивание стихотворений, отгадывание загадок [3, с. 123].

Спирова Л.В., А.В. Ястребова определяют, что в процессе коррекции общего недоразвития речи во время занятий на первом этапе у учащихся преодолевать фонетико-фонематические нарушения и методом устного опережения создавать базу для целенаправленной работы над восполнением пробелов в лексико-грамматическом развитии [3, с. 109].

Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В., Л.Н. Ефименкова и Г.Г. Мисаренко предлагают работу по формированию связной речи начинать с расширения и совершенствования словарного запаса [3, с. 176].

Анализ названных выше теоретических предпосылок позволил сформулировать ряд положений, определяющих успешность результатов коррекции речевых затруднений:

- работа над уточнением и расширением словарного запаса;
- работа над обогащением лексико-грамматического строя речи;
- работа над расширением фонематических возможностей детей.

Нарушения речи могут отрицательно влиять на формирование личности ребенка, вызывать психические наслоения, специфические особенности эмоционально-волевой сферы, способствовать развитию отрицательных черт характера. Это отрицательно сказывается на овладении грамотой, на успеваемости в целом, на выборе профессии.

В настоящее время специалисты сталкиваются с трудностями коррекционной работы из-за возросшего количества речевой патологии. В специальных журналах, в различных методических и научно-популярных изданиях дефектологи, педагоги и психологи представляют новые нетрадиционные формы работы с детьми с нарушениями речи (например, фитотерапия, имаготерапия, японская методика пальцевого массажа и т.д.) в дополнении к академическим методам.

Этой проблемой занимаются такие авторы, как М.А. Поваляева, М.И. - Чистякова, Е.А. Пожиленко, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева и другие. По их словам, использование сказкотерапии оказывает наиболее эффективный результат в коррекционной работе с детьми.

Сюжетно-тематическая организация занятий, их разнообразие, как известно, способствуют спонтанному развитию связной речи, поддержанию положительного эмоционального состояния детей, интереса и внимания, а значит, лучшей результативности в усвоении знаний.

Коррекционную работу возможно проводить по следующим направлениям:

1. Развитие сенсорных и моторных функций.
2. Развитие мимической мускулатуры.
3. Формирование кинестетической основы артикуляторных движений.
4. Развитие интеллектуальных функций.
5. Развитие эмоционально-волевой сферы и игровой деятельности.
6. Развитие черт гармоничной и не закомплексованной личности.

Система сюжетных фронтальных занятий по коррекции произношения у дошкольников отличается от учебно-дисциплинарной модели. В основу этого метода положены комплексность и игровые приемы, а так же нетрадиционные методы. Схема построения занятий отличается от общепринятой следующими моментами:

- в организационный момент включаются релаксационные и психофизические упражнения, психогимнастика.
- в ходе занятий предусматриваются мимические, голосовые, дыхательные и физические упражнения;
- в каждом занятии ведется работа над усвоением лексико-грамматического строя речи;
- физпаузы и физминутки несут дополнительную речевую нагрузку, обусловленную темой занятия, даются задания на словотворчество детей,
- предусматриваются задания на коррекцию психофизических функций.

Сюжетно-тематические занятия обращены к душе ребенка, его чувствам. Они пробуждают в детях доброту, учат понимать «что такое хорошо и что такое плохо», вызывают желание совершать хорошие поступки, воспитывают чувство прекрасного. Кроме обязательных элементов, возможно использование дополнительных: имитация движений и действий, творческие задания, словотворчество, игры и упражнения на развитие познавательных процессов. Количество и тип, и характер дополнительных элементов определяется задачами каждого конкретного занятия [5, с. 17].

Таким образом, на занятиях возможно использование сказкотерапии, игровой формы сообщения темы занятия. Это пробуждает интерес к занятию, и направляется внимание детей к изучаемому звуку, к восприятию новых или повторению пройденных звуков.

Необходимым и обязательным условием для заданий является смысловая и игровая связь с темой или сюжетом занятия. Задания на составление чистоговорок и стихов способствуют развитию ритма, чувства созвучия. Дети обычно с увлечением воспринимают просьбу сочинить или исправить чистоговорки или стихи, которые почему-то не получаются у персонажей сюжета. Сначала они подсказывают отдельные слова и рифмы, а затем целые фразы.

Развитию связной речи способствует запланированное или экспромтное построение сюжета занятия. По ходу занятия дети предсказывают действия персонажей, придумывают для них диалоги и реплики, отвечают на вопросы и находят выход из проблемных ситуаций [3, с. 275].

Средства, используемые логопедом при проведении коррекционно-развивающей работы, можно условно разделить на две группы: ориентированный на непосредственное речевое развитие ребенка и опосредованный, к которому относятся нетрадиционные логопедические технологии, такие как логопедический массаж, массаж языка, аурикулотерапия, японская методика пальцевого массажа, Су-Джок терапия, модели артикуляции звуков и другие нетрадиционные методы [1].

Анализ практической логопедической работы показывает, что в качестве эффективного коррекционного средства можно использовать метод наглядного моделирования. Он позволяет ребенку зрительно представить абстрактные понятия (звук, слово, текст), научиться работать с ними. Это особенно важно для дошкольников, поскольку мыслительные задачи у них решаются с преобладающей ролью внешних средств, наглядный материал усваивается лучше вербального по данным Т.В. Егоровой, А.Н. Леонтьева.

Массаж артикуляционного аппарата давно занял прочную позицию в коррекционной работе учителей-логопедов. При систематическом проведении массажа улучшается функция рецепторов проводящих путей, усиливаются рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами и сосудами. В рецепторах кожи и мышцах возникают импульсы, которые, достигая коры головного мозга, оказывают тонизирующее воздействие на ЦНС, в результате чего повышается ее регулирующая роль в работе всех систем и органов.

В последнее время в среде педагогов и родителей возрастает интерес к массажу пальцев рук. В старшем дошкольном возрасте развитие мелкой моторики рук способствует развитию высших корковых функций: памяти, внимания, мышления, оптико-пространственного восприятия, воображения, а также работоспособности, усидчивости и т.д. Доказано, что даже самый примитивный массаж, заключающийся в сгибании и разгибании пальцев годовалого малыша, вдвое ускоряет процесс овладения им речью. Массаж пальцев ребенка традиционно использовала этнопедагогика. Однако существуют и нетрадиционные виды массажа, способствующие развитию моторики рук: массаж ладонных поверхностей каменными, металлическими или стеклянными разноцветными шариками, массаж грецкими орехами, массаж шестигранными карандашами, четками и т.д. [1, с. 17].

Научить детей самомассажу рук несложно. С помощью граненых карандашей ребенок массирует запястья, кисти рук: пальцы, ладони, тыльные поверхности ладоней, межпальцевые зоны. Такой массаж и игры с карандашами будут стимулировать речевое развитие ребенка, способствовать овладению тонкими движениями пальцев, улучшат трофику тканей и кровоснабжение пальцев рук. Особый интерес массажные упражнения вызывают

ют у детей, если их выполнение сочетается с проговариванием коротких стихотворений и рифмовок [2, с. 143].

Необходимым в коррекционной работе также является развитие направленной воздушной струи. Традиционно для формирования дыхания используется комплекс физических упражнений. Однако вместо общепринятых можно использовать модифицированные приемы парадоксальной гимнастики А.Н. Стрельниковой [2, с. 49].

Парадоксальная гимнастика способствует увеличению объема вдоха и диафрагмального выдоха. Каждое движение соответствует определенным фазам дыхания. Так, вдохи делаются при движениях, сжимающих грудную клетку. Вдох должен быть максимально активен, выдох – пассивен. В отличие от традиционной дыхательной гимнастики при слегка согнутых губах делается шумный короткий вдох носом. Выдох осуществляется свободно через рот.

Эффективность применения нетрадиционных методов во многом зависит от их сочетания с традиционными средствами коррекции. В процессе такого сочетания ребёнок исподволь постепенно овладевает необходимыми речевыми навыками и умениями. Кроме того, использование нетрадиционных технологий при проведении коррекционно-логопедической работы, а также создание наиболее разнообразной, интересной для ребёнка речевой среды, способствует решению задач гармоничного развития дошкольников более результативно и в более короткие сроки, активизирует психические процессы и формирует личность ребёнка в целом.

Литература

1. Акименко В.М. Новые логопедические технологии. – Ростов-на-Дону, 2008.
2. Лавров Н.Н. Дыхание по Стрельниковой. – Ростов-на-Дону, 2003.
3. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. – СПб., 1999.
4. Спирова Л.В., Ястребова А.В. Нарушения речи у детей // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Волковой Л.С., Селиверстова В.И. В 2-х т. – М., 1997.
5. Щетинин М.Н. Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой – М., 2003.

***Сафронова А.А., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО «НГПУ» Институт детства
Научный руководитель: к.пед.н. Кузь Н.А***

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РИТМИКА КАК МЕТОД АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ

Для каждого ребенка, достигшего семилетнего возраста, наступает важнейший момент в жизни – поступление в школу. И для успешности в обучении и решении поставленных школьных задач детям данного возраста необходима зрелость психомоторного развития. Но, к сожалению, в наше время

идет тенденция увеличения числа дошкольников с проблемами развития как речевой, так и неречевой сферы. Наряду с нарушениями фонетического, лексико-грамматического строя речи, наблюдается недостаточность развития моторной сферы. У старших дошкольников слабо развита мелкая моторика, плохая координация сложных движений, несформированность кинестетического и динамического праксиса, замедленная скорость и ловкость выполнения заданий. Наибольшие трудности представляет для детей выполнение движений по словесной инструкции, особенно серии двигательных актов. И в совокупности с этими проблемами имеет большое значение незрелость эмоционально-волевой сферы и слабая регуляция произвольной деятельности. У детей проявляются эмоциональная неустойчивость, пассивность, быстрая истощаемость, повышенная возбудимость, негативизм, недостаточная критичность к своим возможностям [1].

Особенностью периода старшего дошкольного возраста, отличающей его от других, последующих этапов развития, является то, что он обеспечивает именно общее развитие, служащее фундаментом для приобретения в дальнейшем любых специальных знаний и навыков и усвоения различных видов деятельности [3].

Одним из эффективных методов преодоления вышеперечисленных нарушений и адаптации ребенка к условиям школьной среды являются логоритмические занятия. Логоритмика – это система физиологически обусловленных двигательных упражнений, связанных с произношением, в выполнении которых участвуют общая и мелкая моторика, органы артикуляции, мимическая мускулатура [2].

О влиянии логоритмики на детей, о ее значении в эстетическом, умственном, физическом воспитании писали: В.А. Гринер, Н.С. Самойленко, Н.А. Власова, Д.С. Озерцовский, Ю.А. Флоренская. Они подчеркивали общепедагогическое влияние ритма на различные отклонения в психофизической сфере человека.

В ходе занятий дети начинают различать обыгрываемые образы по их внешнему проявлению, через мимику, жесты, позу. У детей формируются высшие чувства – моральные, эстетические, познавательные. Так, дошкольники учатся общаться, взаимодействовать, договариваться, помогать друг другу. Развитию речевой и неречевой сферы способствуют все виды деятельности ребенка, также общение со взрослым и сверстниками.

На основе изученной литературы была создана и апробирована программа «Логоритмика», направленная на коррекцию недостатков речи у детей старшего дошкольного возраста. Разработка реализовывалась на базе МБОУ «Экономический лицей» города Новосибирска, в рамках дошколы. Данная разработка является одним из направлений, способствующих успешной адаптации будущего школьника к условиям обучения в школе.

Целью программы стало преодоление речевых и неречевых нарушений путем развития и коррекции речевых и моторных функций, развитие и тре-

нировка механизмов, обеспечивающих адаптацию ребенка к новым социальным условиям.

Поставленная цель достигалась через решение следующих задач [5]:

- образовательные (познавательные) – формирование двигательных навыков и умений, пространственных представлений и способности произвольно передвигаться в пространстве относительно других детей и предметов;
- воспитательные – развитие чувства ритма, проявлять художественно-творческие способности, воспитание положительных личностных качеств, чувства коллективизма;
- коррекционные – реализация данных задач обусловлена учетом механизма и структуры речевого нарушения, комплексностью и поэтапностью логопедической работы;
- оздоровительные укрепление костно-мышечного аппарата, развитие дыхания, моторных, сенсорных функций, воспитание чувства равновесия.

Группой для исследования стали 19 детей шестилетнего возраста группы предшкольной подготовки. Из них выявлено 25% (5 человек) с ОНР и 40% (8 человек) с ФФНР. У 45% детей с нарушениями отмечались дизартрические расстройства. Обследование фонематических процессов показало недостаточное развитие фонематического анализа, синтеза, фонематических представлений.

Для проверки уровня развития моторной сферы проводилось обследование общей, мелкой и речевой моторики по модифицированной методике А.Я. Мухиной [5]. Исследование сенсомоторного уровня речи показало, что у 50% (10 человек) обследованных детей страдает артикуляционная моторика, что является основой для звукопроизносительных дефектов (нарушение произношения группы свистящих звуков, соноров). У 80% (16 человек) были выявлены не резко выраженные двигательные нарушения, характеризующиеся изменениями мышечного тонуса, нарушением равновесия, координации движений, недостаточностью мелкой моторики рук, несформированностью орального праксиса.

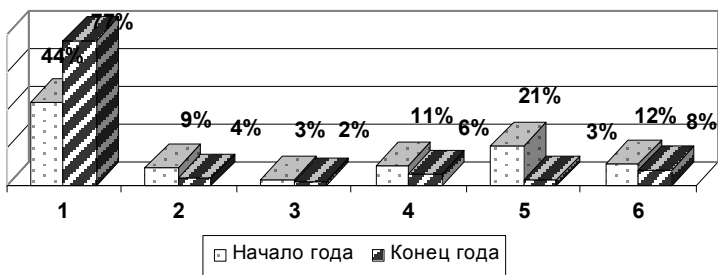
Кроме того, психолого-педагогическое обследование детей выявляет у многих характерные нарушения познавательной деятельности, сниженный уровень умственной и физической работоспособности, незрелость эмоционально-волевой сферы, снижение коммуникативных функций.

Следующим этапом стала реализация программы «логоритмика». Программа построена на основе методики М.Ю. Картушиной [4]. Основной особенностью построения занятий было сочетание ходьба и маршировка в различных направлениях; упражнения на развитие дыхания, голоса и артикуляции; упражнения, регулирующие мышечный тонус; упражнения, активизирующие внимание; счетные упражнения, формирующие чувство темпа; ритмические упражнения; самостоятельная речевая деятельность; игровая деятельность; упражнения для развития творческой инициативы. Система занятий рассчитана на 7 учебных месяцев (с октября по апрель) по 3 раза в неделю. Занятия проводились подгруппами продолжительностью 30 минут.

По результатам контрольной диагностики была видна положительная динамика в развитии детей. У детей исчезла моторная неловкость, увеличился объем движений. При музыкальных упражнениях дети выполняли задания, соблюдая темп и ритм. Наблюдение за детьми во время занятий показало, что произошли изменения мелкой моторики: дошкольники научились завязывать из ленточки бант, при работе с пластилином и бумагой движения рук стали более точными и дифференцированными. При анализе артикуляционных движений можно констатировать более четкую артикуляцию, возможность удержание заданных поз, увеличение объема движений. Положительными стали логоритмические упражнения и для развития звукопроизношения, слоговой структуры слова и для просодических компонентов речи. Речь детей стала интонационно-выразительной, объем речевого выдоха увеличился, нормализовался темп речи, голос стал более модулированным. Кроме развития речевой стороны речи, развивается зрительная, слуховая память дошкольников, словесно-логическое мышление, произвольность внимания.

Для демонстрации результативности проведенной работы можно привести сравнительную диаграмму.

Сравнительные показатели результатов обследования общей, мелкой и речевой моторики детей на начало и конец учебного года



- 1 – задание выполнено правильно
- 2 – задание не выполнено
- 3 – вялость движений
- 4 – напряженность, скованность движений
- 5 – нескоординированность движений
- 6 – синкинезии (содружественные движения)

Из представленной диаграммы видно, что после проведения запланированных занятий увеличилось среднее количество правильно выполненных заданий с 44% до 77%. А результаты по количеству невыполненных заданий и недостаткам при выполнении проб на конец года уменьшились: вялость движений при выполнении – на 1%, напряженность и скованность движений на 5%, нескоординированность движений – уменьшение на 19%. На 4% уменьшилось количество выполненных проб с содружественными движе-

ниями (синкинезии), что свидетельствует о наличии у некоторых детей сложных форм дизартрии.

С помощью индивидуальных коррекционных занятий детям были исправлены нарушенные звуки. На групповых и индивидуальных занятиях проходила работа по развитию фонематической системы языка: фонематический анализ, синтез представления. В ходе взаимодействия в группе дошкольники научились выслушивать друг друга, сотрудничать, договариваться, работать в микрогруппах.

Итак, разработанная программа «логоритмика» в работе с детьми старшего дошкольного возраста в условиях дошкольной школы дает следующие результаты: у дошкольников корректируются нарушения звуковой стороны речи, развивается правильное речевое дыхание, сила голоса, формируется устойчивость внимания, наблюдательность, умение воспроизводить заданный ряд последовательных действий, способность переключаться с одного движения на другое, удержание в памяти определенного количества действий; формируется необходимый уровень слухо-зрительно-двигательной координации, моторных и сенсорных функций; воспитываются положительные личностные качества, чувства коллективизма. Сформированность перечисленных умений ребенка дошкольного возраста является необходимой составляющей для успешного обучения в школе и усвоения программного материала в соответствии с требованиями новых образовательных стандартов.

Литература

1. Аксанова Т.Ю. Логопедическая ритмика в системе коррекционной работы с дошкольниками с ОНР. – СПб., 2009.
2. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – СПб., 2002.
3. Ермолаева М.В. психология развивающей и коррекционной работы с дошкольниками. – М., 2002.
4. Картушина М.Ю. Конспекты логоритмических занятий с детьми 5-6 лет. – М., 2009.
5. Мухина А.Я. Речедвигательная ритмика. – М., 2009.

***Семернина Е.А., г. Ессентуки,
филиал ГБОУ ВПО СГПИ в г. Ессентуки***

Научный руководитель: ст. преподаватель Маркина В.В.

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Реализация прав детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики в области образования. Получение такими детьми качественного общего и профессионального образования является одним из основных и

неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Российской Федерацией 24 сентября 2008 г. подписана Конвенция о правах инвалидов [2], одобренная Генеральной Ассамблеей ООН 13 декабря 2006 г. Конвенция впервые рассматривает вопросы реализации прав инвалидов не с позиции их приспособления к жизни общества, а с позиции устройства жизни общества таким образом, чтобы в нем учитывались потребности и особенности инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья. В Конвенции [2] установлено, что государства-участники признают право инвалидов на образование и принимают исчерпывающие меры для реализации этого права.

В качестве основной задачи в области реализации прав на образование детей с ограниченными возможностями здоровья рассматривается создание условий для получения образования всеми детьми указанной категории с учетом их психофизических особенностей.

Приоритетным направлением этой деятельности является максимально раннее выявление недостатков в развитии детей и организация коррекционной работы с детьми, имеющими такие нарушения. Второе важнейшее направление – создание вариативных условий для получения образования детьми, имеющими различные недостатки в физическом и (или) психическом развитии.

Необходимым условием организации успешного обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в ОУ общего типа является создание адаптивной среды, позволяющей обеспечить их полноценную интеграцию и личностную самореализацию в процессе учебы.

Специфика организации учебно-воспитательной и коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения развития, обуславливает необходимость специальной подготовки педагогического коллектива ОУ общего типа, обеспечивающего интегрированное образование. Педагогические работники ОУ [1, с. 29] должны знать основы коррекционной педагогики и специальной психологии, иметь четкое представление об особенностях психофизического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, методиках и технологиях организации образовательного и реабилитационного процесса для таких детей.

Одним из основных условий социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является обеспечение в дальнейшем их общественно полезной занятости, что обуславливает необходимость получения ими конкурентоспособных профессий [4, с. 15].

В решении вопросов образования детей с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно важно организовать взаимодействие органов и учреждений системы образования, социальной защиты населения, здравоохранения, федеральной службы медико-социальной экспертизы.

Безусловно, нельзя игнорировать роль, которую сегодня играют в этой деятельности неправительственные, в том числе общественные организации,

организации родителей детей-инвалидов. Многие из них готовы и могут оказать реальную помощь в разработке моделей работы по обучению, воспитанию и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, реализации мероприятий, направленных на социализацию воспитанников коррекционных учреждений. Важной задачей остается организация конструктивного сотрудничества в решении этих проблем.

Проблема образования детей с ограниченными возможностями, с особенностями развития с каждым годом становится острее. Большинство школ не готовы принять детей с ДЦП, ЗПР, пониженным слухом или зрением. К сожалению, специалисты образовательных учреждений иногда забывают о своих прямых обязанностях, пользуясь незнанием родителей и их растерянностью, и сознательно отправляют их в спецшколы, интернаты и др. учреждения.

Ребенок-инвалид имеет право на получение среднего и общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. Ребенок-инвалид, который по состоянию здоровья временно или постоянно не может посещать общеобразовательные учреждения, имеет право проходить обучение на дому. Органы управления образованием и образовательные учреждения, реализующие общеобразовательные программы, с согласия родителей (законных представителей), обеспечивают обучение этих детей на дому. Обучение на дому осуществляет образовательное учреждение, реализующее общеобразовательные программы и, как правило, ближайшее к месту жительства ребенка-инвалида

Органами управления образования компенсируются затраты родителям (законным представителям), осуществляющим обучение и воспитание детей-инвалидов самостоятельно на дому в размерах, определяемых государственными и местными нормативами финансирования затрат на обучение и воспитание в государственном или муниципальном образовательном учреждении соответствующего типа и вида.

Родители (законные представители) имеют право производить обучение и воспитание ребенка-инвалида в негосударственных образовательных учреждениях, имеющих государственную аккредитацию и реализующих общеобразовательные программы. Обучение может осуществляться только при наличии в учреждении специальных образовательных условий для обучения и воспитания, включая специальные образовательные программы, разработанные с учетом индивидуальной программы реабилитации инвалидов, коррекционные методы, технические средства, среду жизнедеятельности, специально подготовленных педагогов, а также медицинское обслуживание, социальные и иные условия, без которых невозможно (затруднено) освоение общеобразовательных программ детьми-инвалидами.

Ребенок-инвалид, которому согласно заключению учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы не противопоказано обучение в соответствующих учреждениях, при условии успешной сдачи всту-

пительных экзаменов в государственные и муниципальные образовательные учреждения зачисляется вне конкурса.

Таким образом, государство создает необходимые условия для осуществления реализации прав детей с ограниченными возможностями здоровья на образование и условия для их успешной социализации.

Литература

1. Дмитриев А.В. Проблемы инвалидов. – СПб., 2004.
2. Конвенция о правах инвалидов // http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml
3. Олиференко Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. – М., 2002.
4. Психолого-педагогические основы коррекционной работы с аномальными детьми / Под ред. Лалаева Р.И. – СПб. – 2009.

Силукова А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. пед. н., доцент Акименко В. М.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

В дошкольном возрасте большое значение имеет развитие элементарных математических представлений. Во-первых, развивается мышление, что необходимо для дальнейшего познания окружающего мира. Во-вторых, ребёнок познает пространственные отношения между предметами, устанавливает соответствующие связи, знакомится с формой предметов, их величиной. Все это позволяет ребенку развивать в дальнейшем логическое мышление.

Нарушения развития речи значительно осложняют обучение математике (А. Гермаковская, Г. С. Гуменная, Н. Л. Крылов, Т. И. Обухова, С.С. Рыкова и др.). Дети с нарушением речи допускают ошибки в определении пространственного положения предметов, затрудняются в целостном восприятии предмета и особенно в восприятии сенсорных эталонов: цвета, формы, величины. Также они испытывают большие трудности в сравнении, сопоставлении, определении сходства и отличия между предметами.

Исследования, проведенные А. Гермаковской, Г.С. Гуменной, Л.С. Цветковой, раскрывают влияние речевых патологий на процесс понимания и решения арифметических задач. Эксперимент Г.С. Гуменной показывает, что младшие школьники с нарушением речи не могут проанализировать содержание, установить зависимости и отношения между данными задачи.

Нарушения речи могут затруднять нахождение арифметических операций, соответствующих логическим отношениям совокупностей в задаче; а также понимание условия и конечного вопроса арифметической задачи (Л.С. Цветкова)[1].

В процессе обучения и воспитания дети с нарушением речи должны овладеть тем же объемом знаний, умений и навыков, что и дети с нормальным речевым развитием. Поэтому необходимо сформировать представления о множестве, числе, величине, форме, пространстве и времени в соответствии с требованиями программы воспитания и обучения в детском саду. Детей нужно научить:

- составлять группу предметов и выделять из нее один; сравнивать множества путем установления взаимно-однозначного соответствия; определять результаты сравнения; выделять подмножества; считать до 10 в прямом и обратном порядке; соотносить количество, число и цифру; понимать значение итогового числа как показателя мощности множества; уметь пересчитывать, присчитывать и отсчитывать элементы множеств; устанавливать зависимость и отношения между смежными числами; понимать построение натурального ряда чисел и определять место числа в числовом ряду; пользоваться порядковыми числительными; знать и правильно называть часть целого, половину; применять состав чисел в пределах 10 для решения арифметических примеров и простых арифметических задач; пользоваться вопросительными наречиями для построения вопросов и уметь отвечать на поставленный вопрос;

- сравнивать предметы по длине, ширине, высоте, толщине; составлять сериационный ряд из 10 предметов в возрастающем и убывающем порядке; сравнивать предметы по величине на глаз; измерять длину, высоту, ширину предметов и объем жидких и сыпучих тел с помощью условной мерки; отражать результаты сравнения в речи;

- различать и называть геометрические фигуры и тела (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник, овал, ромб, трапецию, шар, куб, брус, цилиндр, конус, пирамиду); показывать стороны, вершины и углы геометрической фигуры; иметь представление о четырехугольнике и многоугольнике, линии и отрезке; находить в окружающей обстановке предметы изученной формы; анализировать форму реальных предметов и их частей; группировать предметы по форме; ориентироваться в вертикальном, фронтальном и горизонтальном пространственных направлениях; пользоваться пространственными предложениями и наречиями для определения положения предмета и направления движения; определять свое положение среди окружающих предметов и направление своего движения; ориентироваться на плоскости; практически различать и называть времена года, части суток; иметь представление о годе; знать название дней недели и месяцев; понимать значение и уметь правильно употреблять слова вчера, сегодня, завтра, быстрее, медленнее [1].

При формировании математических представлений важно не только добиваться усвоения знаний, умений и навыков, но и осуществлять мероприятия по коррекции психофизических возможностей детей, прежде всего их речевой деятельности.

Воспитательные задачи могут быть реализованы в процессе анализа жизненных ситуаций и формирования морально-волевых качеств личности (аккуратности, ответственности, дисциплинированности, организованности).

Разбор условия арифметической задачи дает возможность расширять кругозор детей, формировать положительный опыт поведения, осуществлять воспитание.

Выполнение практических заданий на установление взаимно-однозначного соответствия, пересчет и отсчет предметов, сопоставление предметов по величине и форме, ориентировка в пространстве, измерение требуют аккуратности, сосредоточенности, дисциплинированности [1].

Коррекционно-развивающая задача предполагает преодоление недостатков познавательной деятельности: развитие понимания речи, речевого подражания, расширение пассивного и активного словарного запаса, лексико-грамматических структур, формирование связной речи, развитие сенсорного и интеллектуального потенциала, словесно-логического мышления.

Занятия по математике позволяют осуществлять коррекцию интеллектуальной и речевой деятельности. В процессе обучения выполнению математических операций дети расширяют пассивный словарный запас, начинают понимать значение обиходно-разговорных слов, а также математических терминов, учатся действовать по инструкции. Требование проговаривать вслед за педагогом ход выполнения задания позволяет активизировать речевое подражание, увеличивать активный словарный запас и развивать регулирующую функцию речи.

Использование разнообразных предметов для составления и сравнения множеств, счета, определения их величины, формы и положения в пространстве позволяет расширять и вербализировать чувственный опыт. Обобщение наглядно-практических действий и математических операций создает предпосылки для развития словесно-логического мышления [1].

У детей развивается грамматический строй речи. Формирование представлений о множестве позволяет показать изменение существительных по числам (*дом – дома; сова – совы*), происходит обучение согласованию по родам, числам и падежам имени существительного с именем числительным (*много, две утки*), с порядковыми числительными (*первый снег, второй хлопок*), с именем прилагательным (*маленькая кукла, у высокого дуба, на узкой дороге*). При формировании умения определять пространственное положение и направление движения составляются грамматические конструкции, выражающие отношения между предметами. Дети учатся понимать значение вопросительных и пространственных наречий и предлогов, правильно употреблять их, устанавливая связи между предметом и его действием (*книга лежит на столе*). Последовательное обучение ориентировке на плоскости позволяет проводить работу по развитию связной речи.

Большое корректирующее значение имеет формирование временных представлений. Дети усваивают глагольные формы, учатся правильно употреблять их. Рассказывают о действиях, совершаемых в определенный период времени [1].

На занятиях по математике проводятся дидактические игры, позволяющие включать детей в беседу, строить между ними диалоги, учить межличностному взаимодействию.

Решение коррекционных задач значительно отличает методику преподавания математики для детей с нарушением речи от методики обучения детей, не имеющих речевой патологии. Это требует соблюдения как дидактических условий (принципы обучения, методы, средства), так и специальных подходов к обучению.

Регулятором норм для педагогической практики выступают следующие принципы:

- развивающее и воспитывающее обучение, которое определяет необходимость направленного формирования личности обучаемого. При обучении детей с нарушением развития необходимо говорить не о развивающем, а о коррекционно-развивающем обучении;
- научность обучения;
- активность в обучении, предусматривающая необходимость собственной деятельности обучаемых в процессе познания;
- систематичность, предполагающая строгую последовательность подачи учебного материала;
- практическая направленность в обучении [1].

Кроме того, необходимо опираться и на принципы, определяющие дидактические условия эффективного обучения:

- доступность и прочность обучения;

Формирование речи предполагает анализ и сравнение речевых единиц, выделение и обобщение языковых правил, то есть высокий уровень сформированности вербально-логической, аналитико-синтетической деятельности в целом. В связи с этим в обучении математике ведущую роль играет проблемное изложение учебного материала: постановка проблемных вопросов, использование заданий, которые заставляют детей решать поставленную задачу, находить ответ на вопрос, узнавать правильное решение. В ходе такого обучения дошкольники понимают логику и последовательность поиска решения проблемной ситуации, участвуют в совместных опытах, исследованиях.

Литература

1. Цветкова Л.С. Нейропсихология счёта, письма и чтения: нарушение и восстановление. – М., 2008.

*Токарева А.С., сурдопедагог
Санаторий «Дружба», г. Геленджик*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТОВ В ШКОЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Язык – самая открытая, но одновременно и самая потаенная составляющая любой культурной системы. Именно язык является более доступным и точным способом передачи смысла – того, что может быть постоянно вос-

принято представителями разных культур более менее одинаково. В то же время сам способ формулировки той или иной мысли на одном языке невозможно с абсолютной степенью подобия перевести на другой.

Жестовый язык является ядром культуры глухих – не менее самобытной и уникальной, чем любая другая. Но в современном мире, который при всех к нему нареканиях представляется самым гуманным и просвещенным за всю историю человечества, жестовый язык испытывает давление. Даже в самых развитых странах отстаивание жестового языка происходит с трудом.

В любом обществе, где существует, как минимум, две культуры, между их носителями возникают конфликты. Культура меньшинства почти недоступна представителям культуры большинства, и поэтому им непонятна. Так как большинство определяет образ жизни общества в целом, меньшинство вынуждено бороться за свое самоопределение. Не стал исключением конфликт между глухим сообществом и слышащим. Конфликт затрагивает почти все сферы интересов глухих: право на собственный язык, право на собственную культуру, право на собственный стиль жизни [5].

Ученый Л.С. Выготский в 1931 г. писал: «Борьба устной речи с мимикой, несмотря на все добрые намерения педагогов, как правило, всегда оканчивается победой мимики, не потому, что именно мимика с психологической стороны является истинной речью глухонемого, не потому, что она легче, как говорят многие педагоги, а потому, что она есть подлинная речь во всем богатстве ее функционального значения. А искусственно прививаемое устное произношение слов лишено жизненного богатства и является только мертвым слепком с живой речи. Мы должны использовать все возможности речевой деятельности глухонемого ребенка, не относясь свысока, пренебрежительно к мимике и не третируя ее как врага, понимая, что различные формы речи могут служить не только конкурентами друг для друга и взаимно тормозить развитие одна другой, но и ступенями, по которым глухонемой ребенок восходит к овладению речью»... Другой выдающийся сурдо- и сурдотифлопедагог И.А. Соколянский писал: «Игнорирование жестовой речи глухого ребенка в дошкольный и школьный период – это тяжчайшее преступление...»

Система жестового общения глухих имеет сложную структуру, включающую две разновидности жестового языка: разговорный жестовый язык (РЖЯ) и калькирующий жестовый язык (КЖЯ).

В ситуации обычного, неформального общения глухие индивиды пользуются разговорным жестовым языком (РЖЯ), это полноценная языковая система со своей лексикой, грамматикой и синтаксисом.

Калькирующий жестовый язык (КЖЯ) используется, в основном, в официальном общении, например при сурдопереводе лекций в институте, докладов на конференциях; раньше он использовался на телевидении в программах новостей. Мы говорим о КЖЯ тогда, когда в процессе коммуникации глухие собеседники артикулируют слова обычной речи, сопровождая их же-

стами. Жест в этой ситуации выступает эквивалентом слова и дублирует его, а порядок слов калькирует грамматику обычного, словесного языка [4].

Билингвистическое обучение не просто особый метод обучения – это философия, которая затрагивает разнообразные стороны жизни, отношения к ней и к людям, взаимоотношений «взрослый – ребенок», «глухой – слышащий», «жестовый – словесный», «руководитель – преподаватель», «семья – школа» и многое другое. Философия строится на признании жестового языка полноценной богатой лингвистической системой, на уважении глухих и признании права глухих быть самими собой, на доступ глухих к любой информации и полноценному образованию. И конечно на любви к жестовому языку и страсти узнать его еще больше, на любви к глуму человеку. Билингвистическая система подразумевает не просто обучение детей разных возрастов, но и «школы» для родителей, обучение слышащих членов семьи жестовому языку, подготовку кадров [3].

У нас в стране упорно игнорируется старый, уже проверенный, надежный путь – путь к всесторонне развитой личности через жестовый язык.

Педагогическая система билингвистический подход является новым направлением в сурдопедагогике, которое появилось в мире в начале 80-х годов. Следует упомянуть несколько факторов, способствовавших развитию этого направления сурдопедагогике.

Во-первых, это кардинально изменившееся отношение к жестовым языкам. Глухие практически всегда использовали жестовый язык для своего общения. Было доказано, что жестовый язык отнюдь не примитивный язык, как многими считалось ранее. Он не лучше и не хуже русского, английского, китайского, это просто иной язык. Признание жестовых языков означало возможность их использования в обучении.

Во-вторых, изменились взгляды общества на людей, которые «в чем-то не такие как все». Появилась необходимость понимания мира «других», стала отживать идеология подчинения стандартам большинства, нивелирования личностных особенностей. К глухим перестали относиться как к «убогим», как к «инвалидам», из которых непременно нужно делать подобие слышащих. Их стали расценивать как людей, имеющих право на свой особый путь развития, разделяющих и свою культуру глухих и культуру слышащего большинства

В-третьих, это общее недовольство результатами обучения устным методом.

Что же такое билингвистический метод обучения на практике? Учитель или воспитатель объясняет тему голосом, чётко артикулируя слова, и сопровождая свою речь жестами (а не дактилем), а от ученика следует требовать устный ответ.

Жестовый язык как важнейшее вспомогательное средство, даёт возможность глухим, постигать все предметы легко, с интересом и в большом объёме. И при этом он абсолютно не мешает развивать речь учащихся.

Использование словесного языка и жестового языка как в дошкольном и в школьном обучении (т.е. билингвизм), широко распространено во многих

странах мира. В частности, это является государственной образовательной системой обучения глухих и слабослышащих всех Скандинавских стран уже более 20 лет; в США 20 спецшкол перешли на билингвистический подход. Использование жестового языка в обучении ни в коей мере не препятствует развитию устной речи.

Билингвистический метод обучения детей с нарушениями слуха можно использовать при:

- формировании новых понятий;
- объяснении лексического значения слов;
- сообщении новой информации;
- проведении экскурсий и бесед;
- разборе детских конфликтов;
- проведении коллективных мероприятий;
- общении с глухими родителями и т.д и т.п.

Показателем эффективности применения данного метода является значительная экономия времени на уроках, которое можно использовать для закрепления учебного материала, работы над грамматическим строем языка и др. [2].

Кроме того, дети лучше запоминают вербальный материал, когда слово подкреплено жестом. Расширяется словарный запас, опираясь на который учащиеся лучше воспринимают речевой материал. Это, в свою очередь, позволяет улучшить качество речи детей: темп, ритмико-интонационную структуру и разборчивость устной речи учащегося [4].

Жестовый язык является спасательным кругом для педагогически запущенных детей. Они потеряли много времени в бездействии, катастрофически мало знают. Исправить это можно с помощью жестового языка. Глухим детям необходимо подавать материал на жестовом языке, а уже потом постепенно переходить к словесному. За достижение главной цели обучения – развития, «отвечает» жестовый язык.

Жестовый язык способствует общему интеллектуальному развитию, развитию представлений об окружающем мире, переживании палитры чувств. Одним словом – жестовый язык является общеразвивающим и информационным элементом.

Все больше глухих детей становятся слабослышащими после получения кохлеарного импланта (КИ) [7].

По мнению представителей обществ глухих, параллельное обучение детей с КИ и их родителей жестовому языку позволит избежать негативных последствий, если ребенок не сможет адаптироваться к среде слышащих. Жестовый язык имеет несомненное преимущество, так как обеспечивает полноценную коммуникацию между родителями и детьми в случае поломки КИ или необходимости его замены. А если ребенок пойдет в бассейн, и снимет имплант, сможет ли он все считывать по губам? [5].

Детям с КИ приходится концентрировать внимание и напрягать слух, они теряют много энергии на чтение с губ, на попытки услышать, что им гово-

рят. Для многих слабослышащих головная боль и усталость в конце дня – обычное дело. Возможно, билингвизм – более разумное дело, чем аспирин.

Слабослышащий ребенок может иметь доступ к двум системам общения, вместо того, чтобы теряться в дихотомии «глухой/слышащий» и «жестовый язык /голосовая речь» [7].

Мир меняется, меняется отношение к глухим и к жестовому языку. Со временем в школах для глухих детей учителя постепенно изменят отношение к использованию жестового языка, ведь используя русский жестовый язык, учитель сможет доступно донести знания в большем объеме, а это важно в наше компьютерное интернетовское время, когда у детей пропадает желание учиться [6].

Дети лучше понимают, о чем идет речь на уроках, чаще находятся в ситуации успеха, чувствуют себя увереннее. Включение жестового языка в образовательный процесс способствует преодолению коммуникативных барьеров, установлению искренних, доверительных отношений между взрослыми и детьми [4].

Помимо этого формируется совсем иное сознание – мы воспитываем не инвалидов с комплексом неполноценности, а уверенных в себе людей, знающих свои права и обязанности, полноценных членов общества.

Литература

1. Выготский Л.С. Принципы социального воспитания глухонемых детей. – М., 1983.
2. Зубаровская О. Нужны ли жесты в школе? // В едином строю. – № 4. – 2011;
3. Комарова А. Учитель// В едином строю. – №5. – 2010.
4. Мазаев Е. Есть ли польза от жестового языка // В едином строю. – №1. – 2011.
5. Марголин М. Глухие и кохлеарная имплантация. Опыт Германии // В едином строю. – №12. – 2005.
6. Сильянова Е. Нет сомнений!// В едином строю. – № 4. – 2011.
7. Чупина К. Билингвизм – опасность или роскошь. Опыт Швеции // В едином строю. – №4. – 2009.

Ульянова В.В., г. Новосибирск,

ФГБОУ ВПО “НГПУ” Институт детства

Научный руководитель: ст. преподаватель Одинокова Н.А.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИХ ОШИБОК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ СРЕДСТВАМИ ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР

В последние десятилетия в общеобразовательных дошкольных учреждениях неуклонно растет число детей, испытывающих трудности в речевом раз-

витии. Исследования В. П. Глухова, Л. Г. Парамоновой, Т. А. Ткаченко, Т. Б. Филичевой, С. Н. Шаховской и многих других ученых показали, что большую часть среди этих детей составляют дошкольники с общим недоразвитием речи (ОНР). Понятие «общее недоразвитие речи» предполагает наличие симптомов несформированности всех компонентов речевой системы: фонетико-фонематической ее стороны, лексического состава, грамматического строя и связной речи [9].

Этиология и патогенез общего недоразвития речи многообразны, но с клинической точки зрения наибольшее значение имеет группа ОНР, связанная с ранним органическим поражением ЦНС. В зависимости от времени поражения выделяют внутриутробную патологию, нарушения со стороны ЦНС, связанные с родовой травмой (интернатальное поражение мозга), и постнатальное повреждение, возникающее под влиянием инфекций и травм уже после рождения ребенка. Наиболее часто причинами выступает сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения, повреждения или нарушения созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов, действующих во внутриутробном периоде, в момент родов или в первые годы жизни ребенка [10].

Хорошая речь – важнейшее условие всестороннего полноценного развития детей. Поэтому важно заботиться о ее своевременном формировании, предупреждении и преодолении разнообразных нарушений. Важным фактором, препятствующим полноценному развитию детей с ОНР, является несформированность речи. Нарушения лексико-грамматического строя речи является ведущим дефектом в структуре общего недоразвития речи. Умение связно, последовательно и образно выражать свои мысли является не только необходимым условием успешности обучения в школе, но и позволяет расширять возможности в общении с окружающими взрослыми людьми и сверстниками.

В. П. Глухов [7], Н. С. Жукова [6], Т. А. Ткаченко [4], Т. Б. Филичева [10], Г. - В. Чиркина [11] и другие отмечают, что для высказываний детей с общим недоразвитием речи характерны: нарушение логической последовательности повествования, отсутствие связности, пропуски смысловых звеньев, незавершенность микротем, возвращение к ранее сказанному, длительные паузы на границах фраз, отчетливо выражены лексические затруднения – бедный словарный запас, недостатки в грамматическом оформлении предложений, неправильное оформление связи слов, пропуски слов, дублирование элементов фразы, ошибки в образовании глагольных форм.

Согласно точке зрения Н. С. Жуковой, Е. М. Мастоковой, Т. Б. Филичевой, в дошкольном возрасте ребенок должен овладеть такими лексико-грамматическими умениями как согласование прилагательных с существительными в роде, числе, падеже, существительных с числительными; уметь изменять слова по числам, родам, лицам; правильно употреблять предлоги в речи. Но, как утверждают исследователи, при этом увеличивается количество грамматических ошибок, таких как неправильное образование формы родительного паде-

жа множественного числа существительных; неправильное согласование глаголов с существительными, нарушается структура предложений [6].

Одним из главных средств преодоления лексико-грамматических ошибок у детей дошкольного возраста с ОНР являются дидактические игры.

Д. Б. Эльконин, занимаясь проблемой игры, отмечал, что главной целью любой дидактической игры является обучение. Поэтому ведущим компонентом в ней выступает дидактическая задача, которая скрыта от ребенка игровой. Своеобразие дидактической игры и определяется рациональным сочетанием двух игровых задач: игровой и дидактической. Если преобладает обучающая задача, то игра превращается в упражнение, а если игровая задача, то деятельность теряет свое обучающее значение [13].

Существенным элементом дидактической игры являются правила. Выполнение правил обеспечивает реализацию игрового содержания. Соблюдение правил выступает неперменным условием решения игровой и дидактической задачи. Дидактическая игра может состояться только при условии, когда правила становятся внутренним регулятором детской деятельности, а не выступают лишь как внешние требования взрослого [12].

Правила направляют игру по заданному пути, объединяя дидактическую и игровую задачу. Реализуются игровая и дидактическая задачи в игровых действиях. Средством решения дидактической задачи выступает дидактический материал. Результатом дидактической задачи является решение игровой и дидактической задач. Решение обеих задач – показатель эффективности игры. Младшие дошкольники осознают игровой результат. Старшие начинают вспоминать результат, связанный с решением дидактической задачи: научился, догадался, решил [1].

По мнению Р. И. Лалаевой [8], основные функции дидактических игр в преодолении нарушений лексико-грамматических ошибок у детей с ОНР следующие:

1. Функция формирования устойчивого интереса к учению и снятия напряжения, связанного с процессом адаптации ребенка к школьному режиму.
2. Функция формирования психических новообразований.
3. Функция формирования собственно учебной деятельности.
4. Функции формирования общеучебных умений, навыков учебной и самостоятельной работы.
5. Функция формирования навыков самоконтроля и самооценки.
6. Функция формирования адекватных взаимоотношений и освоения социальных ролей.

Значение игры как ведущего всесторонне развивающего дошкольников вида деятельности позволяет широко использовать игровые приемы в логопедической работе, а также выводит игру на первый план среди разнообразных методов при коррекционном воздействии. Посредством применения игры и отдельных игровых действий в ходе занятий можно преодолеть ряд трудностей, возникающих в коррекционной работе с детьми, имеющими ре-

чевые нарушения. Таким образом, проблема целесообразного и адекватного использования дидактических игр на разных этапах логопедической работы приобретает большое теоретическое и практическое значение.

Считая возможным преодоление лексико-грамматических ошибок у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи в ходе применения дидактических игр, как наиболее доступного вида деятельности, одним из важных факторов, экспериментальное исследование мы посвятили этому направлению.

Данное практическое исследование проводилось на базе логопедической группы МКДОУ № 391 «Елочка» г. Новосибирска. Исследованием было охвачено 15 детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня. Экспериментальное исследование состояло из трех этапов: констатирующего, формирующего и контрольного.

В своей работе использовали, как основную – программу Т. Б. Филичевой, С. Н. Чиркиной, а также авторские программы Т. А. Ткаченко, В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко.

Обучение строилось постепенно, от подбора простых заданий к более сложным. Материал по дидактическим играм подбирался в соответствии с возрастом и возможностями детей с ОНР.

Вся работа по формированию грамматически правильной речи опиралась на реальные представления детей и постоянно совершенствующееся слуховое восприятие. Новая грамматическая форма закреплялась с помощью дидактических игр по словоизменению и словообразованию, по составлению словосочетаний и предложений.

Экспериментальная работа показала, что создание необходимых оптимальных условий применения игровых средств, представленных данным исследованием, для преодоления лексико-грамматических ошибок позволяет находить новые пути и методы их исправления и коррекции, что, в свою очередь, создает базу для качественного обучения дошкольников грамоте.

Анализ результатов работы показал, что включение различных видов дидактических игр в процессе обучения способствует успешной коррекции по преодолению лексико-грамматических ошибок у детей подготовительного к школе возраста. Использование предложенной нами серии дидактических игр в коррекционно-логопедической работе показало положительные результаты в работе с детьми с общим недоразвитием речи.

Литература

1. Бондаренко А. К. Дидактические игры в детских садах. – М.: Просвещение, 1991. – 160с.
2. Бородич А. Н. Методика развития речи детей дошкольного возраста. – М., 1984. – 202с.
3. Большакова С. Е. Работа логопеда с дошкольниками, игры и упражнения. – М.: АПО, 1996. – 417с.

4. Бондаренко А. К. Дидактические игры в детском саду. – М.: Просвещение, 1991. – 160с.
5. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961. – 213с.
6. Жукова Н. С. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. – М.: Просвещение, 1973. – 222с.
7. Игры в логопедической работе с детьми / под ред. В. И. Селиверстова. – М.: Просвещение, 1987. – 144с.
8. Лалаева Р. И. Логопедическая работа в коррекционных классах. – М.: ВЛАДОС, 1999. – 222с.
9. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. – СПб.: Союз, 1999. – 160с.
10. Филичева Т. Б. Основы логопедии. – М.: Просвещение, 1989. – 223с.
11. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Нарушения речи у детей. – М.: Профессиональное образование, 1993. – 232с.
12. Эльконин Д. Б. Психология игры – М.: Педагогика, 1978. – 304с.
13. Эльконин Д.Б. Детская психология. – М.: Просвещение, 1960. – 350с.

*Е.В. Шевченко, г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО “Новосибирский государственный
педагогический университет”*

ОРГАНИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА ПРИ ПОМОЩИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ПРОГРАММ

Важнейшей задачей коррекционного обучения детей с недостатками слуха остается проблема формирования их устной речи. Чем **меньшими**, остатками слуха располагает ребенок, тем меньше у него возможностей для восприятия информации о фонетических элементах речи. Ведущим направлением в специальной педагогике является разработка «обходных путей» и специфических, вспомогательных по своему характеру, средств обучения детей с различными нарушениями развития.

Внедрение компьютерной техники в специальное обучение связано с решением одной из фундаментальных задач: использовать новые компьютерные технологий в целях коррекции нарушений, а также общего развития ребенка с особыми образовательными потребностями.

Информационные технологии относятся к многофункциональным программным средствам обучения, повышающие эффективность учебного процесса. Технологии обучения, основанные на использовании компьютера и программного обеспечения, дают возможности увеличения объема учебного материала на занятии без увеличения нагрузки на детей по его усвоению и реализуются такие дидактические задачи, решение которых без использова-

ния компьютера было бы недостаточно эффективно [2]. Решение учебных и коррекционных задач с помощью компьютерных технологий встраивается в общую систему обучения и воспитания. В каких случаях целесообразно включить в структуру занятия работу с компьютером решает сам педагог. И это будет зависеть от поставленных коррекционных и образовательных целей и задач, а также от индивидуальных особенностей, возможностей, потребностей и состояния здоровья ребенка с нарушениями слуха [2, с. 57-65].

К основным задачам работы сурдопедагога в области формирования и коррекции произносительной стороны речи дошкольников с нарушениями слуха относятся:

- формирование правильного звукопроизношения;
- формирование правильного голосообразования и стабильного голосо-
ведения;
- формирование у ребёнка умения говорить слитно, в нормальном тем-
пе, голосом нормальной громкости;
- формирование правильного речевого дыхания [3].

При таком подходе компьютер выступает в качестве вспомогательного сред-
ства обучения, повышающего эффективность педагогического процесса. Пла-
нирование коррекционной работы с использованием информационных техно-
логий осуществляет учитель-дефектолог. Он выбирает коррекционные задачи,
решение которых традиционными методами является сложным, приемы и ме-
тоды, которые позволяют достичь более высокой мотивации к деятельности, а
также повысить» динамику коррекционно-образовательного процесса.

В исследованиях В.П. Беспалько [1] сформированы и научно обоснова-
ны следующие основные требования к педагогическим программным сред-
ствам обучения:

- дидактические
- методические
- педагогические
- программно-технические.

Одной из первых программ в области коррекции произносительной сто-
роны речи стала компьютерная программа «Видимая речь» («Speech Viewer»
-1, II, III компании IBM). Программа предназначена для детей с нарушен-
ным слухом и тяжелыми речевыми нарушениями. Авторы программы пред-
ложили новый подход к визуализации основных акустических компонентов
речи, создав достаточно информативные даже для маленьких детей графиче-
ские образы с элементами мультипликации.

Программа «Видимая речь» может быть использована в качестве вспо-
могательного средства при решении основных задач формирования и кор-
рекции произносительной стороны речи детей:

- обследования ритмико-интонационной стороны речи ребенка с целью
получения наиболее объективных данных, дополняющих данные традици-
онного обследования;

- формирования установки на занятия и осознанного отношения к ним;
- формирования правильного речевого дыхания;
- развития и коррекции голоса;
- формирования и коррекции звукопроизношения;
- формирования навыков самоконтроля.

Применение программы «Видимая речь» возможно на различных этапах коррекционного воздействия:

- обследования произносительной стороны речи ребенка;
- формирования первичных произносительных умений и навыков;
- формирования и уточнения артикуляторных навыков;
- автоматизации и дифференциации поставленных звуков;
- введения полученных произносительных навыков в произвольную речь;
- формирования звуко-слового анализа и синтеза;
- воспитания навыков самоконтроля произношения [3].

Программа SpeechViewer имеет разветвленную структуру, широкий спектр возможностей. Структура компьютерной программы включает целый ряд блоков, среди которых, с точки зрения их функционального предназначения, можно выделить основные и вспомогательные (сервисные). К сервисным блокам относятся: «Регистрация и картотека»; «Заметки и отчеты»; «Статистические данные»; «Образцы»; «Настройки и действия». Основной блок программы называется «Упражнения». Он включает тринадцать модулей: «Звучание», «Уровень громкости», «Наличие голоса», «Включение голоса», «Продолжительность звучания», «Диапазон голоса», «Контроль высоты голоса», «Точность воспроизведения фонем», «Цепочки фонем», «Противопоставление двух фонем», «Дифференциация четырех фонем», «Высота и громкость», «Спектр».

Среди отечественных разработок можно назвать логопедический тренажёр «ДЭЛЬФА 130», который успешно применяется для формирования, коррекции и оценки некоторых аспектов правильного произношения глухих и слабослышащих детей. Основополагающий принцип действия тренажера – зрительный контроль. Тренажер позволяет отрабатывать важные параметры ритмико-интонационной структуры речи (интонацию, темп, слитность, словесное ударение и т.д.) и некоторые звуки русского языка. При этом обеспечивается возможность отработки как изолированных звуков, так и слогов, слов, словосочетаний, фраз, то есть различных речевых единиц.

Целесообразность применения компьютерных технологий в коррекционном процессе определяется особыми образовательными потребностями детей с нарушениями слуха в дополнительной визуальной информации о звучащей речи, в динамической наглядной опоре для анализа собственной речевой деятельности в режиме реального и отсроченного времени. Работа над произносительной стороной речи более эффективна в случае использования средств визуализации, поскольку ребенок получает дополнительную опору для контроля своей речевой деятельности. За счет включения данных про-

грамм в коррекционный процесс удается расширить сенсорную базу для освоения необходимых произносительных навыков, расширить арсенал средств, используемых в системе работы учителя-дефектолога. Данные программы расширили арсенал средств сурдопедагога, дополнили традиционно используемые средства, но не вытеснили их. На каждом этапе работы над произношением возможно было выбрать то средство, которое наиболее адекватно поставленной задаче и индивидуальным особенностям ребёнка.

Включение информационных технологий оказывает положительное влияние на формирование у детей установки на занятия, развитие и поддержание их мотивации к занятиям. В процессе обучения были отмечены показатели роста мотивации детей к занятиям. Использование компьютерных технологий на индивидуальных занятиях делает их более привлекательными для ребенка, обеспечивает психологический и эмоциональный настрой, заметно увеличивает его работоспособность, существенно влияет на формирование навыков самоконтроля.

Литература

1. Беспалько В.П. Образование и обучение с участием компьютеров (педагогика третьего тысячелетия). – Воронеж, 2002.
2. Королевская Т.К. Видимая речь: десять лет в России // Дефектология. – 1999. – №4.
3. Информационные технологии в обучении произношению / О.И. Кукушкина, Т.К. Королевская, Ю.Б. Зеленская. – М., 2004.
4. Попова Е.Ф. Организация логопедической помощи с использованием компьютерных технологий // Педагогика и психология детства: опыт, проблемы, перспективы: сборник научных трудов / под ред. У.М. Дмитриевой. – Новосибирск, 2008.

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

Научный руководитель: к. пед. н., доцент Макаренко Е.А.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Использование новых технологий в учебно-педагогическом процессе представляет, по мнению специалистов, качественно новый этап в теории и практике педагогики. Стремление прогрессивных педагогов удовлетворить возрастающие потребности общества в образовании путём использования возможностей компьютерных технологий приводит к появлению новых форм обучения. Одной из таких форм является дистанционное обучение.

В зарубежной научно-педагогической литературе термин «дистанционное обучение» употребляется для обозначения таких форм обучения, при

которых передача информации между обучаемым и обучающим происходит на расстоянии с помощью технических средств связи [1].

Во всех странах и любой группе общества есть дети-инвалиды, они составляют значительную часть нашего общества, их число продолжает увеличиваться. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья наравне с другими должен получать образование и развиваться. В Концепции модернизации российского образования заявлен принцип равного доступа молодых людей к полноценному качественному образованию в соответствии с их интересами и склонностями, независимо от материального достатка семьи, места проживания и состояния здоровья. Одним из направлений реализации этого требования является развитие дистанционного образования.

В настоящее время 4,5 процента детей, проживающих в России, относятся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в специальном образовании, отвечающем их особым образовательным потребностям [3].

В послании Федеральному Собранию Российской Федерации Президент России Дмитрий Медведев подчеркнул, что создание безбарьерной школьной среды для детей-инвалидов является «особой задачей». В связи с чем, большое внимание стало уделяться применению в школах дистанционных технологий.

Применение дистанционных технологий, метода проектов и др. в обучении детей-инвалидов, которые в силу состояния здоровья не могут посещать школу, является действенным способом обновления организации педагогического процесса. Данные технологии и методы позволяют осуществлять личностно-ориентированный подход, повышать функциональную грамотность учащихся по предмету, а также способствовать развитию конкурентоспособности данной категории учащихся [5].

Дистанционная форма обучения способствует реализации одного из ключевых направлений развития образования, определенного государственной инициативой «Наша новая школа», которая направлена на создание оптимальных условий для включения детей-инвалидов в образовательное пространство и успешной их социализации.

Дистанционное обучение предполагает взаимодействие учащихся с учителем на расстоянии. При этом дистанционное обучение отражает все компоненты учебного процесса: цели, задачи, средства, методы, приемы, содержание, реализация которых осуществляется средствами Интернет-технологий.

В режиме дистанционного обучения возможны занятия по всем учебным предметам, в том числе по иностранному языку. При этом уровень эффективности может быть значительно выше, чем при традиционном обучении. Так как, если работу с детьми-инвалидами выстраивать не только на основе прямого контакта с ребенком (на дому), но и с помощью дистанционного обучения, то у ученика появится возможность заниматься иностранным языком тогда, когда ему позволяет здоровье, а это значит, что занятия будут ему не в тягость. Обучаемый сможет обращаться к записанному

и сохраненному уроку, презентации по той или иной теме через электронную почту или СКАЙП, получить консультацию учителя. Удобство и доступность получения знаний будет способствовать повышению мотивации к изучению иностранного языка, а так же соответствовать принципам природосообразности и доступности [2].

Ведущим компонентом содержания обучения иностранному языку является обучение различным видам речевой деятельности: говорению, аудированию, чтению, письму.

Так, при обучении аудированию и говорению каждый ученик получает возможность слышать иноязычную речь с аудионосителей, а так же общаться непосредственно с преподавателем; при обучении чтению у учащегося появляется возможность использовать электронные книги; при выполнении лексико-грамматических упражнений ученик может выполнять их, набирая текст на клавиатуре, данный вид письма для ребенка с ограниченными возможностями более удобен, быстр, прост, чем письмо ручкой. Обучающийся может выполнять различные творческие задания: разгадывать кроссворды, чайнворды, заниматься поиском новых слов, выполнять игровые упражнения.

Специфика учебного предмета требует предпочтения интерактивных форм обучения, которые интенсифицируют процесс овладения иностранным языком под непосредственным управлением дистантного учителя на основе дидактического коммуникативного воздействия в условиях дистанционного обучения. Термин «дидактическое коммуникативное воздействие» определяется С.Я. Ромашиной как «совокупность речевых действий, реализующих основные функции учителя в организации взаимодействия с учащимися и как форма управления учебной деятельностью на основе фасилитации» (термин «фасилитация» в данной ситуации в переводе с английского означает помощь, облегчение, содействие, продвижение) [6].

В настоящее время данная проблема выходит на практический уровень реализации. Примером эффективного применения дистанционного обучения английскому языку детей-инвалидов является i-Школа (ГОУ Центр образования «Технологии обучения»), открытая в 2003 году в рамках проекта «Развитие информационной образовательной среды для детей-инвалидов», который реализуется Департаментом образования города Москвы.

В школе обучается более 1 тысячи учащихся с 1 по 11 класс. Школа предлагает учащимся более 100 курсов по различным предметным направлениям: гуманитарному, естественно-математическому, технологическому. В каждом направлении есть курсы, построенные по программам общеобразовательной школы, а также курсы творческие, проектные для абитуриентов и для желающих получить предпрофессиональную подготовку.

Во многих школах города Ставрополя активно внедряется в учебный процесс дистанционное обучение как один из видов образовательных технологий. Так, в МОУ СОШ № 21, №39 и др. одной из главных задач деятельности школ является обеспечение личностного роста учащегося, воспитание его

как человека культурного, способного активно реализовать свое право на совершенствование и самореализацию. Приоритетным направлением школ является интеграция детей с ограниченными возможностями в массовую общеобразовательную школу.

В настоящий момент МОУ СОШ № 21 является краевой экспериментальной площадкой, работающей по теме исследования: «Организационно-педагогические, технические и технологические условия дистанционного образования детей с ограниченными возможностями здоровья, не посещающих общеобразовательное учреждение». В школе на основном и дополнительном образовании находятся дети с тяжелыми нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, а также соматическими заболеваниями при условии сохранности интеллектуальной сферы. В центре процесса дистанционного обучения находится самостоятельная (индивидуальная или групповая) деятельность обучаемого, основанная на использовании современных педагогических технологий, стимулирующих раскрытие внутренних резервов каждого учащегося и способствующих формированию социальных качеств личности. Обучение учащихся ведется по индивидуальным образовательным программам и планам, разработанным в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогического консилиума.

В результате обучения успешнее происходит обогащение словарного запаса учащихся, совершенствуется языковая культура, а так же возрастает уровень владения информационными технологиями. Ситуация комфорта позволяет формироваться позитивному отношению к иностранному языку, а так же желанию двигаться вперед, проявлять свои языковые способности, демонстрировать свои умения и навыки. Обучаемый чувствует себя равным со всеми, положительные эмоции служат пробуждению позитивного отношения к жизни, людям, окружающим его; возникнет желание учиться, проходит успешнее и спокойнее социализация и формирование конкурентоспособной личности; повышается мотивация учащихся, не посещающих образовательные учреждения по состоянию здоровья, за счет организации творческих, исследовательских, практико-ориентированных курсов. По окончании обучения учащимся выдаются аттестаты государственного образца.

Основные концептуальные положения обучения иностранному языку могут быть изложены следующим образом:

- в основе обучения иностранным языкам дистанционно должна лежать самостоятельная практика каждого обучаемого в том виде речевой деятельности, которым он овладевает в настоящее время;
- деятельность каждого обучаемого должна строиться под руководством опытного педагога на основе интерактивности;
- учебный процесс должен быть построен таким образом, чтобы педагог имел возможность систематически на протяжении всего курса отслеживать, корректировать, контролировать и оценивать деятельность обучаемых;
- самостоятельная деятельность обучаемого нуждается в эффективной

обратной связи как в отношении используемого учебного материала – пооперационная внутренняя обратная связь, обеспечивающая возможность самоконтроля, так и внешней обратной связи при работе в группах, при контактах с преподавателем [4, с. 141-145].

На наш взгляд, активное внедрение в образовательный процесс дистанционного обучения детей инвалидов, является действительно не только инновационным, но и эффективным. Дети-инвалиды имеют возможность изучения иностранного языка в приемлемой для них форме. Нет сомнения в том, что дистанционное обучение иностранным языкам открывает новые возможности в обучении и самообучении, значительно расширяя и информационное пространство, и информационную сферу обучения детей-инвалидов. Информационная сфера обучения иностранному языку должна быть неограниченной по объему и открытой для информационного взаимодействия, доступа и использования всеми субъектами образования.

Литература

1. Дидактические основы компьютерного обучения. – Л., 1989.
2. Дистанционное обучение: Учебное пособие / Под ред. Е.С. Полат. – М., 2008.
3. Долгалев Б.А. Социально-психологические проблемы инвалидов // Человек: его сущность, развитие и проблемы. Вып. 1 / Под ред. В.С. Кукушина. – Ростов н/Д., 2011.
4. Свиридон Р.А. Дистанционное обучение иностранным языкам через компьютерные сети Internet: Сборник научных трудов I Международной научно-практической конференции «Информационно-коммуникационные технологии в преподавании иностранных языков». – М., МГУ, 2004.
5. Использование современных информационных и коммуникационных технологий в учебном процессе: учебно-методическое пособие / Авторы-составители: Д.П. Тевс, В.Н. Подковырова, Е.И. Апольских, М.В. Афонина. – Барнаул, 2006.
6. Ромашина С.Я. Дидактические основы формирования культуры коммуникативного воздействия педагога. – Барнаул, 2002.

РАЗДЕЛ V. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*Алексеева З.А., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный
Педагогический университет»*

Научный руководитель: ст. преподаватель Одинокова Н.А.

ТЕАТРАЛИЗОВАННАЯ ИГРА КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Театрализованная игра – важнейшее средство развития у детей эмпатии, то есть способности распознавать эмоциональное состояние человека по мимике, жестам, интонации, умения ставить себя на его место в различных ситуациях, находить адекватные способы содействия. Характерными особенностями театрализованных игр являются литературная или фольклорная основа их содержания и наличие зрителей. Театрализованная игра является средством самовыражения и самореализации ребенка.

Способность к распознаванию эмоциональных состояний по выражению лица неоднородная. Она обеспечивается несколькими действиями, которые появляются в определенной последовательности: дифференциация эмоций взрослых, дифференциация собственных эмоциональных состояний, использование эталона эмоции в анализе ситуации в наглядно-действенном плане, в наглядно-образном плане, категоризация эмоциональных состояний [1, с. 65].

В 6-7 лет, как и у нормально видящих детей, у детей с нарушениями зрения начинается важный период интенсивной подготовки к школе. Характерной особенностью психического развития детей с нарушениями зрения является изменение способов коммуникации, которое проявляется в нарушении как речевого, так и неречевого общения. Ребенок с нарушениями зрения слабо знаком с собственными выразительными возможностями и механизмом деятельности анализаторных систем, а потому не владеет мимикой, практически не использует в общении выразительные движения [4, с. 109].

Для ребенка с нарушенным зрением общение приобретает дополнительное значение, так как оно является эффективным средством коррекции и компенсации вторичных отклонений в психическом развитии, возникающих на фоне зрительного дефекта. Одной из специфических закономерностей аномального развития является дефицит информации об окружающем мире, который выступает у этих детей в изменении и замедлении процесса зрительного восприятия, что обуславливает нечеткость, фрагментарность, схематизм образа окружающего мира. Это негативно влияет на развитие со-

ставляющих коммуникативной деятельности (средств вербальной и невербальной выразительности, воображения эмоциональности и т. д.) и поэтому требует социальной коррекции [2, с. 78].

Г.В. Григорьева отмечает, что у дошкольников с нарушением зрения представления о невербальных формах общения носят ситуативный характер, что затрудняет процесс восприятия и понимания окружающих людей и вступления с ними в контакт, тормозят развитие коммуникативной активности и речевых форм общения [2, с. 81]. Этот же автор показала, что представления о мимике, жесте и пантомимике являются по своему происхождению аффективно-когнитивными образованиями, связанными с социальными условиями жизни, и в основном формируются прижизненно, за исключением чисто аффективной выразительности [3, с. 87].

В основе трудностей и недостатков общения при нарушениях зрения как в речевой, так и в неречевой форме лежит дефицит образов представлений, связанных с объектом и субъектом коммуникаций, их нечеткость, фрагментарность, малая обобщенность и голый вербализм. Для детей с нарушением зрения, особенно при общении на расстоянии, характерно неточное восприятие жестов вследствие снижения остроты центрального зрения и нарушения бинокулярности. Они реже пользуются жестами и только, как правило, для уточнения словесной информации. Изучение замены жестов при их раскрытии у детей выявляется бедность, однозначность, ригидность образов представлений о жестах, прочно закрепленных за одним значением, круг их представлений о жестах уже, а сами образы фрагментарны, нечетки, слабо обобщены. Они выступают не как самостоятельные единицы в средствах невербальной коммуникации, а лишь как вспомогательные средства, уточняющие речевую информацию.

Л.И. Солнцева утверждает, что недостатки коммуникативной деятельности и общения в целом возможно компенсировать и корректировать в ходе специальной коррекционной работы, направленной как на коррекцию первичного дефекта медицинскими средствами, так и вторичных отклонений в ходе психолого-педагогического обучения, основанного на развитии зрительного восприятия, умении получать, понимать и использовать информацию от сохранных анализаторов. Это позволит создать целостное, системное, обобщенное и адекватное представление о мире, о человеке и его взаимоотношениях как в индивидуальном общении, так и в общении с коллективом и обществом [3, с. 77].

В научных трудах многих тифлологов (Г. Григорьева, Т. Головина, В. Кобыльченко, А. Литвак, И. Моргулис, Н. Морозова, Л. Плаксина, С. Покутнева, Т. Свиридюк, Е. Синева, Л. Солнцева и др.), которые исследовали детей с нарушениями зрения разных возрастных групп, отмечается, что в условиях зрительной недостаточности необходимы специфические подходы к воспитанию и обучению дошкольников [1, с. 67].

Сложной проблемой является диагностика формирования распознавания эмоций. Диагностика, на наш взгляд, должна осуществляться преимуще-

ственно в двух направлениях. В первом направлении, это связано с тем, что у детей с нарушениями зрения имеются нарушения в неречевом общении (дифференциация эмоциональных состояний и широта диапазона экспрессивных проявлений). Во втором направлении, это связано с тем, что дети с нарушениями зрения понимают эмоциональные состояния и с точностью улавливают самые «тонкие изменения голоса собеседника», но при этом своя интонационная сторона речи не выразительна.

С учетом особенностей детей данной категории были определены критерии и показатели распознавания эмоций:

1. Диагностика состояния неречевого общения:
 - дифференциация эмоциональных состояний;
 - широта диапазона экспрессивных проявлений.
2. Показатели развития представлений об эмоциях:
 - внешние эмоционально-экспрессивные проявления детей: мимические, пантомимические, жестикуляционные, речевые;
 - понимание детьми эмоциональных состояний людей;
 - восприятие детьми графического изображения эмоций;
 - идентификация собственного настроения с изображением.

Таким требованиям в аспекте нашего исследования отвечают задания диагностических методик В.М. Минаевой, Г.А. Урунтаевой, Ю.А. Афонькиной: «В лесу», «Угадай настроение», «Определи настроение лица», «Подбери картинку к своему настроению», «Вкусно – не вкусно», «Волшебные лужи».

Организация исследования осуществлялось на индивидуальных и подгрупповых занятиях, на прогулках, в часы досуга. Использовались символические изображения (пиктограммы) различных настроений с целью определения эмоциональных состояний персонажей по внешним признакам, на развитие умения различать эмоциональные состояния по графическим изображениям и идентифицировать настроение персонажей, описанных в произведениях художественной литературы с символическим изображением.

Прием театрализации помогает детям с нарушением зрения оставить свои привычные специфические (стереотипные) движения, жесты, мимику, которые невыгодно отличает их от зрячих, и усваивать общепринятые манеры, постановку головы, движения рук, позы. Предлагаемые детям задания в альбомах (например, изобрази радостное и грустное настроение), позволяет развивать у них умения дифференцировать эмоциональные состояния.

Содержание театрализованных занятий включает:

- просмотр кукольных спектаклей и беседы по ним;
- игры-драматизации;
- разыгрывание разнообразных сказок и инсценировок;
- упражнения по формированию выразительности исполнения (вербальной и невербальной);
- упражнения по социально-эмоциональному развитию детей.

В дальнейшем будет разработано тематическое планирование по формированию распознавания эмоций у детей с нарушениями зрения.

Литература

1. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. – М., 2006.
2. Григорьева Г. В. Особенности владения невербальными средствами общения дошкольниками с нарушениями зрения // Дефектология. – 1998. – № 5.
3. Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства. – М., 2000.
4. Урунтаева Г. А., Афонькина Ю. А. Практикум по детской психологии. – М., 1995.

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

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

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Семья – это первый непосредственный объект социальной педагогики и психологии. Все начинается с семьи, и все ею для социальной педагогики и психологии заканчивается. Работая на семью, социальный педагог-психолог работает на общество, свой народ и государство. Ребенок – лицо с ограниченными физическими возможностями в семье – чрезвычайная ситуация для всего общества. И помочь облегчить эту ситуацию может только социальный педагог-психолог.

Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Выделяют три типа семей по реакции родителей на появление ребенка инвалида [1]:

- с пассивной реакцией, связанной с недопониманием существующей проблемы;
- с гиперактивной реакцией, когда родители усиленно лечат, находят «докторов-светил», приобретают дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т. д.;
- со средней рациональной позицией: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сохраняется и спланивается.

Отец в семье с больным ребенком – единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и практически не имеет времени заниматься ребенком. Поэтому уход за ребенком ложится на мать. Как

правило, она теряет работу или вынуждена работать ночью (обычно – это надомный труд). Уход за ребенком занимает всё ее время, резко сужен круг общения. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к состоянию депрессии. Часто матери в уходе помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ограниченными возможностями.

Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей.

Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети, как указывает Г.В. Бурменская, в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата [4].

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ограниченными возможностями практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками. Имеющаяся социальная депривация может привести к личностным расстройствам (например, эмоционально-волевой сферы и т.д.), к задержке интеллекта, особенно если ребенок слабо адаптирован к жизненным трудностям, социальной дезадаптации, еще большей изоляции, недостаткам развития, в том числе нарушениям коммуникационных возможностей, что, по мнению Дж. Брауна, формирует неадекватное представление об окружающем мире [3]. Особенно это отражается на детях с ограниченными возможностями, воспитывающихся в детских интернатах.

Общество не всегда понимает проблемы таких семей, и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, зрелищные мероприятия и т.д., тем самым, обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность. Это зависит от наличия педагогических, психологических, медицинских знаний родителей, так как, чтобы выявить, оценить задатки ребенка, его

отношение к своему дефекту, реакцию на отношение окружающих, помочь ему социально адаптироваться, максимально самореализоваться, нужны специальные знания. Большинство родителей отмечают их недостаток в воспитании ребенка с ограниченными возможностями, отсутствуют доступная литература, достаточная информация. Почти все семьи не имеют сведений о выборе профессии, рекомендуемой больному с такой патологией. Дети с ограниченными возможностями обучаются в обычных школах, на дому, в специализированных школах-интернатах по разным программам (общеобразовательной школы, специализированной школы, рекомендованной для данного заболевания), но все они требуют индивидуального подхода.

Получив информацию о такой семье, педагог-психолог составляет рекомендации родителям как следует ухаживать за таким ребенком. План реабилитации ребенка-инвалида составляется на каждого ребенка отдельно. В специализированных центрах с детьми-инвалидами работают психологи, невропатологи, психоневрологи, логопеды, массажисты, дефектологи, инструкторы по лечебной физкультуре.

Учитывая, что эти дети плохо ориентируются в жизни, плохо знают то, что их окружает, социальный педагог выделяет ряд проблем, которые ребенок решает только с ним. Составляются программы, которые включили бы ребенка в окружающий мир. Часть из них относится к личности ребенка, его поведению и часть – к его поведению в обществе.

Работа педагога-психолога направлена на то, чтобы помочь ребенку приобрести умения и навыки общения в окружающей его среде.

Для преодоления трудностей общения детей-инвалидов со здоровыми детьми педагог-психолог составляет программу, по которой ребенок подготавливается к такому общению. Это может быть конкурс, обсуждение книг и фильмов, участие в днях рождения.

Включение детей-инвалидов в трудовую деятельность (фото, швейное дело, ремонт обуви, работы по дереву) также ложится на плечи социального педагога-психолога. Здесь нужно не только подготовить и заключить договоры, но и научить ребят профессии, дать необходимые умения и навыки.

Долг родителей, а в частности матери – успокоить ребенка, облегчить его переживания, создать в семье атмосферу оптимизма. Поможет в этом тоже социальный педагог-психолог.

Ю.Е. Алешина даёт следующие советы матери ребенка-инвалида [2]:

1. Избавьтесь от чувства вины и начинайте действовать.
2. Будьте реалистичны.
3. Не злоупотребляйте, но и не пренебрегайте правилами
4. Проявляйте гибкость.
5. Наладьте общение:
 - выслушивайте, не критикуя, ребенка с его чувствами и проблемами;
 - прежде чем давать советы, поинтересуйтесь у ребенка, хочет ли он их выслушать;

- старайтесь своевременно обсуждать и решать проблемы, не позволяя им накапливаться и обостряться;
- делайте акцент на хорошем;
- высказывайте больше позитивных, чем негативных комментариев;
- не забывайте о значении языка тела;
- избегайте игры «Двадцать вопросов» (не следует постоянно мучить ребенка, расспрашивая его о самочувствии).

6. Установите доверительные отношения с людьми, которые непосредственно участвуют в воспитании ребенка. Если ваш партнер имеет сходные представления о заболевании ребенка и важности лечения, это замечательно. Когда родители действуют сообща, им удастся справиться даже с самыми трудными ситуациями. Если же родители противостоят друг другу, простейшая задача кажется неразрешимой. В одних случаях родителям довольно легко договориться и найти выход из положения. В других – лучше признать существующие разногласия и поручить решение проблемы одному из родителей. Налаженное общение служит основой эффективного сотрудничества. Чтобы улучшить взаимодействие с супругом, используйте те же стратегии, что и в общении с ребенком. Деятельное участие в лечении ребенка принесет пользу ему, семье и лично вам.

Литература

1. Абраменкова В.В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. – М., 2000.
2. Алешина Ю.Е. Семейное и индивидуальное психологическое консультирование. – М., 1994.
3. Браун Дж., Кристенсен Д. Семейная психотерапия и семейное консультирование. – М., 2001.
4. Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А. и др. Возрастно-психологический подход к консультированию детей и подростков. – М., 2003.
5. Василькова Ю. В., Василькова Т. А. Социальная педагогика: курс лекций: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – М., 2000.

***Гопкало Г.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. пед. н. Акименко В.М.***

ПОДГОТОВКА К ОБУЧЕНИЮ ГРАМОТЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В СИСТЕМЕ ПРЕДШКОЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ

В настоящее время увеличивается количество детей с нарушениями речи. Анализ литературных данных (О.Е. Грибова, И.С. Кривовяз, Л.Г.Соловьёва, О.Н. Усанова) показывает, что такие дети на фоне мозаичной картины рече-

вых и неречевых дефектов имеют трудности формирования коммуникативных навыков. Коммуникативные затруднения не обеспечивают процесс общения, а значит, и препятствуют развитию речемыслительной и познавательной деятельности, овладению знаниями, что свидетельствует о неготовности будущих первоклассников к учебному обучению.

Правильная речь – один из показателей готовности ребенка к обучению в школе, залог успешного освоения грамоты и чтения: письменная речь формируется на основе устной, и дети, имеющие речевые нарушения, особенно нуждаются в подготовке к обучению грамоте.

Преодоление речевых нарушений достигается путем целенаправленной логопедической работы. Для детей дошкольного возраста с нарушениями речи, как указывает А.Н. Корнев, характерно:

- отставание в формировании различных видов восприятия;
- слабое развитие основных свойств внимания;
- снижение памяти и продуктивности запоминания;
- отставание в развитии наглядно-образного мышления;
- затруднение в овладении анализом и синтезом;
- наряду с недоразвитием общей моторики, недоразвитие мелкой моторики пальцев рук [1].

Система обучения и воспитания детей дошкольного возраста с нарушениями речи в системе предшкольной подготовки включает коррекцию речевого дефекта и подготовку к полноценному обучению грамоте.

Для обучения чтению и письму необходимо, чтобы у ребенка было достаточно развито мышление, речевой слух и особое зрение на буквы (в норме это зрение способствует запоминанию начертания букв без особого труда). В связи с этим дети дошкольного возраста с нарушениями речи испытывают большие трудности в овладении грамотой. Ряд авторов в своих работах указывают на взаимосвязь между состоянием речи детей, уровнем их психического развития и овладением грамотой (Левина Р.Е., Жукова Н.С., Ефименкова Л.Н., Мастюкова Е.М.).

Поэтому одной из важнейших задач коррекционного обучения в системе предшкольной подготовки детей с нарушениями речи является обучение грамоте [2].

При подготовке к обучению грамоте детей дошкольного возраста с нарушениями речи, по мнению Н.В. Нечаевой, учитывается ряд особенностей:

1) звук и буква изучаются параллельно, что ускоряет процесс запоминания графического образа звука (буквы) и значительно ускоряет процесс формирования навыка послогового чтения;

2) последовательность изучения звуков и букв проходит в соответствии с формированием звуков в онтогенезе и предполагает уже с третьего занятия чтение слогов (а, у, м, о, п, т, к, э, н, х, ы, ф, б, д, г, в, л, и, с, з, ш, ж, щ, р, ц, ч);

3) в предлагаемой последовательности отсутствуют буквы и, е, е, ю, я и знаки ь и ъ (в связи с тем, что произношение гласных второго ряда расхо-

дится с их написанием; и –в русском языке может выступать как самостоятельный звук в конце слова (пой, май, дай), а также как неслоговой перед гласным (яма, елка, юла, ели); ь и ъ не имеют звукового обозначения);

4) при знакомстве с буквой необходимо называть не ее «официальное» алфавитное название (эм, бэ), а тот звук, который эта буква обозначает (м, б);

5) графические начертания букв изучаются только в их печатном варианте;

6) при изучении новой буквы обязательно включаются упражнения по профилактике дисграфических и дислексических расстройств речи у дошкольников;

7) для повышения эффективности формирования звуко-слогового и звуко-буквенного анализа необходимо использовать символику (графические схемы слогов и слов);

8) материал по обучению грамоте предлагается нами в следующей последовательности:

- сочетание из двух букв, обозначающих гласные звуки;
- сочетание гласного с согласным в обратном слоге;
- сочетание согласного с гласным в прямом слоге;
- односложные слова по типу СГС;
- двухсложные и трехсложные слова, состоящие из открытых слогов;
- двухсложные и трехсложные слова, состоящие из открытого и закрытого слогов;
- двухсложные слова со стечением согласных;
- трехсложные со стечением согласных;
- простое двусоставное предложение без предлога;
- простое предложение из 3-4 слов без предлога;
- простое предложение из 3-4 слов с предлогом;

9) печатание слогов, слов и предложений предлагается в той же последовательности с постепенным усложнением материала, что и для чтения [3].

Готовность ребенка к освоению грамоты определяется возможностью осознания им звукового строя языка, то есть переключения внимания от семантики слова к его звуковому составу – к умению услышать в слове определенные звуки, слова в предложении и понять, что они расположены в определенной последовательности.

По данным исследования Спировой Л. Ф., ребенок с нарушениями речи этой готовностью не обладает. Дети данной категории допускают ошибки при выделении первого гласного, согласного звука в слове, особенно трудно выделяют гласный в конце слова. Это объясняется особенностями восприятия слога, трудностями расчленения его на составляющие звуки. Гласный звук часто воспринимается детьми с речевыми нарушениями не как самостоятельный звук, а как оттенок согласного. Дети с нарушениями речи при обучении чтению с трудом овладевают слиянием букв, медленно читают, допускают большое количество ошибок, плохо понимают прочитанное. Письмо этих детей так же имеет ряд ошибок: это замены и пропуски букв, слогов [1].

Основной задачей в процессе подготовки к обучению грамоте является:

- формирование у детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями общей ориентировки в звуковой стороне языка;
- обучение их звуковому и слоговому анализу и синтезу слова, то есть определению порядка следования звуков в слове;
- установлению различительной роли звука, основных качественных его характеристик,
- ознакомление детей с буквами;
- ориентировка в словесном составе предложения [2].

Разложение слова на составляющие его фонемы представляет собой сложную психическую деятельность, которой дети с нарушениями речи овладевают только в процессе специально организованной работы.

При обучении грамоте необходимо формировать у детей основные понятия, такие как «гласный звук», «согласный звук», «твердый», «мягкий», «буква». Этот процесс осложняется тем, что мышление ребенка в дошкольном возрасте преимущественно наглядно-образное, т. е. ребенок в основном оперирует образами, а не понятиями.

При подготовке к обучению грамоте детей дошкольного возраста с нарушениями речи необходимо наличие добуквенного, чисто звукового периода обучения, который будет проходить ряд этапов: от умения различать звуки (как речевые, так и неречевые) до звукового анализа и синтеза. То есть, прежде чем начать читать, ребенок должен научиться слышать, из каких звуков состоят слова, проводить звуковой анализ слов (называть по порядку звуки, из которых состоят слова). Дети должны постигнуть определенную систему закономерностей родного языка, учиться слышать звуки, различать гласные (ударные и безударные), согласные (твердые и мягкие), сравнивать слова по звучанию, находить сходство и различие, делить слова на слоги, составлять слова из слогов, из звуков. Позднее учиться делить речевой поток на предложения, предложения на слова и только после этого знакомиться с буквами русского алфавита, овладевая послоговым, а затем слитным способом чтения [3].

Таким образом, работа по подготовке детей дошкольного возраста к обучению грамоте должна начинаться с развития у них слухового внимания и заканчиваться формированием у детей старшего дошкольного возраста первоначальных навыков звукобуквенного анализа, то есть начальному обучению чтению и письму печатными буквами.

Литература

1. Корнев А. Н. Подготовка к обучению грамоте детей с нарушением речи: методическое пособие. – М., 2006.
2. Психолого-педагогическая поддержка жизнедеятельности ребенка в условиях дошкольного образования (рекомендации для родителей, воспитателей, учителей) / Под общей редакцией Н.Б. Ромаевой. – Ставрополь, 2007.
3. Нечаева Н. В. Обучение грамоте. – М., 1992.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЖИЗНЕННЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССА С ГЛУБОКИМ НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА

Введение компетенций в нормативную и практическую составляющую образования позволяет решать проблему, типичную для российской общеобразовательной, в том числе и для коррекционной школы, когда ученики могут хорошо овладеть набором теоретических знаний, но испытывают значительные трудности в деятельности, требующей использования этих знаний для решения конкретных жизненных задач или проблемных ситуаций.

Младший школьный возраст характеризуется тем, что ребенок переходит от игры к учению как кардинальному способу усвоения человеческого опыта, который выражается в различных научных знаниях, что способствует духовно-физической эволюции самого ребенка. Дети данного возраста подражательны, усваивают нормы поведения через примеры и наблюдения, тем самым происходит начало формирования жизненных компетенций.

И.С. Сергеев и В.И. Блинов определяют жизненную компетентность как многоуровневую категорию, которая формируется на протяжении всей деятельности человека, начиная с семьи, взаимоотношений с окружающими, проходит этапы социализации, приобретает жизненный опыт, осваивает ценностные ориентиры, профессиональные навыки, благодаря воспитанию, образованию, профессиональной деятельности, находясь под постоянным воздействием информации [4].

Жизненная компетентность проявляется или наблюдается в действиях, которые индивид совершает в определенных условиях, в процессе развития и воспитания.

Овладение необходимым уровнем жизненных компетенций учащимися 1 класса с глубоким нарушением зрения может рассматриваться как одно из необходимых условий их интегрированного обучения:

- отражать социальную востребованность и подготовленность к участию в повседневной жизни;
- быть условием реализации личностных смыслов ученика в обучении, средством преодоления его отчуждения от образования;
- задавать реальные объекты окружающей действительности для целевого комплексного приложения знаний, умений и способов деятельности;
- задавать опыт предметной деятельности ученика, необходимый для формирования у него способности и практической подготовленности в отношении к реальным объектам действительности;

- быть частью содержания различных учебных предметов и образовательных областей в качестве межпредметных элементов содержания образования;
- соединять теоретические знания с их практическим использованием для решения конкретных задач;
- представлять собой интегральные характеристики качества подготовки учащихся и служить средствами организации комплексного личностно и социально значимого образовательного контроля.

Проблемы овладения средствами общения детей с нарушениями зрения изучаются с позиций их социальной адаптации и широко представлены в материалах исследований Г.В. Григорьевой, В.П. Гудониса, В.З. Денискиной, В.П. Ермакова, М.И. Земцовой, А.И. Зотова, Г.В. Никулиной, В.А. Феокистовой и др.

В исследованиях И.Г. Корниловой, В.А. Кручинина, Р.А. Курбанова, Е.П.-Синевой, Л.И. Солнцевой и др. авторы отмечают, что для успешной адаптации в обществе важнейшими качествами являются способность к установлению социальных контактов, адекватному восприятию и пониманию партнеров по общению, владение способам самоподачи, облегчающими понимание со стороны окружающих. Эти проблемы призваны решать школы III-IV вида для детей с нарушением зрения.

Школа-интернат № 39 г. Новосибирска представляет собой специальное (коррекционное) общеобразовательное учреждение для детей с нарушением зрения. Основные цели:

1. Обеспечение планируемых результатов по достижению выпускником целевых установок, знаний, умений, навыков, компетенций и компетентностей, определяемых личностными, семейными, общественными, государственными потребностями и возможностями обучающегося среднего школьного возраста, индивидуальными особенностями его развития и состояния здоровья.

2. Становление и развитие личности в ее индивидуальности, самобытности, уникальности, неповторимости.

Достижение поставленных целей предусматривает решение следующих основных задач:

- обеспечить доступность получения качественного образования, достижение планируемых результатов освоения основной образовательной программы всеми обучающимися, в том числе детьми-инвалидами;
- повысить требования к воспитанию и социализации обучающихся как части образовательной программы и осуществить соответствующее необходимое усиление воспитательного потенциала школы,
- обеспечить индивидуализированное психолого-педагогическое сопровождение каждого обучающегося,
- формировать образовательный базис, основанный не только на знаниях, но и на соответствующем культурном уровне развития личности, создавать необходимые условия для ее самореализации;

– обеспечить эффективное сочетание урочных и внеурочных форм организации образовательного процесса, взаимодействие всех его участников, единство учебной, коррекционной и внеурочной деятельности;

– осуществлять социальное и учебно-исследовательское проектирование, профессиональную ориентацию обучающихся при поддержке педагогов, психологов, социальных педагогов;

– сохранять и укреплять физическое, психологическое и социальное здоровье обучающихся, обеспечивать их безопасность.

Ежегодно в сентябре начальная школа пополняется новыми учениками. Учитывая мнение учителя-дефектолога и психолога, большинство детей поступающих в первый класс, имеют низкий уровень представлений о форме, цвете, величине предметов, пространственных отношениях. В сравнении с обычными возрастными особенностями, у детей с нарушением зрения в условиях спонтанного познания предметного мира (т.е. отсутствия специальной поддержки в дошкольном возрасте) сформирован значительно меньший объем и низкое качество представлений предметного мира. Представления об окружающем мире и социальной жизни гораздо беднее, чем у нормально видящих сверстников. Многие дети совсем дезориентированы в малом и большом пространстве, самообслуживание чаще всего на низком уровне. Некоторые дети не готовы как морально, так и социально входить в школьную жизнь.

Дети 1 класса с нарушением зрения, особенно с глубокими, нуждаются в психолого-педагогической помощи со стороны педагогов с целью формирования жизненных компетенций, являющихся необходимым условием оптимальной социализации личности.

Мы придерживаемся мнения В.З. Денискиной, Т.А. Дорофеевой, Л.И. Плаксиной, В.А. Феоктистовой, что в начальных классах школ-интернатов для незрячих и слабовидящих детей целесообразно продолжать работу по развитию средств общения, социально-перцептивной компетентности.

Под социально-перцептивной компетентностью понимается определенный уровень сформированности опыта межличностного познания, включающий в себя знание закономерностей социальной перцепции и освоенности способов адекватного восприятия, оценки и личностного развития [2].

Большая работа ложится на педагогов школы, которые благодаря своему опыту, умению, терпению, тесному сотрудничеству и взаимодействию помогают каждому первокласснику расширить их мировосприятие, способы взаимодействия с миром и другими людьми, то есть помогают им адаптироваться в социуме.

В условиях школы-интерната организация свободного времени детей с глубоким нарушением зрения имеет свои особенности. Во второй половине дня со стороны педагогов-дефектологов осуществляется коррекционная работа по следующим направлениям:

1. Охрана и развитие остаточного зрения и зрительного восприятия.
2. Развитие мимики и пантомимики.

3. Формирование пространственной и социально-бытовой ориентировки.
4. Коррекция недостатков развития личностной и эмоционально-волевой сферы.

5. Развитие навыков общения и межличностного взаимодействия.

Все коррекционные курсы подчинены единой конечной цели – формирование жизненных компетенций, которые позволят выпускникам школы-интерната успешно интегрироваться в обществе здоровых людей.

Этот процесс достаточно сложный и объемный. Жизненно-важные компетенции не могут быть решены средствами одного учебного года, даже если формулировать их поэтапно, через формирование и развитие отдельных элементов той или иной компетенции. В этом они близки к традиционными воспитательными и развивающими задачами обучения. Поэтому цели и задачи формирования жизненных компетенций мы соотносим с целями общеобразовательной программы школы и конкретизируем по возрастным группам и классам.

Успешность формирования жизненных компетенций у наших учеников говорит то, что многие выпускники школы-интерната получают среднее специальное и высшее образование, есть среди них педагоги, медицинские работники, юристы, музыканты и т.п. В настоящее время семь выпускников успешно работают в школе-интернате для детей с нарушением зрения.

Литература

1. Воспитание слабовидящего ребенка в семье: сборник статей / под ред. В.П. Ермакова, А.А. Щегловой. – М., 1986.
2. Коновалова М.Д. Развитие социально-перцептивной компетентности подростков с нарушением зрения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005.
3. Петрова Г.Г., Богдашкина Л.П. Помогите своему ребёнку. – Новосибирск, 2001.
4. Сергеев И.С., Блинов В.И. Методы и формы компетентностного обучения [Электронный ресурс] <http://www.myshared.ru/slide/56544/#>.
5. Солнцева Л.И., Денискина В.З. Психология воспитания детей с нарушением зрения. – М., 2004.

***Домницкая Е.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Черепкова Н.В.***

ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Детский церебральный паралич (ДЦП) обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за произвольными движениями.

В настоящее время проблема ДЦП приобретает не только медицинскую, но и социально-психологическую значимость, так как психомоторные на-

рушения, двигательная ограниченность, повышенная раздражительность мешают таким детям адаптироваться к жизни в обществе, усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах такие дети не могут реализовать свои способности, не имеют возможности стать полноправными членами общества. Поэтому особо актуальной является проблема коррекции негативных проявлений детского церебрального паралича.

Проблема ДЦП рассмотрена в работах Архиповой Е.Ф., Бадалян Л.О., Журбы Л.Т., Тимониной О.В., Даниловой Л.А., Лалаевой Р.И., Мастюковой Е.М., Шипициной Л.М., Мамайчук Л.М. и др.

Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе, направленной, прежде всего, на развитие моторики речи и коммуникативного поведения. Коррекционная работа проводится дифференцированно, с учетом формы заболевания и возраста ребенка. Стимуляция психического развития на первом году жизни направлена на формирование зрительного, слухового и кинестетического восприятия, зрительно-моторного манипулятивного поведения, положительного эмоционального общения со взрослым.

С первых месяцев жизни ребенка активно стимулируют к накоплению им чувственного опыта. Его побуждают к обследованию окружающих предметов посредством зрения, слуха, осязания. Важно как можно раньше воспитывать у этих детей осязательные движения рук. С этой целью в ручки ребенка вкладывают различные по форме, величине и фактуре игрушки, привлекая к ним его зрительное внимание. Для улучшения проприоцептивных ощущений перед такими упражнениями целесообразно провести массаж кистей и кончиков пальцев щетками различной жесткости [3].

На основе предметно-практической и игровой деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, стимулируют сенсорно-моторное поведение и голосовые реакции, используя методы так называемого торможения и облегчения. Тормозят нежелательные патологические движения, сопровождаемые повышением мышечного тонуса, и одновременно «облегчают» произвольную сенсомоторную активность.

Применяются различные приспособления для фиксации головы, туловища и конечностей с целью облегчения функций артикуляционного аппарата, тренировки зрительно-моторной координации и других реакций. Специальные серии упражнений, направленные на стимуляцию сенсорных функций с одновременной коррекцией двигательных нарушений, создают условия для формирования перцептивных действий.

В возрасте от 1 года до 3 лет у ребенка развивают предметно-манипулятивную деятельность, обучая его овладевать навыками действий с различными предметами и начальными способами общения с окружающими. Основными задачами на этом этапе является развитие речевого и предметно-действенного общения, воспитание дифференцированных интеро- и экстероцептивных ощущений, начальных форм социального поведения, самостоятельности.

На основе предметно-практической деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, закрепляют связи между словом, предметом и действием. Дети учат называть предметы, объясняют их назначение, знакомят с новыми, используя зрение, слух, осязание, а где можно, обоняние и вкус; показывают, как производить действия с этими предметами и стимулируют к активному выполнению. С детьми выполняются также специальные серии упражнений, направленные на тренировку сенсорных функций, знакомство детей с различными качествами предметов, в результате чего создаются условия для формирования перцептивных действий. Для этого используют различные по форме, протяженности, цвету, температуре и другим свойствам предметы, расположенные в виде классификационных групп, например: серии колец разного размера, серии поверхностей разной шероховатости, шарики различных цветов и т. п.

Ребенка учат парным сопоставлениям предметов по их свойствам, выполнению предметных действий, выбору по образцу. В качестве материала используют пары геометрических фигур, предметы всех основных цветов, игрушки типа башенок, матрешек, вкладышек, парные картинки. Основная задача педагога – обучение внешним ориентировочным действиям. При помощи инструкции типа: «Положи в эту коробку все игрушки, а в эту – всю одежду» и совместного с ребенком выполнения задания формируют начальные обобщающие понятия: игрушки, одежда.

Особой спецификой отличается логопедическая работа при ДЦП. Известно, что у детей с церебральным параличом наиболее частыми формами речевых нарушений являются различные формы дизартрии, спецификой которых является общность нарушений речевой и скелетной моторики с недостаточностью кинестетического восприятия. Ребенок слабо ощущает как положение своих конечностей, так и органов артикуляции. Это способствует проявлениям общей и артикуляционной диспраксии, что затрудняет выполнение целенаправленных движений и усиливает нарушения звукопроизношения.

Одной из важных задач логопедической работы при ДЦП является развитие ощущений артикуляционных поз и движений, преодоление и предупреждение оральной диспраксии. Для улучшения ощущений артикуляционных поз и движений используются упражнения с сопротивлением, чередования упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем с помощью зеркала и с закрытыми глазами с целью сосредоточения внимания на проприоцептивных ощущениях. Важность подобной работы определяется не только тяжестью нарушений звукопроизношения при оральной апраксии, но и то, что ее проявления неблагоприятно влияют на развитие лексической стороны речи. Слабость ощущений «двигательного образа слова» приводит к нестойкости связи между звуковой и смысловой его характеристикой, что может проявляться в своеобразном недоразвитии лексики.

Анализ современных подходов к организации психокоррекционного процесса с участием детей с ДЦП позволяет сделать вывод о необходимости включения различных форм и методов работы с ними.

Обобщенная система работы может включать следующие аспекты:

1. Физическая реабилитация.
2. Обучение навыкам саморегуляции.
3. Развитие познавательных качеств и коммуникативных навыков.
4. Коррекция негативных эмоций.
5. Развитие дефицитных функций в системе диагноза [4].

Нервная система этих детей устроена так, что и эмоциональные, и физические перегрузки способствуют еще большему развитию ненаправленной раздражительности, являющейся симптомом усталости. Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной лечебно-коррекционной работе.

Наряду с лечебной физкультурой и массажем в большинстве случаев необходимы специальные ортопедические мероприятия (специальные уклады, этапные гипсовые повязки, различные приспособления для удержания головы, сидения, стояния и ходьбы: рамы-каталки, утяжеленная тележка, ходунки, палочки для ходьбы и др.).

Литература

1. Абрамович-Лехтман Р.Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами. – М., 2002.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М., 2002.
3. Мастюкова Е.М. Дети с церебральным параличом // Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. – М., 2003.
4. Шипицина Л.М., Мамайчук Л.М. Детский церебральный паралич. – СПб., 2002.

***Зейналова З.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. пед. н. Кабушко А. Ю.***

ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Изучением проблемы соотношения мышления и речи занимались ученые разных областей науки: философии, психологии, физиологии, нейропсихологии, психолингвистики, педагогики, логопедии и др.

Фундаментальные исследования Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, П.Я. Гальперина, Д.Б. Эльконина, Ж. Пиаже, А. Валлона и др. позволили определить принципиальные положения, лежащие в основе связи мышления и речи, и наиболее значимые вопросы этой проблемы.

Впервые научно-обоснованная теория порождения речи была выдвинута Л.С. Выготским в книге «Мышление и речь» (1934 г.). В ее основу были положены концепции о единстве процессов мышления и речи, соотношений понятий «смысл» и «значение», учение о структуре и семантике внут-

ренной речи. Согласно теории Л.С. Выготского, процесс перехода от мысли к слову осуществляется от порождающего какую-либо мысль мотива, к формированию самой мысли, опосредствованию ее во внутреннем слове, затем – в значениях внешних слов и, наконец, в словах [1].

Среди дошкольников с речевой патологией значительное место занимают дети с общим недоразвитием речи (ОНР).

Под общим недоразвитием речи понимается «специфическое проявление речевой аномалии, при которой нарушено или отстает от нормы формирование основных компонентов речевой системы: лексики, грамматики, фонетики. При этом типичными являются отклонения в смысловой и произносительной стороне речи» [6]. Как отмечают исследователи, при этом у детей не отмечается нарушений слуха и интеллекта. ОНР может наблюдаться при таких формах речевых нарушений, как алалия, выраженных дизартрических проявлениях, ринолалии – в тех случаях, когда отмечается недостаточность словарного запаса, грамматического строя, пробелы в фонетико-фонематическом развитии. Изучением ОНР занимались Р.Е. Левина, Г.И. Жаренкова, Г.А. Каше, Е.М. Мастюкова, Н.А. Никашина, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Л.Ф. Спирова и др.

Для детей с ОНР характерно позднее начало речи – к 3-4 годам появляются первые слова. Словарный запас таких детей ограничен, в речи большое количество аграмматизмов, отмечается недостаточность фонематических процессов, нарушение звукопроизношения. У детей наблюдается недостаточная речевая активность.

Помимо речевого недоразвития у детей также отмечают нарушение познавательной деятельности, в том числе и мышление.

Мышление – особый вид познавательной деятельности, который на определенном уровне своего развития обеспечивает выявление субстанциональных свойств явлений действительности, установление связей и отношений между ними, а также создание и использование когнитивных структур (программ, алгоритмов), реализуемых в дальнейшем для решения текущих, актуальных задач [2].

Выделяют основные виды мышления:

Наглядно-действенное или практически-действенное (через практическое действие с объектом) – вид мышления, опирающийся на непосредственное восприятие предметов, реальное преобразование ситуации в процессе действий с предметами. Наиболее ранний вид мышления, который развивается на протяжении всей жизни человека.

Наглядно-образное (с помощью образных представлений) – характеризуется опорой на представления и образы; функции образного мышления связаны с представлением ситуаций и изменений в них, которые человек хочет получить в результате своей деятельности, преобразующей ситуацию. Очень важная особенность образного мышления – становление непривычных, невероятных сочетаний предметов и их свойств. В отличие от наглядно-дей-

ственного мышления в наглядно-образном мышлении ситуация преобразуется лишь в образе.

Словесно-логическое – вид мышления, осуществляемый при помощи логических операций с понятиями и знаками.

Абстрактное (отвлеченное) – совершается на основе отвлеченных понятий, которые образно не представляются. При этом отдельные исследователи выделяют абстрактное мышление, а другие – нет. Абстракция представляет собой операцию мышления, состоящую в том, что субъект, вычленив какие-либо признаки изучаемого объекта, отвлекается от остальных. Абстрактное мышление необходимо для развития абстрактных наук.

Исследования, проведенные под руководством Р.Е. Левиной в 60-е гг. прошлого столетия с позиции последовательного системного анализа речевого и психического недоразвития детей с патологией речи, показали, что недостаточность мышления и других психических процессов закономерно носит характер вторичной задержки развития. В своих работах Р.Е. Левина показала, что вторичное недоразвитие высших, познавательных функций у этих детей претерпевает принципиально те же системные патологические изменения, что и речевые процессы, но на другом, более высоком функциональном уровне. Л.Л. Гуровец, С.Н. Шаховская, И.Т. Власенко также указывали, что интеллект у детей изменён вторично в связи с состоянием речи, хотя положительной корреляции между уровнем недоразвития языка и интеллекта ими прямо не установлено. В большинстве случаев исследователи говорят о пробелах в знаниях, примитивизме, конкретности мышления детей, бедности логических операций, снижении способности к символизации, обобщению и абстракции. По мнению авторов, интеллектуальная недостаточность усугубляется повышенной утомляемостью, снижением внимания, памяти, нарушением работоспособности.

Такие исследователи, как Л.Р. Давидович, Е.Ф. Соботович указывают на первичную сохранность интеллекта детей с недоразвитием речи. Согласно противоположному мнению при недоразвитии речи наблюдается умственная отсталость или задержка психического развития.

Многие авторы обращали внимание на выраженную диспропорцию в развитии вербального и невербального мышления у детей с недоразвитием речи (В.А. Ковшиков, Е.М. Мاستюкова, Е.Ф. Соботович, Ю.А. Элькин и др.). Показатели вербального интеллекта у таких детей значительно хуже, чем невербального. Однако и внутри рассматриваемых видов мышления может отмечаться непропорциональность. О.В. Преснова указывает на неравномерность развития операций словесно-логического мышления у дошкольников с ОНР III уровня (анализа, синтеза, сравнения, обобщения, классификации, абстракции, конкретизации) при лучшей сформированности операций классификации [4, с. 104-111]. Данные Е.Ф. Соботович свидетельствуют, что развитие невербального интеллекта у детей с первичной речевой патологией происходят также непропорционально: по состоянию одних мыслительных

операций (обобщения, анализ, синтез и т.д.) они могут находиться в диапазоне нормы или задерживаться в своём развитии на 1-2 года. По состоянию других операций, опирающихся на дефектный гнозис, симультанный и сукцессивный синтез эти дети могут находиться даже на более низком уровне, чем дети с интеллектуальной недостаточностью. По данным этого автора, невербальный интеллект может отставать в своём развитии, поскольку темпы развития этих детей снижены [5].

Следовательно, вопрос о природе отклонений в познавательной сфере детей с ОНР должен решаться дифференцированно, так как это нарушение характеризуется многообразием форм с различным этиопатогенезом, и каждой из этих форм может соответствовать своя картина несформированности познавательной деятельности, выраженная в разной степени, вплоть до умственной отсталости [7, с. 16-24].

Рассматривая психическое развитие детей с алалией, Е.М. Мастюкова (1980) отмечает у них наличие элементарного абстрактного мышления при частом лёгком соскальзывании мыслительных процессов на конкретно-ситуационный уровень [5]. По данным автора, задания, не требующие словесных формулировок, эти дети выполняют удовлетворительно. Вместе с тем, у них отмечается непонимание загадок, пословиц, малый запас обобщающих слов, трудности в установлении причинно-следственных связей, в формулировке сходства и различия предметов по существенным признакам. Отличительными особенностями мышления таких детей Е.М. Мастюкова считает следующие: недостаточность тех его сторон, которые особенно тесно связаны с речевой деятельностью – понятийного мышления и обобщающей функции слова. Трудности решения мыслительных задач, по данным Е.М. Мастюковой, связаны с недостаточной динамикой мышления, с инертностью, персевераторностью мыслительных процессов, со снижением активности, целенаправленности, произвольности интеллектуальной деятельности, с несформированностью функций планирования и контроля. Существенную роль в возникновении указанных трудностей Е.М. Мастюкова отводит недостаточности внутренней речи. По её сведениям, нарушения формирования внутренней речи при речевой патологии «зависят не только от тяжести локального речевого нарушения, но и определяются общими особенностями корковой деятельности и в первую очередь развитием регулирующей функции лобной коры» [3, с. 20-27].

Таким образом, речь является важнейшей психической функцией человека – универсальным средством общения, мышления и организации действий. Во многих исследованиях установлено, что психические процессы – внимание, восприятие, память, и особенно, мышление – опосредованы речью. Отклонение в развитии речи отрицательно сказывается на общении с окружающими, задерживают формирование познавательных процессов и в связи с этим препятствуют полноценному формированию личности.

Литература

1. Глухов В.П. Основы психолингвистики: учеб. пособие для студентов педвузов. – М., 2005
2. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии, 2-е изд. – М., 2012.
3. Мастюкова Е.М. К вопросу о состоянии внутренней речи у школьников с моторной алалией // Недоразвитие и утрата речи. Вопросы теории и практики: Сб. науч. тр. – М., 1985.
4. Преснова О.В. Особенности словесно-логического мышления у детей 6-летнего возраста с общим недоразвитием речи // Ребёнок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Под ред. Ю.Ф.Гаркуши. – М. – Воронеж, 2001.
5. Соботович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции. – М., 2003.
6. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: Практик. пособие. – М., 2004.
7. Фотекова Т.А. Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта детей с общим недоразвитием речи // Дефектология. – 1994. – №2.

Карташева В.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: д. соц. н., доцент Саенко Л. А.

РАЗВИТИЕ КРЕАТИВНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АКТИВНОЙ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ У УЧАЩИХСЯ- ИНВАЛИДОВ

Одной из задач, стоящих перед современным обществом, является формирование у учащейся молодежи активной жизненной позиции, оптимизма, умения сохранять свою индивидуальность при любых обстоятельствах. При этом следует особо выделить категорию учащихся-инвалидов, для которых активная жизненная позиция – важный фактор социальной адаптации.

Учащиеся-инвалиды – сложная для адаптации социальная группа. Поэтому проблему их будущей профессиональной реализации в условиях рыночной экономики невозможно игнорировать. Учащимся-инвалидам необходимо помочь эффективно реализовывать свои профессиональные, соответствующие возможностям, потребности, а также повысить уровень самооценки. Поэтому для обозначения ключевого понятия «активная жизненная позиция» мы будем придерживаться точки зрения О.А. Антоновой о том, что это мировоззрение личности, ее твердая убежденность в отношении к общественному долгу, поскольку для социальной адаптации у учащихся-инвалидов необходимо формировать не только потребительское отношение к обществу, но и социальную активность, позицию самообеспечения [1].

Сближение мира инвалидов и здоровых, по мнению Н.И. Хворостяновой, породит большее понимание, сочувствие и уважение к людям, которые, несмотря на серьезный недуг, смогли успешно приспособиться к жизни и восстановить свою социальную ценность [7].

Формирование активной жизненной позиции у учащихся-инвалидов позволит создать условия для адаптации к жизни в сложных социокультурных условиях, самореализации в них, принимать на себя ответственность за сложные решения в проблемных ситуациях и не зависеть от мнения других. Эффективнее всего проследить формирование активной жизненной позиции у учащихся-инвалидов через их творческую самореализацию.

В связи с этим мы организовали на базе Моздокского механико-технологического техникума педагогический эксперимент, позволяющий формировать активную жизненную позицию через творческие проявления личности учащегося-инвалида. В исследовании приняли участие обучающиеся инвалиды 3 и 4 курсов названного техникума. Всего в эксперименте было задействовано 8 человек в возрасте 18-19 лет. Их разделили на две группы экспериментальную (А) и контрольную (Б).

Из теоретического анализа изученной проблемы следует:

- во-первых, креативность как свойство личности, имеет комплексный характер и способна к развитию;

- во-вторых, на развитие активной жизненной позиции личности оказывает влияние определенная система психологических факторов: внутренних и внешних, в их глубокой взаимосвязи;

- в третьих, процесс развития активной жизненной позиции личности учащихся-инвалидов может быть оптимизирован в результате целенаправленного психологического воздействия на ряд психолого-педагогических факторов.

Каждый учащийся-инвалид имеет свой потенциал адаптации, укрепление которого является важным в формировании активной жизненной позиции. Этот потенциал, как указывает Ф.С Возжаева, является мерой способности учащегося-инвалида к преодолению болезни и формированию себя как полноценной личности [4].

Важным фактором развития активной жизненной позиции учащегося-инвалида является закрепление в его личности уверенности в своих возможностях и благодаря творчеству это закрепление наиболее эффективно.

Задатки творческих способностей присущи любому человеку. Нужно суметь раскрыть их и развить. Проявление творческих способностей варьируют от крупных и ярких талантов до скромных и малозаметных [3]. Но сущность творческого процесса одинакова для всех. Через творчество ребенок-инвалид получает возможность самореализации.

В эксперименте использовались известные психолого-педагогические методики, позволяющие изучить различные аспекты развития личности, в свете их влияния на креативное развитие личности: Фрайбургский личностный опросник (FPI) И. Ференберга; Тест креативности Торранса (краткий),

Фигурная форма; Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии И.М. Юсупова; Тест Гилфорда, модифицированный.

Анализ результатов личностного опросника (FPI) И. Ференберга, показал, что предпосылки для развития креативности наиболее высокие в контрольной группе (Б) это общительность, открытость, экстравертированность. После ряда использованных методик с экспериментальной группой был проведен психодиагностический тест В. Мельникова, Л. Ямпольского из которого видно, что значительных изменений по многим характеристикам не произошло.

Исследования творческой одаренности в контрольной (Б) группе также дали результаты несколько выше, чем в экспериментальной (А) группе, что на наш взгляд, обусловлено отсутствием элементарной подготовки учащихся, а также неумением включаться в работу, повышенной тревожностью, неумением и нежеланием раскрываться.

Однако можно отметить, что увеличилась творческая мотивация, общая активностью и эстетическая впечатлительность.

Таблица 1. Средние показатели теста креативности Торранса (краткий вариант).

Группы	Беглость	Гибкость	Оригинальность	Разработанность
гр. А	9,7 (0,7)	8,1(1,3)	10,7(3,3)	40,4(13,6)
гр. Б	9,2(1,4)	7,6(1,6)	10,0(3,4)	31,3(35,3)

Для создания более объективной картины личностной характеристики групп была использована диагностика уровня коммуникативной эмпатии И. М. Юсупова. Данная методика показала достаточно стабильные результаты. Студенты обеих групп показали в основном средний уровень эмпатии.

Постепенное включение в работу с методиками дало положительные результаты, несмотря на общую слабую творческую активность экспериментальной группы, после проведенных методик изменились показатели способностей, характеризующих креативность. Среди них:

- беглость мышления (количество идей, возникающих за некоторую единицу времени);

- гибкость мышления (способность переключаться с одной идеи на другую);

- оригинальность мышления (способность продуцировать идеи, отличающиеся от общепринятых);

- любознательность (повышенная чувствительность к проблемам, не вызывающим интереса у других);

- иррелевантность – логическая независимость реакций от стимулов.

Таким образом, внутренние факторы – одаренность, талант, гибкое мышление – при целенаправленном и систематическом их напряжении раскрываются и дают высокие результаты.

В рамках опытно-экспериментальной работы было проведено диагностическое исследование, с целью определения динамики развития активной жиз-

Таблица 2. Показатели теста Гилфорда (модифицированный вариант).

Способности, характеризующие креативность.	Параметры креативных проявлений					
	Вербальная креативность		Невербальная креативность		Средние показатели креативных проявлений после эксперимента	
	Эксп. группа (А)	Контр. группа (Б)	Эксп. группа (А)	Контр. группа (Б)	Эксп. группа (А)	Контр. группа (Б)
Беглость	0,05	0,12	0,18	0,18	0,45	0,35
Оригинальность	0,26	0,03	0,20	0,21	0,27	0,17
Любознательность	0,25	0,17	0,03	0,09	0,07	0,38
Способность к разработке гипотезы	0,25	0,40	0,26	0,26	0,48	0,36
Фантастичность	0,50	0,50	0,19	0,16	0,14	0,43
Способность к анализу и синтезу	0,04	0,26	0,36	0,31	0,38	0,33
Способность усовершенствовать объект	0,23	0,17	0,15	0,03	0,36	0,29

ненной позиции личности учащихся-инвалидов. Можно отметить, что при повторной диагностике изменилось отношение учащихся-инвалидов, которые связывают креативное развитие личности лишь с опытом общения со специалистом, либо занятий по психологии. Проведенная работа подтвердила выводы, что чтобы развить креативность, прежде всего, необходимо научиться видеть вещи в новом ракурсе, то есть, например, искать необычные способы применения обычных вещей. При этом способность к творчеству возрастает и это дает сильный толчок для дальнейшего развития креативности.

Во всем цивилизованном мире отношение к инвалидам показывает степень развития общества. И мы в своей работе с учащимися должны исходить из принципов приоритетности подготовки их к полноценной жизни в обществе, развития у них социально ценных качеств. Это касается всех учащихся, независимо от состояния их здоровья.

Важнейшим элементом культуры и цивилизации человечества является творчество, а предпосылкой творчества является креативность, которая в современном мире расценивается как личностная способность к творчеству. Низкая самооценка и отсутствие активной жизненной позиции могут стать непреодолимой преградой для реализации даже самого грандиозного творческого потенциала.

В процессе формирования активной жизненной позиции, учащийся-инвалид только тогда сможет достичь успехов, когда он будет готов принять посильную часть ответственности за свою жизнь на себя. Научиться прини-

мать ответственность помогает такое свойство личности как креативность, а это и есть проявление самореализации учащегося-инвалида.

Литература

1. Антонова О.А. Формирование активной жизненной позиции у будущего педагога-психолога. Автореферат. – Казань, 2009.
2. Асмолов А.Г. Психология личности. – М., 2001.
3. Богоявленская Д.Б. Психология творческих способностей. – М., 2002.
4. Возжаева Ф.С. Реализация комплексных реабилитационных программ для детей-инвалидов // Социальное обеспечение. – 2005. – №18.
5. Мэй Р. Мужество творить: очерк психологии творчества. – Львов, 2001.
6. Хьелл Л., Зиглер Д. Теория личности. – СПб., 2007.
7. Хворостьянова Н.И. Социальная адаптация детей-инвалидов. Автореферат. – Орел, 1999.

***Костин Д.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Черепкова Н.В.***

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НЕДОСТАТКАМИ РЕЧИ

Изучение становления системы психологической помощи детям с недостатками речи показывает, что особенности ее формирования определяются как степенью разработанности теории в области психологии детей с недостатками речи, так и уровнем развития специальной образовательной практики. Рассматривая психологическую помощь детям данной категории как производную логопсихологии, выступающей научной основой использование психологических знаний в коррекционном обучении детей с недостатками речи, исторические аспекты проблемы исследования изучались в контексте генезиса логопсихологии в связи с этапами ее становления.

В 1930-х гг. под влиянием идей и трудов Л.С. Выготского в отечественной психологии коренным образом меняются теоретические представления о происхождении и строении высших психических функций. В рамках культурно-исторической теории происхождения психики утверждается положение о социально обусловленной природе высших форм психической деятельности, их прижизненном формировании и опосредствованном строении; теоретически и экспериментально доказывается, что в опосредствовании психических процессов ведущая роль принадлежит речи [1].

Это учение заложило основу создания нового направления в отечественной психологии – специальной психологии и оказало огромное влияние на развитие и направленность психолого-педагогической практики. Разработанные Л.С. Выготским теоретические положения о системном строении де-

фекта, о необходимости ориентации на зону ближайшего развития, о значении учета психологических возрастных новообразований имели определяющие значение для реализации идеи развивающего обучения [6, с. 21]

В 40-е гг. XX в. речь как психологический феномен, с точки зрения С.Л. Рубинштейна, рассматривалась неразделимо с понятием «сознание». В психологических концепциях постулировалось единство «сознания и речи» [5].

В 50-60-х гг. прошедшего столетия в качестве ключевого понятия в отечественной психологии выступает «деятельность». Разработка «теории деятельности» принадлежит А.Н. Леонтьеву и им же эта концепция трансформируется в область языкознания [3]. На долгие годы теория речевой деятельности становится в нашей стране основным ориентиром, как для общей психологии, так и для интегративной области науки – психолингвистики, получившей свое развитие после 60-х гг. XX в. (Н.И. Жинкин, И.А. Зимняя, А.А. Леонтьев и др.). В западной психологии понятие «деятельность» всегда отождествлялось с понятием «активность» и не выделялось в отдельное научное направление [4, с. 121].

Таким образом, основным достижением психологии в области изучения речи в период неклассической науки является представление о речи как высшей психической функции тесно связанной с другими процессами, прежде всего, мышлением, памятью, а также сознанием, эмоциями и т.п.

Наряду с достижениями психологии и языкознания значимым вкладом в становление логопсихологии в период неклассической науки стало начало исследований в области психологии детей с недостатками речи, содержательную направленность которых определяла разработка вопроса о взаимоотношении речи и мышления в структуре речевого дефекта (М.В. Богданов – Березовский, К. Гольдштейн, А. Куссмауль, Ф. Лотмар, П. Мари, Пик, Г.Я. Трошин, Х. Хэд и др.).

Несмотря на разность теоретических позиций авторов в данном вопросе они послужили основой для выделения предмета логопсихологии и определения ее научной специфичности как области психологического знания.

Вторая половина XX в. ознаменовалась началом перехода человечества на новый уровень научного знания – к *постнеклассической науке* или науке постмодернизма. Данный период характеризуется интенсивным ростом гуманистических тенденций в общественном развитии и в образовании.

Важнейшим методологическим основанием научных исследований, как в естественных, так и в гуманитарных науках становится системный подход, укрепляются позиции междисциплинарного подхода, утверждаются идеи конструктивизма, синергетического (М.А. Басин, В.И. Ильин, Ю. Крылов и др.) и интерактивного подходов (Т. Адорно, Э. Гофман, Р.К. Мертон, Т. Парсонс и др.).

Доминирующим понятием в психологической науке данного периода выступает «личность». Одним из ведущих теоретических оснований становится концепция гуманистической психологии, характеризующаяся направленностью на конкретную личность, на потенциал ее саморазвития под влиянием окружающей среды (А. Маслоу, Г.А. Мюррей, Г. Оллпорт, К. Роджерс и др.).

Поворот научного психологического знания от естественнонаучной к антропоцентрической парадигме способствовал развитию гуманистических тенденций и в области частных наук, имеющих значение для формирования теоретической базы логопсихологии. Так, личностно-ориентированный подход получил отражение в содержании психолингвистических исследований второй половины XX в., в которых заметное место приобретает проблема языковой личности (В.П. Белянин, Ю.Н. Караулов, Е.Ф. Тарасов, Н.В. Уфимцева, Т.Н. Ушакова и др.).

Идеи интерактивного подхода проникают в теорию и практику логопедии. В 50-80-х гг. прошедшего столетия сохраняет свой приоритет концепция системного подхода к изучению речевых и познавательных особенностей детей с недостатками речи Р.Е. Левиной, позволившая автору обосновать феномен общего недоразвития речи и разграничить многообразие его проявлений по степени сформированности основных структурных компонентов языка. Разработанный Р.Е. Левиной подход позволил обозначить признаки, по которым дети могут быть объединены для совместного коррекционного обучения, что содействовало развитию логопедической практики и послужило началом функционирования логопедических групп [2, с. 54].

В 90-х гг. XX в. интересы исследователей перемещаются с анализа структурных компонентов языковой системы на анализ коммуникативных аспектов языка, особенностей его функционирования в условиях социального взаимодействия. Эта тенденция способствовала выделению в отечественной логопедии коммуникативного направления, осуществляющего разработку проблемы общения у детей с недостатками речи в социальном аспекте (Г.В. Чиркина, И.Ю. Кондратенко, Л.Г. Соловьева, Е.Л. Черкасова, и др.).

Гуманистическая психология оказала значительное влияние на развитие прикладных направлений в отечественной и зарубежной психологии периода постнеклассической науки и формирование моделей психокоррекционного воздействия.

В отечественной психологии цели психокоррекционной работы с такими детьми обусловлены пониманием закономерностей психического развития ребенка как деятельностного процесса активно реализуемого в сотрудничестве со взрослыми. С учетом этого в качестве целей и задач психокоррекции выдвигаются: оптимизация социальной ситуации развития; формирование и совершенствование различных видов деятельности ребенка; развитие возрастнo-психологических новообразований (Л.С. Выготский, И.Ю. В.И. Лубовский, И.Ю. Левченко, А.С. Спиваковская, У.В. Ульянова).

Зарубежная психология причины затруднений в развитии ребенка усматривается либо в нарушениях внутренних структур личности (А. Адлер, М. Кляйн, А. Фрейд, К.Г. Юнг и др.), либо в искаженной или дефицитарной среде (К. Роджерс, Б.Ф. Скиннер, Э. Торндайк и др.). Эти позиции определяют и задачи психокоррекции. [4, с. 33]

Под влиянием гуманистических идей постнеклассической науки начались инновационные процессы в области образования, в том числе и специально-

го, что выразилось в изменении его целей и функций и в обращении к главной ценности – уникальности и неповторимости личности ребенка (Н.Н. Малюфеев, Н.М. Назарова, Г.Н. Пенин, Л.М. Шипицина и др.). Это способствовало интенсивному внедрению психологических знаний в сферу образования и содействовало возникновению службы практической психологии, призванной решать задачи изучения и учета индивидуальных особенностей детей в образовательном процессе (А.Г. Асмолов, И.В. Дубровина, И.И. Ильясов, В.Г. Козлова, Л.Ф. Обухова, Н.Ф. Талызина, Л.М. Фридман, Т.И. Чиркова и др.).

Становление психологической службы происходит и в системе специального образования, в том числе и в учреждениях для детей с недостатками речи. С этого момента в проблемное поле логопсихологии входит понятие «психологическая помощь» как отражение ее прикладной составляющей.

Таким образом, прогресс в общенаучной методологии, а также развитие теории и практики в области смежных наук, обусловившие изменения в образовательной политике и определившие начало функционирования психологической службы в специальном образовании, выступили основными социокультурными детерминантами выделения логопсихологии в самостоятельное направление специальной психологии, разрабатывающее проблему психологической помощи детям с недостатками речи.

Вступление в действие в 1995г. году Государственного стандарта высшего образования по специальностям «Логопедия» и «Специальная дошкольная педагогика и психология», потребовало введения в учебные планы новых дисциплин профессиональной подготовки, среди которых впервые была выделена «логопсихология». В процессе ее оформления произошла дифференциация собственно логопсихологии и смежных частнонаучных дисциплин (логопедии, психолингвистики) на основе специфики предмета изучения, в качестве которого выступили психологические особенности детей с недостатками речи и методы психологической помощи. С этого времени начинается *парадигмальный этап* в развитии логопсихологии как самостоятельной предметной области науки [2, с. 89]

Требования к логопсихологии на современном этапе определили вектор ее развития в направлении разработки ее практико-ориентированных аспектов (психологической помощи) в связи с проблемой социализации детей с недостатками речи. Проявившееся на данном этапе противоречие между социальной значимостью психологической помощи детям данной категории и отсутствием концептуальных оснований для формирования системы такой помощи, обусловило необходимость научной организации современной парадигмы логопсихологии как теоретико-методологической основы построения системы психологической помощи детям с недостатками речи.

Литература

1. Выготский Л.С. Детская психология. Собр. Соч. в 6-и т. – М., 1984.
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М., 1987.

3. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1977.
4. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. – М., 1998.
5. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб, 1998.
6. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Основы логопедии. – М, 1993.

*Литвинова И.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Ершова В.В.*

МНЕМОТЕХНИКА КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

В последние десятилетия наука продвинулась очень далеко в изучении работы мозга и устройства памяти. С пониманием психических процессов протекающих в мозге, стали появляться различные мнемотехники (приемы позволяющие запоминать большие объемы информации). На сегодняшний день их количество превосходит все мыслимые и не мыслимые границы.

Приемы запоминания создаются в основном для школьников и студентов. Мнемотехника известна с давних времен и насчитывает как минимум две тысячи лет [4].

Изучением особенностей мнемотехники занимались такие ученые, как А.Р. Лурия, П. Рамус, Т.А. Ткаченко, Воробьева В.К., Глухов В.П., Большева Т.В., Л.Н. Ефименкова [3].

Мнемотехнику в специальной психологии называют по-разному: Воробьева В.К. называет эту методику сенсорно-графическими схемами, Ткаченко Т.А. – предметно-схематическими моделями, Глухов В.П. – блоками-квадратами, Большева Т.В. – коллажем, Ефименкова Л.Н – схемой составления рассказа.

Большое значение в коррекционной работе с младшими школьниками с нарушением слуха в последнее время занимает использование мнемотехники.

Мнемотехника – от греч. «Mnemonikon» система различных приемов, облегчающих запоминание и увеличивающих объем памяти путем образования дополнительных ассоциаций [3].

Такие приемы особенно важны для младших школьников с нарушением слуха, так как мыслительные задачи решаются с преобладающей ролью внешних средств, наглядный материал усваивается лучше вербального.

Мнемотехника основана на нескольких простых принципах. Процессом запоминания можно управлять сознательно, если запоминание осуществляется в зрительной анализаторной системе. Запись образов в память реализуется простой мыслительной операцией «Соединение образов». Для быстрого преобразования любых видов информации в образы, применяется ограниченный набор приемов кодировки. Длительность сохранения сведений в памяти зависит от частоты активизации запомненной информации. При необходимости эта информация в зрительных образах может быть переведена на рефлексорный (автоматический) уровень припоминания. В этом случае запомненные сведения

припоминаются очень быстро и освобождаются от вспомогательных зрительных образов. Возможности запоминания с помощью методов мнемотехники в десятки раз превышают возможности обычной памяти [2].

Мнемотехника предназначена для запоминания точной информации. Поэтому чем сложнее информация с точки зрения нормальной памяти, тем проще она запоминается методами мнемотехники.

Мнемотехника помогает развивать: ассоциативное мышление, зрительную и слуховую память, зрительное и слуховое внимание, воображение.

Особенностью данной методики является не применение изображения предметов, а символов для опосредованного запоминания. Это значительно облегчает детям поиск и запоминание слов. Символы максимально приближены к речевому материалу [2].

У детей с нарушением слуха важно развивать зрительную память, используя символы, схемы, которые лежат в основе образования искусственных ассоциаций, облегчающих запоминание и увеличивающих объём памяти, что и составляет суть мнемотехники. Опора на визуальный образ очень важна и обязательна, так как если при воспроизведении текста этот зрительный образ не возникает в воображении, то ребёнок не понимает этого текста [1].

Таким образом, приём символизации это наиболее короткий путь к формированию процесса запоминания и точной передачи информации, требующей дословного повторения. Для этого достаточно схематичного изображения отдельных частей, что облегчит запоминание и последующее воспроизведение целостного образа в рифмованной форме. Именно эти наблюдения в практике коррекционной работы и подсказали необходимость выбора системы мнемотехники, позволяющей развивать зрительную память у младших школьников с нарушением слуха через приёмы опосредованного запоминания.

Особое место в работе с детьми с нарушением слуха в этом направлении занимает дидактический материал в форме мнемотаблиц и схем-моделей [5].

Мнемотаблица – это схема, в которую заложена определенная информация. Для детей младшего школьного возраста с нарушением слуха необходимо давать цветные мнемотаблицы, так как в памяти у детей с нарушением слуха быстрее остаются отдельные образы.

Использование мнемотаблиц на занятиях позволяет детям с нарушением слуха эффективнее воспринимать и обрабатывать зрительную информацию, перекодировать, сохранять и воспроизводить ее в соответствии с поставленными задачами.

Использование опорных рисунков для обучения увлекает младших школьников с нарушением слуха, превращает занятие в игру. Как уже было отмечено, в младшем школьном возрасте преобладает наглядно-образная память, и запоминание носит произвольный характер зрительный же образ, сохранившийся у ребенка после прослушивания, сопровождающегося просмотром рисунков, позволяет значительно быстрее запомнить текст [3].

Чаще всего младшим школьникам с нарушением слуха предлагается самим зарисовать символы в предложенную схему-модель. Рисунки (значки-символы) фиксируются в доступной детям с нарушением слуха схематичной форме и их количество в схеме-модели могут изменяться в зависимости от содержания – ознакомления детей с предметами, объектами и их характерными признаками [5].

Работа со схемой-моделью предполагает несколько этапов:

1. Учить детей с нарушением слуха заменять ключевые слова в предложениях значками символами; учить зарисовывать предметы и явления природы;
2. Самостоятельно, с помощью знаков-символов, заполнять схему модель. Использовать схему-модель как план;
3. Закреплять изученный материал путем неоднократного повторения рассказа с опорой на составленную ранее схему-модель. Особенностью данной методики является не применение изображения предметов, а символов для опосредованного запоминания. Это значительно облегчает детям поиск и запоминание слов. Символы максимально приближены к речевому материалу [2]. Таким образом, можно сделать следующий вывод: мнемотехника особенно важна для младших школьников с нарушением слуха, так как мыслительные задачи решаются с преобладающей ролью внешних средств, наглядный материал усваивается лучше вербального. Использование мнемотехники на занятиях позволяет младшим школьникам с нарушением слуха эффективнее воспринимать и обрабатывать зрительную информацию, перекодировать, сохранять и воспроизводить ее в соответствии с поставленными задачами.

Литература

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология. – М., 2002.
2. Козаренко В.А. Учебник мнемотехники. Система запоминания “Джордано”. – М. 2002.
3. Полянская Т. Б. Использование метода мнемотехники в обучении рассказыванию детей дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие. – СПб, 2009.
4. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2005.
5. Трофимова Н.М., Дуванова С.П. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб, 2005.

***Мельникова Е.Н., Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.пед. н. Шеховцова Т. С.***

КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ИМЕЮЩИМ ДЦП (НА ПРИМЕРЕ МБДОУ №76 Г. СТАВРОПОЛЯ)

В настоящее время наблюдается тенденция к значительному росту числа детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Среди них весьма распространенным нарушением является детский церебральный паралич.

Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание центральной нервной системы. При этом заболевании имеет место раннее (обычно в период внутриутробного развития) поражение головного мозга. Клинические проявления детского церебрального паралича разнообразны. Ведущее место занимают двигательные, психические и речевые нарушения.

И.Ю. Левченко и О.Г. Приходько указывают, что в основе имеющих место при детском церебральном параличе нарушений речи лежит не столько «поломка» уже готовых речедвигательных механизмов, сколько задержанное или искаженное их развитие. Нарушения речевого развития у детей с церебральным параличом обусловлены также недостаточным опытом практических действий и недостатком общения с окружающими [1, с. 13].

Отклонения в психическом развитии у детей с церебральным параличом в большой степени зависят от ограниченности к выполнению каких-либо практико-ориентированных действий и общения с людьми, коммуникативных связей с окружающими и невозможности полноценной игровой деятельности. Двигательные нарушения и ограниченность практического опыта могут быть одной из причин недостаточности высших корковых функций и, в первую очередь, несформированности пространственных представлений. Большую роль в нарушениях познавательной деятельности у детей с церебральным параличом играют и речевые расстройства (дизартрии).

В связи с тем, что ДЦП является тяжёлым нарушением, затрагивающим многие стороны развития ребёнка, таким детям необходимо оказание комплексной помощи на всех этапах развития. Важное условие комплексного воздействия – согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции. Доминирующим фактором успешной лечебно-педагогической работы является ранняя диагностика нарушения.

Комплексный характер коррекционно-педагогической работы предусматривает постоянный учёт взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений. В комплексное восстановительное лечение детского церебрального паралича включаются: медикаментозные средства, различные виды массажа (расслабляющий, укрепляющий), лечебная физкультура (ЛФК), ортопедическая помощь, физиотерапевтические процедуры [3, с. 32].

Также необходимым компонентом комплексной помощи детям с ДЦП является тесная взаимосвязь всех специалистов с родителями ребёнка. Родители – важнейшие участники педагогической работы, организуемой с ребёнком, особенно если он по тем или иным причинам не посещает образовательное учреждение.

В силу огромной роли семьи в процессах становления личности ребёнка необходима такая организация среды (быта, досуга, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка. Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка, его возможности и перспективы развития. Следует соблюдать правильный режим дня, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную самооценку и правильное отношение к дефекту, развить необходимые в жизни волевые качества. Для этого требуется активное включение ребёнка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность. Важно, чтобы ребёнок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду). В результате у него появляется интерес к труду, чувство радости от сознания полезности своего труда, уверенность в своих силах [2, с. 12].

Рассмотрим пример комплексной помощи детям с ДЦП, оказываемой в МБДОУ комбинированного вида №76 г. Ставрополя.

Первоначально в учреждении проводился эксперимент по организации комплексной помощи детям на тему: «Реализация лечебно-оздоровительного подхода в развитии детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА), натапно обусловленными».

Цель эксперимента состояла в выявлении, лечении и профилактике у детей заболеваний ОДА, являющихся, главным образом, поздним проявлением родовой травмы шейного отдела позвоночника. Задачами эксперимента были: изучение теоретического и практического состояния проблемы; изучение этиологических аспектов возникновения данной группы заболеваний; разработка методов профилактики заболеваний ОДА с учётом этиологии возникновения поздних осложнений; разработка принципов и методов динамики и лечения детей с нарушением ОДА; создание условий для благоприятного и интенсивного медико-педагогического процесса. Проведение эксперимента длилось около пяти лет.

В первый год проведения эксперимента (1996-1997) отмечалось: подготовка программ и планов лечения с привлечением научных консультантов, теоретическое и практическое изучение проблемы, формирование контрольной группы для детей документального подтверждения эффективности эксперимента, подготовка нормативно-правового и методического обеспечения эксперимента.

В течение второго года проведения эксперимента осуществлялось: изучение динамики заболеваний с учётом проводимых мероприятий, дальнейшая апробация и коррекция методик и программ, дальнейшее выявление и включение в лечебно-оздоровительный процесс детей с патологией ОДА.

На третьем году эксперимента были проведён промежуточный анализ заболеваемости детей с нейроортопедической патологией и осуществлены доработка программ с учётом проведенного анализа, рентгеноконтроль.

В течение четвертого года эксперимента проводились качественный и количественный анализ результатов, обработка, обобщение и систематизация итогов исследования.

На заключительном этапе проведения эксперимента были изданы программы обучения и лечения детей с подобными нейроортопедическими заболеваниями.

Работа с детьми с нарушениями ОДА представлена в модели реабилитационной работы МБДОУ №76, в которой обозначены направления работы специалистов (нейроортопед, инструктор ЛФК, массажист, преподаватель по плаванию, преподаватель физической культуры), родителей, воспитателей.

Направления работы родителей: формирование здорового образа жизни, соблюдение бессолевой диеты и режимов питания, занятия лечебной гимнастикой по индивидуальным планам.

Направления работы воспитателей: ежедневный контроль жалоб ребёнка, физминутки, профилактика плоскостопия, косолапости, нарушения осанки, занятия по индивидуальным планам с учетом степени проявления заболевания, контакт с родителями для вовлечения в реабилитационный процесс, ежедневные закаливающие процедуры.

Направления работы нейроортопеда: контакт с родителями для проведения необходимого обследования и процедур, разработка планов обследования и лечения для каждого ребенка, контрольный осмотр детей с учетом жалоб, контроль за проведением массажа, ЛФК, корригирующих упражнений в группе, разработка индивидуальных планов занятий дома, с воспитателем, инструктором ЛФК, проведение ручной коррекции позвоночника в 3-х отделах 2-3 раза в день.

Направления работы специалистов:

Инструктор ЛФК: индивидуальные корригирующие занятия по назначению нейроортопеда; групповые занятия по разработанным методикам;

Массажист: массаж курсами 2-3 раза в год, согласно назначению нейроортопеда.

Преподаватель по плаванию: групповые занятия в бассейне, согласно разработанным методам; корригирующие упражнения в воде.

Преподаватель физической культуры: проведение занятий физической культуры с учетом специфики данной группы заболеваний.

В дальнейшем стала организовываться лечебно-профилактическая помощь и детям с ДЦП, а для детей-колясочников была открыта специальная группа с закреплёнными за ней специалистами: дефектолог, логопед, психолог, ортопед, массажист, социальный педагог и т.д.

Детский сад комбинированного вида МБДОУ №76 является единственным в крае, реализующим программу интеграции детей, страдающих ДЦП. Коллектив сотрудников МБДОУ №76 под руководством заведующей Мерзликиной С.Н., разработали программу реабилитации детей инвалидов – колясоч-

ников. Группа для таких детей оборудована специальными средствами коррекции, компенсации и профилактики.

Проанализировав модель комплексной помощи, можно сделать вывод о том, что помощь детям с нарушениями ОДА в МБДОУ №76 осуществляется комплексно, с учётом возрастных особенностей детей и структуры дефекта конкретного ребёнка. Также можно отметить, что специалисты, оказывающие помощь детям с данным нарушением, тесно взаимодействуют.

В России на данном этапе развития специального образования для детей с ДЦП существуют благотворительные фонды, реабилитационные центры, интернаты, но организация интегрированного дошкольного образования для детей данной категории является актуальной проблемой и нуждается в дальнейшем решении на разных уровнях: федеральном, региональном и местном.

Литература

1. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2001.
2. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М., 1997.
3. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом; Кн. для логопеда. – М., 1985.

***Миленко О.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол. н. Гостунская Я.И.***

КОММУНИКАТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Коммуникативное развитие и его значение для общего психического развития детей дошкольного возраста, имеющих нарушения речи, изучены намного меньше, чем общение здорового ребенка со сверстниками и со взрослыми.

Актуальность исследования связана с тем, что в современной науке и практике представления о сущности трудностей в коммуникативном развитии, а тем более о практических методах и приемах работы по преодолению недостатков коммуникативного развития детей с нарушениями речи, до сих пор остаются весьма размытыми, нечеткими, неконкретными.

В специальной литературе внимание исследователей сосредоточено на изучении речевого развития дошкольников с общим недоразвитием речи (ОНР) – на развитии и коррекции произносительной и лексико-грамматической сторон речи (Г.А. Каше, Р.И. Лалаева, Р.Е. Левина, О.Г. Приходько, Н.В. Серебрякова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Л.Б. Халилова, С.Н. Шаховская) и недостаточно разработана проблема коммуникативного развития этой категории детей. Изучены также вопросы развития коммуникативных умений в старшем

дошкольном возрасте при общем недоразвитии речи (О.С. Павлова, Л.Г. Соловьева, Е.Г. Федосеева), формирования коммуникативных умений младших школьников в рамках освоения ими учебной деятельности (О.Е. Грибова, Л.Б. Халилова, С.И. Чаплинская, А.В. Ястребова), однако данные исследования носят в большинстве своем педагогический характер [2, 4].

В то же время анализ психологической литературы показал, что имеющиеся сведения освещают лишь отдельные аспекты коммуникативного развития детей с ОНР и не дают целостного представления о его протекании. Это вызывает необходимость целенаправленного изучения процесса коммуникативного развития детей старшего дошкольного возраста с ОНР и разработки психокоррекционной технологии, направленной на его оптимизацию, что позволит повысить уровень социальной адаптации дошкольников с ОНР, поскольку возможности их во многом ограничиваются именно низким уровнем коммуникативного развития, неспособностью вступать в общение с окружающими людьми.

Концепция, в рамках которой психическое развитие ребенка понимается как процесс присвоения общественно-исторического опыта, а общение со взрослым как необходимое и специфическое условие этого развития представлена Л.С. Выготским, А.В. Запорожцем, А.Н. Леонтьевым, М.И. Лисиной, В.С. Мухиной, Д.Б. Элькониним и др. Ее экспериментальным подтверждением являются данные многочисленных психолого-педагогических исследований о негативном влиянии дефицита общения со взрослыми на развитие детей (Н.М. Аксарина, Е.Е. Дмитриева, Т.В. Землянухина, У.В. Ульяenkova) [1, 3].

Огромное значение для психического развития дошкольника имеет общение ребенка со сверстниками. Это доказывают исследования современных ученых в области детской психологии Л.М. Галигузовой, Д.Б. Годовниковой, Е.Е. Кравцовой, Я.Л. Коломинского, М.И. Лисиной, А.Г. Рузской. Вышеназванные исследователи доказали, что общение со сверстниками обостряет потребность ребенка в дальнейшем овладении нормами взаимоотношений между людьми. В общении со взрослым ребенок усваивает социальный опыт, а вступая в контакты с ровесниками, обогащает его, формирует адекватное представление о себе, начинает осознавать себя как субъект социальных отношений. Рассматривая названную систему, мы пришли к выводу о том, что коммуникативное развитие дошкольника протекает в соответствующих направлениях:

- происходят отдельные количественные и качественные накопления в речевом развитии, как, например, увеличение словарного запаса и дифференциация семантического поля (психолингвистический уровень).
- развиваются умения правильно, полно и точно выразить свою мысль, логично и связно построить высказывание (психосемантический уровень).
- дети учатся выражать свои мысли в действенных, понятных и доступных для собеседника высказываниях, отвечающих целям собственного вербального поведения (коммуникативный уровень) [2].

Но полноценное коммуникативное развитие дошкольников возможно только в том случае, если все уровни рассматриваемой системы будут находиться во взаимодействии, то есть речь идет о включенности речевого развития в общий контекст общения, коммуникативной деятельности.

Нарушения речевой функции не могут не сказаться отрицательно на развитии процесса коммуникации у ребенка. Недоразвитие речевых средств снижает уровень общения, способствует возникновению психологических особенностей (замкнутости, робости, нерешительности, стеснительности); порождает специфические черты общего и речевого поведения (ограниченную контактность, замедленную включаемость в ситуацию общения, неумение поддерживать беседу, вслушиваться в звучащую речь, невнимательность к речи собеседника), приводит к снижению коммуникативной активности (Ю.Ф. Гаркуша, Е.М. Мастюкова, С.А. Миронова и др.). Существует и обратная зависимость – при недостаточном общении темп развития речи и других психических процессов замедляется (Л.Г. Галигузова, И.В. Дубровина, А.Г. Рузская, Е.О. Смирнова, и др.) [1, 5].

Несовершенство коммуникативных умений, речевая инактивность не обеспечивают процесс свободного общения и, в свою очередь, не способствуют развитию речемыслительной и познавательной деятельности детей, препятствуют овладению знаниями.

Анализ теоретических и прикладных исследований по проблеме дает основание считать, что внимание исследователей сосредоточено на изучении и развитии языковых средств общения. Доказано, что у детей с речевым недоразвитием стойкие лексико-грамматические и фонетико-фонематические нарушения заметно ограничивают возможности спонтанного формирования речевых умений и навыков, обеспечивающих процесс говорения и приема речи. Характерным является несовершенство структурно-семантической организации контекстной речи. Дети испытывают трудности при программировании высказывания, синтезировании отдельных элементов в структурное целое, отборе языкового материала для той или иной цели (В.К. Воробьева, О.Е. Грибова, Г.С. Гуменная, Л.Ф. Спирова, Т.Б. Филичева, Л.Б. Халилова, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская).

Есть и данные, показывающие, что несформированность языковой базы как важнейшей предпосылки общения затрудняет его протекание. Трудности общения проявляются в несформированности основных форм коммуникации (В.К. Воробьева, В.П. Глухов, Н.К. Усольцева), смещении иерархии цели общения (О.Е. Грибова), снижении потребности в нем (Б.М. Гриншпун, О.С. Павлова, Л.Ф. Спирова, Г.В. Чиркина). Недостаточность вербальных средств общения лишает возможности взаимодействия между детьми, становится препятствием в формировании игрового процесса (Л.Г. Соловьева, Е.А. Харитоновна) [2, 4, 5].

У дошкольников с общим недоразвитием речи наряду с лексико-грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями имеются стойкие на-

рушения основных компонентов деятельности общения, проявляющиеся в незрелости ее мотивационно-потребностной сферы и качественном несовершенстве речевых, когнитивных и паралингвистических средств, необходимых для целостной реализации данного вида деятельности [3, с. 52- 56].

На основе теоретического анализа проблемы исследования были выявлены качественные особенности коммуникативного развития дошкольников с ОНР:

- малая активность, отсутствие инициативы в общении;
- крайне низкий уровень вербальной коммуникативной активности;
- практическое отсутствие способности формулировать и с помощью вербальных средств общения передавать свои мысли;
- наличие страхов перед вербальными контактами со сверстниками и взрослыми;
- серьезные трудности в организации собственного речевого поведения, отрицательно сказывающиеся на общении с окружающими и, прежде всего, со сверстниками [2].

Выше изложенные особенности дают основание предположить, что в основу коррекционно-педагогической работы с дошкольниками, имеющими общее недоразвитие речи, должен быть положен коммуникативно-ориентированный подход, основу которого составляет:

- усиление социальной направленности обучения;
- формирование у детей положительной мотивации в восприятии сверстника;
- развитие партнерства и кооперативных навыков в различных видах деятельности;
- овладение лингвистическими и паралингвистическими средствами реализации общения.

Комплексное, поэтапное формирование деятельности общения у детей данного контингента, внедрение коммуникативно-ориентированного обучения в практику их дошкольного воспитания и обучения не только изменит характер коммуникативного поведения детей со стойкой речевой патологией, но и значительно повысит эффективность педагогических и психокоррекционных мероприятий, направленных на преодоление общего недоразвития речи.

Литература

1. Канунникова Е.О. Педагогические условия формирования коммуникативной готовности к школьному обучению детей старшего дошкольного возраста: на примере детей с общим недоразвитием речи: автореф. дисс. ... кандидата педагогических наук. – Курск, 2007.
2. Ковылова Е.В. Коммуникативное развитие старших дошкольников с общим недоразвитием речи (ОНР) // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – Ростов-на-Дону, 2010. – №1.
3. Ковылова Е.В. Особенности коммуникативного развития детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи (ОНР) // Коррекционная педагогика. – М., 2009. – №5(35).

4. Кузьменкова Н.Ю. Формирование коммуникативной способности у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи посредством обучения речевому этикету: автореф. дисс. ... кандидата педагогических наук. – Архангельск, 2006.

5. Павлова О.С. Формирование коммуникативной деятельности у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи: автореф. дисс.... кандидата педагогических наук. – М., 1998.

*Мустафаева А.Г., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол. н. Гостунская Я.И.*

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ

Разрешение вопросов дифференцированного и индивидуального подхода в специальной педагогике и психологии предполагает, в первую очередь, знание психологических особенностей ребенка с речевой патологией, создание типологии нарушения и на этой основе апробацию той модели обучения, которая адекватна структуре выявленных особенностей.

В связи с этим современный уровень психолого-педагогических исследований предполагает не только определение качественного своеобразия нарушений, касающихся различных аспектов языка, систематику речевых ошибок с учетом фонетико-фонематического и лексико-грамматического уровней языка, но и целостное рассмотрение их в структуре когнитивного развития, состояния мотивационно-регуляторной сферы, особенностей личности и поведения детей.

Для более полного понимания проблемы зрительного восприятия у детей с ОНР мы проанализировали труды нейропсихологов, физиологов, педагогов и психологов и убедились, что этот психический процесс изучен в наши дни недостаточно. Зрительная система представляет собой сложный нейронный аппарат, от нейронов сетчатки до высших корковых зон, синтетическая работа которых порождает адекватный, целостный зрительный образ. Функциональные механизмы способностей зрительного восприятия существуют во взаимосвязи с накоплением индивидуального опыта посредством образования, дифференцирования и генерализации условных связей, в которых и осуществляется тренировка функций.

Свойство функциональной системы воспринимать проявляется, с точки зрения Л.С. Цветковой, в определенных показателях продуктивности: точности восприятия, т.е. соответствия возникшего образа характеристикам воспринимаемого объекта; полноты восприятия, т.е. степень отмеченного выше соответствия; объема восприятия, т.е. количество объектов, которое может воспринять человек в строго фиксированное время; быстрота восприятия, т.е. времени, необходимого для адекватного восприятия предметов и явлений [7].

Зрительный процесс является категоризированным, т.е. опосредуется значениями. Теоретические разработки проблемы категоризации, значений представлены в трудах Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Д. Брунера и др. [3, 6, 7]

Мы разделяем точку зрения большинства исследователей, что зрительное восприятие неразрывно связано с мышлением и не может рассматриваться отдельно от него. Следовательно, изучая особенности зрительного восприятия у детей дошкольного возраста, невозможно дифференцировать тестовый материал строго по исследованию той или иной психической функции. Изучение зрительного восприятия всегда будет выявлять и состояние логического мышления.

Как указывает Е.М. Мастюкова, обнаруженные в опытах нарушения зрительной памяти, восприятия и предметных представлений характерны лишь для детей с патологией речи, но не для здоровых детей того же возраста. Для детей с более выраженной патологией речи, и прежде всего, названия, характерным является нарушение зрительного восприятия и зрительных предметных образов, и в меньшей степени – зрительной оперативной памяти, которая оказывается грубо нарушенной у детей дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью. Зато у этой группы детей меньше страдает зрительное восприятие, а нарушение зрительной сферы проявляется в основном в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов и в отсутствии прочной и адекватной связи слов с зрительным представлением предмета [4, 5].

Исследование зрительного восприятия позволяет сделать выводы о том, что у дошкольников с речевой патологией данная психическая функция отстает в своем развитии от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Исследования показывают, что простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается у этих детей от нормы. Затруднения наблюдаются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Так, дети с общим недоразвитием речи воспринимают образ предмета в усложненных условиях с определенными трудностями: увеличивается время принятия решения, дети не уверены в правильности своих ответов, отмечаются ошибки опознания. Число ошибок опознания увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов. В реализации задачи по перцептивному действию (приравнивание к эталону) дети данной категории чаще пользуются элементарными формами ориентировки, т.е. примериванием к эталону, в отличие от детей с нормальной речью, которые преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с недоразвитием речи нередко при приравнивании фигур ориентируются не на их форму, а на цвет. Причем у мальчиков часто оказываются более низкие результаты, чем у девочек [3].

В результате изучения оптико-пространственного гнозиса с помощью методики Л. Бендер, а также в ходе наблюдений за деятельностью детей с речевой патологией в процессе рисования, конструирования и обучения грамоте

было выявлено, что данная функция у детей младшего школьного возраста, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, находится на значительно более низком уровне. Наблюдения за динамикой развития пространственного восприятия выявили, что наиболее благоприятна эта динамика у детей с ЗРР, а наименее благоприятна при алалии. Степень нарушений оптико-пространственного гнозиса также зависит от недостаточности других процессов восприятия, особенно пространственных представлений [3].

А.П. Воронова (1993) при исследовании дошкольников с общим недоразвитием речи отмечает, что дети данной категории в большинстве случаев имеют низкий уровень развития буквенного гнозиса: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, у них наблюдаются трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, и даже в назывании букв печатного шифра, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом [1].

При изучении особенностей ориентировки детей с недоразвитием речи в пространстве оказалось, что дети в основном затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», обозначающих местонахождение объекта, а также наблюдаются трудности ориентировки в собственном теле, особенно при усложнении заданий.

Восприятие пространства рассматривается в настоящее время как результат совместной деятельности различных анализаторов при этом важное значение отводится нормальному функционированию теменных отделов мозга.

Наиболее отчетливые пространственные нарушения, по данным Е. М. Мастюковой, отмечаются у учащихся подготовительных и первых классов речевых школ [5].

Особенно стойко пространственные нарушения проявляются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей, а также наличием специфических оптико-пространственных нарушений (у детей с алалией). Однако пространственные нарушения у детей с речевыми нарушениями характеризуются определенной динамичностью, тенденцией к компенсации.

Значительная роль пространственных нарушений усматривается в выраженности и стойкости расстройств письменной речи (дислексии и дисграфии), нарушениях счета, которые могут наблюдаться при речевых расстройствах. В связи с чем особую актуальность данная проблема приобретает на этапе дошкольного обучения и оказания своевременной психокоррекционной помощи таким детям в преодолении имеющихся нарушений оптико-пространственных и зрительных представлений.

Литература

1. Воронова А.П. Нарушение зрительного гнозиса у дошкольников с речевой патологией //Дефектология. –1993. – № 1.

2. Косякова В.В. Логопсихология. – Ростов-на Дону, 2009.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М., 2004.
4. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика: Ранний и дошкольный возраст. – М., 1997.
5. Мастюкова Е.М. О нарушениях гностических функций у учащихся с тяжелыми расстройствами речи //Дефектология. – 1976. – № 1.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – СПб, 2003.
7. Цветкова Л. С. Речь и зрительный образ у детей с патологией речи // Логопатофизиология / Под ред. С.Н. Шаховской, Р.И. Лалаевой. – М., 2011.

Олабенко М. Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Алексеева М.Н.

РАЗВИТИЕ ПСИХОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

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 речи.

Необходимо обратить внимание на то, что отмечается увеличение детей с отклонениями в психическом, психомоторном и речевом развитии. Заметно возросло количество коррекционных групп и классов, всевозможных реабилитационных центров и консультаций с родителями.

Изучение психомоторного развития человека в его многоуровневых и многогранных проявлениях определяется местом психомоторной организации в целостной психологической структуре человека, как индивида, личности, субъекта важнейших социальных видов деятельности – труда, познания, общения.

Термин «психомоторика» приобретает различное смысловое наполнение: это объективизация всех форм психического отражения через мышечные движения (В.В. Никандров); объективное восприятие человеком всех форм психического отражения, начиная с ощущения (Е.Н. Сурков); основной вид объективизации психики в сенсомоторных, эмоционально-моторных реакциях и актах (К.К. Платонов); способность человека отражать объективную информацию о своей двигательной деятельности, точно контролировать свои движения и эффективно управлять ими (В.П. Озеров). Обращается внимание на то, что психика не только детерминирует движение, но и сама проявляется в двигательных реакциях (С.Л. Рубинштейн). Особо обращается внимание на роль двигательного анализатора в процессе развития высших психических функций ребенка [3].

Данный вопрос рассматривался такими учеными, как: Н.А. Бернштейн, В.М. Бехтерев, А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, А.Р. Лурия, И.П. Павлов, И.Н. Сеченов и др.

Психомоторика – это совокупность сознательно регулируемых двигательных актов. Совершенствуется и дифференцируется в течение всей жизни человека, состояние психомоторики отражает уровень физического и психического развития, развитие речи, особенности конституции и воспитания. Психомоторика является важным критерием оценки психического статуса, необходимым для диагностики дальнейшего развития.

В.М. Смирнов считает, что психомоторные функции имеют системное строение, характеризующее сложные формы психической деятельности, опирающиеся на сложную систему способов и средств. Психомоторика – это индивидуальные, конституциональные, а также связанные с полом и возрастом особенности двигательных реакций человека [5].

Проблема психомоторного развития индивида в той или иной форме проявляется при изучении психических процессов, состояний и психических свойств, в педагогической психологии и психологии способностей, в психодиагностике, в вопросах профотбора и становления профессионала. Психомоторные процессы, представляют собой объективное восприятие, человеком всех форм психического отражения, начиная с ощущения и заканчивая сложными формами интеллектуальной активности.

Особое место среди работ по данной проблеме занимает вклад Е.П. Ильина «Психомоторная организация человека», в котором отражены три основных направления изучения психомоторики:

- двигательная система и управление ею;
- двигательные умения (навыки);
- двигательные (психомоторные) качества.

В нём освещены возрастные изменения психомоторики, методики измерения психомоторных качеств, её прикладные аспекты. Преимущества развития психомоторики недостаточно используются для умственного и вообще психического развития детей. Существует противоречие между потребностью и возможностью совершенствования психомоторных функций ребёнка, как предпосылки успешности его воспитания и обучения.

Проблема развития моторики (движений) ребенка издавна привлекала многих исследователей. Под психомоторным развитием понимается процесс изменения и становления функциональных систем организма в течение его индивидуальной и общественной жизни. На современном уровне знаний можно заключить, что психомоторные акты человека – это сложноорганизованные познавательно-регуляторные системы, в которых в единстве представлены мотивационные, функциональные и операционные компоненты [1].

В работах Н.М. Аскариной, М.Ю. Кистяковской сформулированы некоторые особенности детей среднего и старшего дошкольного возраста, характерными чертами которого являются быстрый темп и скачкообразность развития отдельных психомоторных функций. В ходе развития детей для каждой функции определяются свои оптимальные сроки формирования, что

отмечено в работах В.В. Тонковой-Ямпольской, А.В. Запорожца, Г.Л. Розенгард-Пупко, А.А. Леонтьева, В.Н. Аванесова.

Дети старшего дошкольного возраста уверенно владеют перекрестной координацией рук и ног, у них значительно улучшаются пространственные и временные ориентировки. В беге у детей этого возраста отчетливо выражена фаза полета, заметно развивается функция равновесия. Они легко справляются с различными видами лазания. К седьмому году дети хорошо перебрасывают, прокатывают мяч, хорошо бросают предметы в цель.

Сложным для детей данного возраста остается лазание по гимнастической стенке, недостаточны мягкость приземления при прыжках, метание вдаль и в высоту. Кроме того, у детей 6-7 лет еще слабо развиты мелкие мышцы кисти, не закончено окостенение костей запястья и фаланг пальцев, несовершенна нервная регуляция, это затрудняет формирование и выполнение движений. Формирование функций завершается на 10-13 год [4].

Сложно координированные движения ребенка – это, прежде всего, произвольные движения, то есть движения, которые имеют цель; движения, которые планируются, контролируются и оцениваются; движения, параметры которых могут изменяться при изменяющихся условиях деятельности. Выполнение таких движений обеспечивается интегральной (совместной) деятельностью различных мозговых структур, и нарушение этой деятельности может быть основой нарушения движений, трудностей их формирования и контроля.

В каждом двигательном акте в поле сознания попадает содержание только ведущего уровня, коррекции фоновых уровней остаются за порогом сознания. Психомоторное развитие особенно актуально для детей дошкольного и младшего школьного возраста. Это обусловлено такими специфическими преимуществами двигательных задач в общем развитии детей, как непосредственность, их действенный характер и наглядность, тесная связь с эмоциональной сферой личности, доступность самоконтроля и саморегуляции движения для детей (Б.Б. Коссов). Многие исследователи психомоторного развития детей отмечают, что эти преимущества пока мало используются для умственного и психического развития детей. Исследования сенсомоторных функций у детей старшего дошкольного возраста показали, что с возрастом наблюдается увеличение разницы в физических возможностях мужского и женского организма, динамика же развития ряда двигательных регуляторных функций у мальчиков и у девочек, особенно в период от 6-7 до 11-12 лет, весьма сходна. Координация движений совершенствуется на протяжении всего дошкольного и школьного периода, однако наибольшие положительные сдвиги происходят в возрасте от 7 до 11-12 лет – в период интенсивного развития двигательного анализатора (В.В. Волков, В.П. Озеров, М.И. Фонарёва) [2].

Таким образом, рассматривая особенности психомоторного развития, психологи отмечают, что старший дошкольный возраст является периодом наиболее интенсивного развития основных психомоторных функций человека. Благодаря современным нейрофизиологическим исследованиям, вы-

явлено, что созревание лобных отделов и увеличение с возрастом морфофункциональных связей этих отделов с другими структурами головного мозга обеспечивает интенсивное психомоторное развитие и функций памяти у детей 4-7 лет (А.Р. Лурия, С.Б. Малых).

Литература

1. Ганичева И.В. Телесно-ориентированные подходы к психокоррекционной и развивающей работе с детьми. — М.: Книголюб, 2004.
2. Дудьев В.П. Особенности произвольной двигательной деятельности детей с ОНР // Дефектология. — 1995. — №4.
3. Дудьев В.П. Психомоторика: словарь-справочник. — М., 2008.
4. Мастюкова Е.М. Двигательные нарушения и их оценка в структуре аномального развития // Дефектология. — 1987. — №3.
5. Поваляева М.А. Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. — Ростов-на-Дону, 2002.

Панасенко Л.В., г. Новосибирск,

ФГБОУ ВПО «НГПУ» Институт детства

Научный руководитель: ст. преподаватель Одинокова Н.А.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДМЕТНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО СОЦИАЛЬНО- БЫТОВОЙ ОРИЕНТИРОВКЕ

Дошкольный возраст — это период, когда у детей начинают складываться системные представления об окружающем. Они осваивают мир вещей, природы, человеческих отношений, начинают ориентироваться в разных сферах действительности.

Формирование предметных представлений у детей с нарушением зрения изучается на протяжении многих лет. Вопрос преодоления нарушений развития предметных представлений у детей дошкольного возраста с нарушением зрения отвечает как теоретическим, так и практическим запросам сегодняшнего дня.

В настоящее время характерным является увеличение количества детей, имеющих различные нарушения зрения, причем более интенсивно увеличивается количество детей с функциональными нарушениями зрения. Стремительно растет количество детей, имеющих не просто сопутствующие заболевания, а сложную структуру дефекта, то есть сочетание двух и более нарушений развития.

Познание такими детьми окружающего мира, формирование всех видов деятельности протекает в условиях неполноценного зрения и строится на суженной наглядной и действенной основе. Традиционно считается, что от-

клонения в развитии мешают ребенку адаптироваться в социальной среде и интегрироваться в нее.

Анализ теоретических подходов к решению данной проблемы показывает, что успешное формирование предметных представлений у детей дошкольного возраста с нарушением зрения возможно. Средством реализации могут стать занятия по социально-бытовой ориентировке, способствующие не только успешному развитию детей с нарушением зрения, но и формированию у них социально-адаптивных знаний, получаемых в результате непосредственного контакта с предметами и явлениями реального мира, а также умений и навыков, связанных с организацией собственного поведения и общения с окружающими людьми в различных жизненных ситуациях.

Известно, что в ходе социализации у ребенка дошкольного возраста с отклонениями в развитии закладываются основы личностной культуры, ее базис, в состав которого включается его ориентировка в реалиях предметного мира, явлениях собственной жизни и деятельности, о самом себе и явлениях общественной жизни.

Возникновение представлений имеет большое значение для всей сознательной жизни. Представлять – значит мысленно видеть или мысленно слышать что-то, а не просто знать. Уровень развития предметных представлений играет огромную роль в познании окружающего мира, знаний о предметах и их свойствах, в умении выделять такие признаки в предмете, которые приобрели для него наибольшее значение, о назначении предметов и как они используются человеком.

Практически мозг отражает все, что видит, слышит, осязает ребенок. Но многое из воспринимаемого не осознается, остается как бы за порогом чувствительности, многое не переходит в адекватные представления.

Как показал анализ специальной психолого-педагогической литературы, особенности развития зрительного восприятия, недостаточная сформированность двигательной и зрительно-двигательной координации приводят к обеднению и схематизму предметных образов, задерживают процесс овладения ребенком с недостатком зрения предметными действиями, отрицательно влияют на процесс формирования у них представлений о предметах окружающего мира, на развитие познавательной деятельности.

С.В. Сташевский отмечает, что даже хорошо видящие дети не всегда видят в предмете то, что нужно и так, как нужно.

Данные психолого-педагогических исследований различных авторов (А.Л. Лукашевичене, Л.И. Плаксина, И.В. Ремейкайте, Е.В. Селезнева и др.) свидетельствуют о том, что коррекционно-педагогическая работа по формированию представлений об окружающем мире у старших дошкольников с недостатками зрения не всегда позволяет создать необходимую «базу» для освоения ими определенных ступеней образования. Это снижает познавательную активность этих детей, искажает процесс их социализации.

Как отмечают в своих исследованиях тифлопедагоги (Л.П. Ковалева, И.С. Моргулис, Е.С. Незнамова, И.В. Новичкова, Л.И. Плаксина, Е.В. Селезнева, Л.В. Фомичева и другие), у детей с нарушением зрения констатируется обедненность предметных представлений, отставание в объеме и качестве восприятия предметного мира. Это отрицательно сказывается в дальнейшем на обучении в школе.

В.П. Ермаков и Г.А. Якунин, характеризуя особенности формирования представлений у слепых и слабовидящих, подчеркивают, что неполнота и фрагментарность восприятия слепых и слабовидящих детей приводят к бедным, нерасчлененным и мало дифференцированным представлениям, часто наблюдается расхождение между восприятием предмета и словом, отражающим его сущность [1]. Встает задача научить детей оценивать восприятия с помощью всех сохранных анализаторов и соотносить их с предметами, выделяя существенные и характерные качества.

Среди современных исследователей, занимающихся изучением формирования предметных представлений можно отметить Е.Б. Карпушину, которая анализируя работы П.Я. Гальперина, Ю.Н. Карандышева, Д.Б. Эльконина, обобщает, что особенность развития познавательной деятельности детей дошкольного возраста в том, что она формируется в тесной связи с практической деятельностью. Далее этот же автор сообщает, что с возрастом происходит не только изменение конкретных видов деятельности ребенка, но также совершенствование его представлений об окружающих предметах [2].

В связи с этим при формировании у детей данной категории навыков социально-бытовой ориентировки необходимо, наряду с учетом их возрастных и типологических особенностей, большое внимание уделять ознакомлению детей с многообразием предметов окружающего мира, названием разных материалов, из которых сделаны предметы, с их качествами и свойствами, назначением, умению выполнять сенсорное обследование. При этом необходимо учитывать, что процесс формирования предметных представлений у ребенка с нарушением зрения становится по-настоящему активным лишь тогда, когда он достаточно овладел речью как средством общения и развил свой практический интеллект.

Е.Н. Подколзина [3] рекомендует полученные предметные представления закреплять через систему дидактических игр («Найди одинаковые по цвету (по форме)», «Подбери одинаковые по цвету (по форме)», «Найди два одинаковых по высоте (толщине)» и т.п.). При подборе заданий придерживаясь следующих правил:

- задания должны быть согласованы с темой занятия;
- задания должны гармонично включаться в структуру занятия: логическая связь и временные рамки;
- методическое обеспечение (наглядность) должно быть адаптировано с учетом требований для данной категории детей.

К проведению занятий по социально-бытовой ориентировке предъявляются те же требования, что и к любому другому коррекционному занятию с детьми с нарушением зрения. Должны быть:

- четко определены тема и задачи занятия;
- продуманы формы сообщения теоретических сведений, их объем;
- подобраны рациональные методы и приемы закрепления пройденного материала (практические работы, упражнения, сюжетно-ролевые игры);
- продуманы способы повторения.

При этом отбор и комплектация методов должны быть обоснованными и согласованными с задачами конкретного раздела. Большое значение имеет поэтапность формирования необходимых навыков, предусматривающая четкую последовательность овладения детьми сначала простейшими, а затем все более сложными действиями.

Для поддержания у детей интереса к деятельности целесообразно создавать игровые проблемные ситуации, использовать игровые персонажи. Детям можно предложить просмотр диафильмов, слайдов, кино и видеоматериалов, прослушивание магнитофонных записей (например, серию «Шумы», записи с голосами птиц, животных, звуков окружающего мира). Все это дополняет, обогащает представления детей об окружающем мире, делает их яркими и эмоционально насыщенными.

Накопление предметных представлений позволит стимулировать процессы компенсации за счет использования слуховой, тактильной, мышечной чувствительности, восполнять пробелы зрительного восприятия. В результате станут возможны положительные качественные изменения в развитии детей с нарушением зрения, расширение их познавательных возможностей, повышение их обучаемости.

Литература

1. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Основы тифлопедагогики: развитие, воспитание и обучение детей нарушением зрения. – М., 2000.
2. Карпушина Е.Б. Формирование представлений о предметах окружающего мира у детей с недостатками зрения младшего дошкольного возраста: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 2001.
3. Подколзина Е.Н. Пространственная ориентировка дошкольников с нарушением зрения: методическое пособие. – М., 2009.

***Перкун О.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Черепкова Н.В.***

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА В СОЦИУМЕ

В нашей стране, как и во всём мире, отмечается рост числа лиц с физическими и умственными недостатками. Лица с нарушением слуха состав-

ляют в России 7% населения. Большая часть глухих и слабослышащих детей обучается в специализированных детских садах и школах с пятидневным пребыванием детей. Таким образом, доступ к получению специального образования в условиях изоляции имеют все дети с нарушением слуха.

По определению Ч. Дарвина изоляция, – ограничение или нарушение свободного скрещивания индивидов и перемешивания разных форм организмов; один из элементарных факторов эволюции. Ч. Дарвин на примере островных фаун и флор показал роль изоляции в возникновении, расширении и углублении различий между близкими формами живых организмов.

По мнению З. Фрейда, механизмом изоляции, – это утрата способности испытывать сильные чувства, обуславливающая рассудочно холодное отношение к эмоциональным ситуациям [6].

Процесс психологической помощи детям с нарушением слуха заключается в адаптации ребенка, в общеобразовательную среду.

По словарю А.В. Петровского, адаптация приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды. Процессы адаптации направлены на сохранение гомеостаза. Адаптация – одно из центральных понятий биологии, широко применяется как теоретическое понятие в тех психологических концепциях, которые подобно гештальтпсихологии и теории интеллектуального развития, разработанной швейцарским психологом Ж. Пиаже, трактуют взаимоотношения индивида и его окружения как процессы гомеостатического уравнивания. Изменения, сопровождающие адаптации, затрагивают все уровни организма: от молекулярного до психологической регуляции деятельности. Решающую роль в успешности адаптации к экстремальным условиям играют процессы тренировки, функциональное, психическое и моральное состояние индивида [3, с. 28]

В связи с потерей слуховых ощущений и восприятий у глухих особую роль приобретают зрительные ощущения и восприятия. Зрительный анализатор глухого ребенка становится ведущим, главным в познании окружающего мира и в овладении речью. Зрительные ощущения и восприятия у глухих детей развиты не хуже, чем у слышащих детей, а в ряде случаев даже лучше. Глухие дети часто подмечают такие детали и тонкости окружающего мира, на которые не обращает внимания слышащий ребенок. Слышащие дети чаще, чем глухие, путают и смешивают сходные цвета – синий, фиолетовый, красный, оранжевый. Глухие дети более тонко дифференцируют оттенки цветов. Рисунки глухих детей содержат больше частностей и деталей, чем рисунки слышащих сверстников. Более полными оказываются и рисунки по памяти. У глухих аналитический тип восприятия преобладает над синтетическим.

Глухой, по мнению Е.А. Зоткиной, может воспринимать речь говорящего, опираясь, главным образом, на зрительные восприятия. Каждая фонема нашего языка имеет свой соответствующий артикулярный образ. Глухой ребенок зрительно воспринимает и запоминает этот образ. В дальнейшем в

процессе длительных упражнений глухой может различать зрительно артикуляторные образы целых слов [5, с. 106-112].

Кроме зрительных ощущений, важную роль в процессе познания у глухих играют также осязательные и двигательные ощущения.

У человека существует тесная связь между двигательным и слуховым анализаторами. При частичном нарушении функции слухового анализатора речевые движения становятся вялыми, невнятными, плохо дифференцированными. У глухих детей наблюдается некоторая дискоординация движений, неуклюжесть и неловкость походки. Причина – отсутствие слухового контроля при выполнении движений. Именно поэтому глухим детям так трудно дается овладение некоторыми спортивными и трудовыми навыками, требующими тонкой координации и равновесия движений.

Двигательные ощущения играют важную роль в овладении глухими детьми устной речью. Слышащий ребенок при ошибке или неправильном произношении звука для исправления пользуется слуховым контролем, а глухой – опирается на кинестетические ощущения, получаемые от движений артикуляторного аппарата.

Комплекс нарушений у детей с нарушением слуха препятствует становлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми и может приводить к изоляции этих детей в коллективе сверстников. В связи с этим требуется специальная работа по коррекции и развитию всех компонентов речевой, познавательной и коммуникативной деятельности в целях оптимальной и эффективной адаптации детей с нарушением слуха к условиям и требованиям социума.

Таким образом, большинство детей с нарушением слуха в нашей стране до сих пор воспитывается и обучается в специальных учреждениях закрытого типа, их контакты с миром слышащих детей чрезвычайно обеднены, а иногда и отсутствуют. Изоляция отрицательно воздействует на разные стороны психического и личностного развития глухих и слабослышащих детей:

- эти дети, как правило, не играют вместе со слышащими;
- у неслышащих детей возникают комплексы;
- у глухих детей не развивается свободное речевое общение, поэтому они не могут приобретать из общения со слышащими детьми ни новую лексику, ни нерегламентированные грамматические конструкции, употребляемые слышащими в играх;
- из-за дефицита деловых контактов со слышащими кругозор детей с нарушением слуха часто не соответствует их возрасту;
- у глухих детей не совершенствуется произношение детей, поскольку нет внешних критериев её внятности и т.д.

Для эффективной адаптации таких детей в общеобразовательную среду необходимо проводить коррекцию познавательных процессов.

Ребенок всегда готов к познанию, ему хочется понять всё, что его окружает. И вот тут-то на его пути возникает препятствие. Ведь основной источ-

ник получения информации об окружающем мире у глухого ребёнка оказывается повреждённым.

В связи с тем, что глухой ребёнок овладевает речью не так, как слышащий, он нуждается в специальной системе обучения и воспитания. Чем раньше обнаружена глухота, чем раньше начато обучение, тем больше шансов на успех. Достичь благоприятных результатов можно лишь в тесном контакте родителя с учителем-дефектологом специального детского сада или сурдологического кабинета.

В системе дошкольного воспитания и образования необходимо начинать реабилитацию с 3-х лет. До 3-х лет у ребёнка не закончен процесс внутренней сепарации. До 3-х лет он испытывает индивидуальный, сенсорный страх. Могут появиться патологические реакции: нарушение сна, аппетита, эмоциональные расстройства. При доброжелательном и внимательном отношении педагогов эти нарушения проходят. Для благоприятной адаптации глухих детей в социум, необходимо развивать слуховую функцию и устную речь этих детей. В детском саду с детьми проводится специальная коррекционная работа по развитию у них слуховой функции и устной речи. В результате этой работы глухие дети овладевают речью. При этом закономерности её становления у неслышащих детей при условии раннего начала целенаправленных занятий те же, что и у детей с сохранным слухом. Формирование речи неслышащего ребёнка осуществляется в ходе повседневного общения и на специальных занятиях.

Для ребёнка ведущее занятие всегда игра. Игра предоставляет почти неограниченные возможности для развития мышления и речи детей. Развитие речи глухого ребёнка не должно решаться в отрыве от общих задач развития личности.

Важнейшую роль в адаптации глухого ребёнка играет его ознакомление с окружающим миром в процессе деятельности. Социальный опыт приобретается в деятельности. Многообразная деятельность детей, которая осуществляется во время подъёма, медицинского осмотра, гигиенических процедур, обеда, игры, подготовки ко сну, прогулки, может быть целенаправленно использована для ознакомления детей с предметами и явлениями окружающего мира, а также и для развития речи.

Большое внимание заслуживает также нравственное воспитание глухих дошкольников. Дружественная атмосфера, совместная радостная деятельность и взаимопомощь являются основой социальной адаптации глухих детей. Правильно организованная коррекционная работа в дошкольном возрасте будет способствовать адаптации его в социуме и всестороннему развитию глухого ребёнка.

Литература

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие. – М., 2007.
2. Выготский. Л.С. Собрание сочинений. – М., 1983.

3. Психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 2009.
4. Социальная адаптация и интеграция детей с нарушениями слуха / Сост. Астафьева В.М. – М., 2008.
5. Специальная психология Е.А. Зоткина. – М., 2007.
6. Фрейд З. Психология бессознательного. – М., 1989.

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

Научный руководитель: ст. преподаватель Алексеева М.Н.

ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

С точки зрения коммуникативной теории, расстройство речи представляет собой нарушение вербальной коммуникации. В тех случаях, когда у ребёнка сохранён слух, не нарушен интеллект, однако имеются значительные речевые нарушения, которые сказываются на формировании всей его психики, можно говорить об особой категории нетипичных детей – о детях с речевыми нарушениями [2].

В соответствии с клинико-педагогической классификации, дети с нарушением речи подразделяются на пять групп. Не останавливаясь подробно на этом вопросе, отметим лишь, что в настоящее время всё большее распространение получает психолого-педагогическая классификация, по которой дети делятся на две группы: дети с нарушением средств общения (общее недоразвитие речи – ОНР; фонетико-фонематическое недоразвитие – ФФН); дети с нарушениями применения средств общения (заикание) [1].

Особенности развития (речевого, познавательного, личностного) дошкольников в каждой из этих категорий довольно подробно раскрыты в логопедической и психологической литературе (Р.Е. Левина, Т.Б. Филичева, Ю.Ф. Гаркуша, В.П. Глухов и другие – по развитию детей с ОНР; С.С. Ляпидевский, В.И. Селиверстов, Г.А. Волкова и другие – по развитию дошкольников с заиканием).

Психологическое развитие детей с нарушенными, так и сохранёнными речевыми возможностями, подчинено общим закономерностям возрастных изменений и протекает в условиях ведущего для каждого возраста вида деятельности, благодаря которому формируются новые психические образования и зона ближайшего развития ребёнка. Для детей с первичными речевыми нарушениями характерно замедленное формирование различных форм деятельности. При этом требуется специально направленное обучения её элементам. В связи с этим развивающее влияние ведущей деятельности растягивается во времени. Например, по данным исследователей, в дошкольном возрасте у детей с выраженными нарушениями речи (в частности, с ОНР) сосуществующими формами ведущей деятельности является – предметная и игровая, а в младшем школьном возрасте – игра и учение [3]. Тем не менее, для

дошкольников с нарушениями речи, как и для их, нормально развивающихся сверстников, наиболее активной и значимой деятельностью является – игра.

Охватывая сенситивные периоды жизни детей с нарушениями в развитии, игра повышает их реабилитационные возможности, способствует коррекции и компенсации первичных речевых и связанных с ними вторичных недостатков. Как зона ближайшего развития ребёнка, игра является средством его всестороннего развития и познания окружающего мира. Однако нарушение речевого развития создаёт трудности при овладении всеми структурными компонентами игровой деятельности. У детей с выраженными нарушениями речи в более позднем возрасте по сравнению с нормой, но в более ранние сроки, чем у детей с первичными недостатками интеллекта, формируется интерес к предметной деятельности, эмоционально-избирательное отношение к миру понимание обращенной речи. А именно эти особенности, как известно, во многом определяют становление и развитие игры, как деятельности в дошкольном возрасте. Такие дети имеют сохранный интеллект, а значит потребность в игре у них такая же, как у нормально развивающихся сверстников. Но как справедливо отмечает В.И. Селиверстов, дошкольники с нарушениями речи нередко и отличаются от ровесников. Это отличие может выражаться со стороны физического развития в нарушениях моторики, в наличии общей скованности, дискоординации и слабости движений, двигательной расторможенности. То есть дети с нарушениями речи отстают от нормально развивающихся сверстников в точном воспроизведении действий с предметами, нарушают последовательность игровых действий, опускают их основные части.

Дети с речевыми нарушениями (особенно с выраженными системными) отличаются от своих сверстников и особенностями психических процессов. Для них характерны неустойчивость внимания, снижение вербальной памяти и продуктивности запоминания, отставания в развитии абстрактно-логического мышления. Перечисленные особенности ведут к затруднению, а нередко и к неумению вовремя включиться в игровую деятельность, переключиться с одного сюжета на другой. Л.С. Выготский соотносил появление замысла игр с переходом дошкольников к творческой деятельности, с развитием творческого воображения.

Исследования В.П. Глухова показали, что дети с нарушениями речи по уровню развития продуктивной творческой деятельности отстают от нормы. В целом для дошкольников данной категории характерны недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения. Отмечается более низкий уровень пространственного ориентирования образами. Такое отставание в развитии творческого воображения в значительной мере затрудняет формирование навыков полноценного сюжетосложения в процессе ролевой игры.

Для детей с речевыми нарушениями характерно использование штампов в игровой деятельности и однообразность сюжетов. Более того, таким дошколь-

кольникам требуется больше времени (чем их нормально развивающие сверстники) для включения в игровую деятельность. В её процессе отмечаются паузы, наблюдается истощаемость деятельности. Как известно, нарушения речи существенно затрудняют деловое свободное общение дошкольников в процессе игры.

Для детей данной категории (в первую очередь для тех, кто имеет выраженные первичные речевые нарушения) характерен уход от контактов с окружающими, пассивность, склонность к изоляции, боязнь предвзятого отношения со стороны окружающих, повышенная раздражительность, возбудимость, замкнутость, депрессивные состояния, негативизм, заторможенность, апатичность, чувство неполноценности и т.п. А это в значительной мере затрудняет не только речевой, но и эмоциональный контакт со сверстниками в процессе игры, приводит к возникновению конфликтов или вовсе к отказу от совместной деятельности, не может не препятствовать, с одной стороны, отражению общественных сюжетов в ролевой игре, с другой – формированию полноценных коллективных игр.

Психологи выделяют четыре уровня социальных отношений, характерных для детей с нарушениями речи при осуществлении игровой деятельности. Первый уровень социальных отношений – ориентация на собственные потребности и желания при слабом представлении (или вовсе отсутствии представления) о необходимости учитывать интересы товарища по игре. Второй уровень социальных отношений – усвоение правил поведения, но нежелание считаться с необходимостью их выполнения. Третий уровень социальных отношений – формальное, пассивное усвоение правил поведения в игре. Четвёртый уровень социальных отношений – социальные нормы и правила поведения становятся определяющими и регулирующими позицию ребёнка в игре и его отношения со сверстниками и взрослыми [5]. Поэтому детей с нарушениями речи, в отличие от их нормально развивающихся сверстников, следует постоянно побуждать к общению друг с другом и комментированию своих действий, чтобы способствовать закреплению навыков пользования инициативной речью, совершенствовать фонетический и грамматический строй, обогащать словарный запас.

На необходимость целенаправленного формирования игровой деятельности дошкольников с нарушениями речи указывают многие исследователи (В.И. Селиверстов 1979 г; Г.А. Волкова, 1983 г; Ю.Ф. Гаркуша, 1995г; Е. Смирнова, 2007г и другие.). В исследовании О. Герасимовой и Т.А. Бочкарёвой (2002г) было показано, что игра (а именно система игр) является продуктивным методом работы с дошкольниками, имеющими нарушения темпоритмической стороны речи, поскольку способствует совершенствованию диалогической речи, коммуникативных умений и навыков [6].

Возможность и необходимость совершенствования игровой деятельности, а через неё – речи, познавательных процессов и поведения детей с системными нарушениями речи (а именно с ОНР) была экспериментально до-

казана многими исследователями, в частности, Е.А. Пожиленко [4]. Итак, по данным исследователей, проведённых отечественными специалистами, у детей с нарушениями речи (в первую очередь – с ОНР и со средней и тяжёлой формой заикания) игровая деятельность затруднена. Это проявляется в несовершенстве игровых действий, трудности сосредоточения на игре, недостатке творческого подхода к сюжету. А также в сложности установления контакта с партнёрами по игровой деятельности. В то же время дошкольники с первичными речевыми нарушениями испытывают потребность в игре, и эта деятельность у них может развиваться в условиях правильного психолого-педагогического подхода.

Литература

1. Герасимова О.В., Бочкарева Т.А. Нарушение темпо-ритмической организации речи и игра как метод коррекции // Проблемы специального образования: Сборник научных трудов студентов и преподавателей факультета коррекционной педагогики и спец. психологии ПИ СГУ им. Н.Г. Чернышевского. Вып.1 – Саратов, 2002.
2. Логопедия. Учебное пособие для студентов деф. фак. пед. вузов / под редакцией Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской, 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2002.
3. Пожиленко Е.А. Использование наглядных пособий и игровых приемов в коррекции речи дошкольников // Дефектология. – 1995. – №2.
4. Психолого-педагогическая диагностика и консультирование: Учебное пособие. Под редакцией Л.В. Шиповой. – Саратов, 2004.
5. Специальная психология: учебное пособие для студентов высших пед. учебных заведений / Под редакцией В.И. Лубовского – 3 изд., стер. – М, 2006.
6. Трофимова Н.М. Дуванова С.П., Трофимова Н.Б., Пушкина Т.Ф. Основы специальной педагогики и психологии. – СПб., 2006.

Свиридова А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Гостунская Я.И.

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В отечественной специальной педагогике и психологии понятие «задержка психического развития» является психолого-педагогическим и характеризует, прежде всего, отставание в развитии психической деятельности ребёнка.

Для детей с задержкой психического развития характерна значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности, а так же ярко выраженная неравномерность формирования разных сторон психической деятельности.

На современном этапе специальной психологии среди значимых вопросов исследователи выделяют дифференциальную диагностику, разработку принципов и методов психологической коррекции нарушений у детей с ЗПР (Н.Л. Белопольская; Л.Б. Баряева; Е.А. Екжанова; Л.В. Кузнецова; К.С. Лебединская; И.Ю. Левченко; Е.А. Медведева и др.).

В настоящее время в практических исследованиях определяют тревожно-фобические и агрессивно-тревожные поведенческие типы у детей (Б.И. Кочубей; Е.В. Новикова; А.М. Прихожан и др.), но не раскрывают особенности психокоррекции этих эмоционально-поведенческих нарушений у старших дошкольников с ЗПР. В то время как решение проблем подготовки детей с ЗПР к школе, преодоления трудностей и овладения ими новой социальной ситуацией требует использования специальных психокоррекционных технологий.

У дошкольников с задержкой психического развития наблюдается отставание в развитии эмоциональной сферы, наиболее выраженными проявлениями которого являются эмоциональная неустойчивость, лабильность, легкость смены настроений и контрастных проявлений эмоций. Они легко и часто немотивированно переходят от смеха к плачу и наоборот. Трудности, которые встречают дети при выполнении заданий, часто вызывают у них резкие эмоциональные реакции, аффективные вспышки. Такие реакции возникают не только в ответ на действительные трудности, но и вследствие ожидания затруднений, боязни неудачи. Эта боязнь значительно снижает продуктивность детей в решении интеллектуальных задач и приводит к формированию у них заниженной самооценки.

Нередко у дошкольников с задержкой психического развития, как подчёркивает И.Ф. Марковская, отмечается состояние беспокойства, тревожности, страха [1].

Большинство исследователей, занимающихся проблемами детей с ЗПР, отмечают, что адекватность условий обучения и воспитания – один из наиболее важных социальных факторов, влияющих на снижение тревожности детей данной категории.

По данным И.Ф. Марковской, в жизни детей с задержанным темпом развития взрослый играет ведущую роль. Люди, окружающие этих детей и дающие им эмоциональную поддержку, принимаются ими полностью и безоговорочно как значимые. Открытое непосредственное одобрение и поддержка снимают тревожность, уменьшают страхи ребенка, укрепляют в нем чувство безопасности и уверенность в себе [1].

Е.Г. Дзуткоева отмечает, что организованные коррекционно-психологические условия обучения и воспитания, комфортная эмоциональная среда способствуют развитию у детей с ЗПР навыков общения, умений строить отношения в коллективе, снижают тревожность, что приводит к повышению школьной и социальной адаптации и коррекции личности в целом.

Для преодоления тревожности у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития необходимо изучение особенностей проявления эмоциональных нарушений у детей данной категории.

По результатам исследования Л.Н. Костиной был сделан вывод, что дети с ЗПР проявляют большую тревожность по отношению к школе и учению, чем их нормально развивающиеся сверстники. Данный исследователь полагает, что дети с ЗПР, обладая неустойчивой эмоциональной сферой, менее развитыми компенсаторными и психозащитными возможностями по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками, меньше защищены от воздействия неприятных ситуаций, в результате чего появляются страх, боязнь, тревожность.

Д.Н. Исаев и П.Г. Елисеев указывают, что тревожность у старших дошкольников с ЗПР является в значительной степени ситуативной и не обладает сформировавшимся, выраженным «личностным ядром». Кроме того, по их мнению, в какой-то степени низкие коэффициенты использованных методик можно объяснить известной дефектностью интеллектуальной сферы, в силу которой нервно-психические проблемы недостаточно осознаются детьми с ЗПР, а поэтому не выявляются при психодиагностических обследованиях.

Согласно данным И.Ю. Кулагиной, изучавшей эмоциональные реакции старших дошкольников и младших школьников с ЗПР в оценочной ситуации, ситуативная тревожность, сопровождающаяся понижением результативности деятельности, была наиболее характерна для девочек. Мальчиков было значительно больше, чем девочек среди тех, у кого тревожность не появилась или приводила к повышению продуктивности деятельности. По мнению исследователя, низкая самооценка крайне редко фиксируется в дошкольном учреждении и специальной школе. В целом между ситуативной тревожностью и характером самооценки старших дошкольников с ЗПР не обнаружено четкой корреляции. Как известно, мотив избегания неудачи продуцирует эмоциональное состояние тревожности в противоположность мотиву достижения успеха, не вызывающего тревожности. Далее, в начальных классах специальной школы для детей с ЗПР, согласно точке зрения М.Ч. Расцевской, доминируют в основном мотив достижения успеха и учебные интересы [4].

М.Ч. Расцевской (1986) было осуществлено исследование структуры базальных эмоций детей с разным уровнем интеллектуального развития, которое показало, что у детей с ЗПР наблюдается недостаточность положительных переживаний, они менее жизнерадостны. У них чаще проявляются эмоции страха и гнева. По сравнению с нормально развивающимися детьми, дети с ЗПР являются более пугливыми, так как у них менее развита сила процессов возбуждения и подвижность нервных процессов, от которых зависит выносливость и быстрота реакции в тревожных ситуациях. По параметру «страх» оценки детей с ЗПР были ближе к оценкам нормально развивающихся детей, а по параметру «радость» дети с ЗПР находятся ближе к олигофренам. М.А. Панфилова делает вывод: несмотря на то, что дети с ЗПР не отличаются особой боязливостью, все-таки они менее часто испытывают состояние эмоционального благополучия [2].

В настоящее время, как утверждает Е. Савина, Н. Шанина, увеличилось число тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью. Тревожные дети отличаются частыми проявлениями беспокойства и тревоги, а также большим количеством страхов, причем страхи и тревоги возникают в тех ситуациях, в которых ребенку, казалось бы, ничего не грозит [3].

Исследование М.А. Панфиловой (2007) позволяет обозначить следующие особенности тревожности детей с ЗПР:

- тревожность у дошкольников с ЗПР выражается в виде симптомокомплексов; её коррекция как устойчивого аффективно-личностного образования требует включения психологических механизмов тревоги, страха, агрессии, межличностного и самооценочного конфликтов;
- тревога проявляется на среднем уровне с устойчивыми темами;
- индекс страха соответствует среднему и низкому уровню (страхи отражают инфантильные и возрастные темы); характерны средне-низкий уровень внутриличностного конфликта и низкий уровень индекса агрессии и межличностного конфликта;
- дошкольники с ЗПР в общеобразовательном учреждении, проявляют более высокие уровни тревожности по сравнению с испытуемыми группы из компенсирующего учреждения [2].

Таким образом, теоретический обзор по проблеме исследования позволяет определить, что симптомокомплексы тревожности, включающие тревогу, страх, агрессию, межличностный и самооценочный конфликты, обуславливают эмоционально-поведенческие нарушения у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР и определяют направления психокоррекционной работы.

Выявление дифференцированных характеристик тревожности позволит целенаправленно организовывать коррекционную и профилактическую работу с такими детьми; формировать адекватные способы поведения в психотравмирующих ситуациях; развивать коммуникативную компетентность, тем самым подготовить их к переходу в новую школьную среду.

Литература

1. Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. – М., 1993.
2. Панфилова М.А. Психолого-педагогические условия коррекции аффективно-поведенческих расстройств у дошкольников с задержкой психического развития // Материалы научно-практической конференции «Современные технологии диагностики, профилактики и коррекции нарушений развития» – М., 2005.
3. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и возрастная динамика. – М., 2000.
4. Расцевская М.Ч. Особенности эмоционально-волевой сферы детей 6-10-летнего возраста с разным уровнем умственного развития // Сравнительная динамика развития детей: Сб. науч. тр. – Рига, 1986.

*Фурманова О. В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Лушина А. П.*

ВЛИЯНИЕ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ “ОСОБОГО” РЕБЕНКА

Проблема всестороннего развития личности у детей с отклонениями в развитии не нова. Для воспитателей детских домов это один из актуальных вопросов. Так одним из средств достижения положительного результата в этом направлении является развитие творческих способностей ребенка.

Далеко не секрет, что компенсаторные возможности организма очень велики. На сегодняшний день, задача состоит в том, чтобы помочь ребенку компенсировать свой дефект, развить скрытые возможности и способности.

Общество заинтересовано в том, чтобы человек начал трудиться именно там, где он может принести максимальную пользу. А для этого нужно помочь обучающимся найти свое место в жизни. Для детей с ограниченными возможностями творчество является подготовительным этапом трудовой деятельности.

Творчество – высшая форма психической активности, самостоятельности, способность создавать нечто новое, оригинальное. Расположенность к творчеству может выступать в любой сфере человеческой деятельности: научной, художественной, производственно-технической, хозяйственной и так далее. Масштаб творчества может быть различным, но во всех случаях происходит возникновение и открытие чего-то нового.

Творчеством созданы науки и искусство, сами формы жизни людей. Творчество в труде – это не редкость, не исключение, а наиболее естественное полноценное выражение человеческих возможностей [5].

Дети с ограниченными возможностями – сложный, своеобразный контингент. Их отличает ряд особенностей, главная из которых заключается в том, что результатов их обучения и воспитания педагог ждет достаточно долго. С этими детьми труднее установить «обратную связь», чем с их нормально развивающими сверстниками. У «особых» детей чаще всего наблюдаются нарушения в развитии психических процессов, отклонения в умственном развитии и нарушения в эмоционально-волевой сфере.

Поэтому приходится включать в образовательный и воспитательный процессы многообразие педагогических приемов и методов, как традиционных, так и не традиционных.

Одним из средств, способствующих решению этой задачи, является искусство, которое играет существенную роль в формировании личности ребенка. Искусство включает в себе художественно-эстетические, нравственные, гуманистические, познавательные ценности и воздействует на духовное, нравственное становление человека.

Современная специальная психология и педагогика в поисках эффективных средств коррекции все больше ориентируются на использование различных видов искусства и творчества в процессе обучения и воспитания детей с проблемами.

Искусство и творчество играют важную роль в воспитательно-образовательном процессе детей с отклонениями, об этом говорили представители зарубежной спецпедагогики прошлого Э. Сеген, Ж. Демюр, О. Декроли, а также отечественные психологи и врачи Л.С. Выготский, А.И. Граборов, В.П. Кащенко и другие. Специалисты в области художественной педагогики Н.И. Сакулина, Н.А.Ветлугина, В.А. Езикеев, Т.С. Комарова утверждают, что процесс восприятия искусства и творчества детьми представляют собой сложную психическую деятельность, сочетающую познавательную и эмоциональную стороны.

Отмечая необходимость формирования культуры у детей, имеющих различные проблемы в развитии, Л.С. Выготский говорил о создании специальных способов, средств и условий, обеспечивающих развитие детей с разными отклонениями.

Исследования в области художественной педагогики показывают, что искусство развивает личность, расширяет общий и художественный кругозор ребенка с проблемами, реализует познавательные интересы детей. Искусство, являясь своеобразной формой эстетического познания действительности и отражения ее в художественных образах, позволяет ребенку с проблемами в развитии ощутить мир во всем его богатстве и через художественные виды деятельности научиться его преобразовывать. Процесс восприятия искусства детьми представляет собой сложную психическую деятельность, сочетающую в себе познавательные и эмоциональные моменты. Занятия художественной деятельностью способствуют сенсорному развитию детей, помогает различать цвет, форму, звуки, обеспечивает понимание языка различных видов искусства. О положительном влиянии искусства на развитие ребенка с проблемами указывал Л.С. Выготский, отмечая особую роль художественной деятельности как в развитии психических функций, так и в активизации творческих проявлений детей в разных видах искусства (музыки, живописи, театра).

Современные психология и педагогика в поиске эффективных средств коррекции все больше ориентируются на использование искусства в процессе обучения и воспитания детей с проблемами в адаптации, указывают на возможности искусства в коррекции нарушений развития. Так, занятия изобразительной деятельностью способствует сенсорному развитию детей, формирует мотивационно-потребностную сторону их продуктивной деятельности, способствует дифференциации восприятия, мелких движений руки, что в свою очередь, влияет на умственное развитие.

Исследования в области художественной педагогики показывают, что искусство развивает личность, расширяет общий и художественный кругозор

ребенка с проблемами, реализует познавательные интересы детей. Искусство позволяет ребенку с проблемами ощутить мир во всем его богатстве и многообразии, а через художественные виды деятельности научиться его преобразовывать. Именно в этом содержатся коррекционные возможности искусства, так как оно является, с одной стороны, источником новых позитивных переживаний ребенка, рождает креативные потребности, способы их удовлетворения в том или ином виде искусства, а с другой – средством реализации социально-педагогической функции искусства.

Раскрывая психологический механизм катарсиса в своей работе «Психология искусства», Л.С. Выготский отмечал: «Искусство всегда несет в себе нечто преодолевающее обыкновенное чувство. Боль и волнение, когда они вызываются искусством, несут в себе нечто большее, нежели обыкновенную боль и волнение. Переработка чувств в искусстве заключается в превращении их в свою противоположность, то есть положительную эмоцию, которую несет в себе искусство» [2]. Отечественные психологи в эффекте катарсиса усматривают главный итог воздействия искусства на личность, а в потребности катарсиса – одну из основных психологических установок в отношении искусства. По мнению Ю.А. Огородникова, «эффект катарсиса происходит также из-за того, что в человеке, погруженном в дробность быта и теряющем в нем свою целостность и гармонию, в момент проживания произведения искусства происходит выход из суетных состояний, погружение в гармонию, и от этого нарастают внутреннее единство и гармония. При этом очищение возникает как на уровне психологических функций, так и на психодуховном уровне человеческого организма» [6].

Катарсис неразрывно связан с художественным восприятием, которое представляет собой сложнейшую работу чувств, мыслей, воображения, воспринимающего произведение искусства. Поэтому дети, особенно с проблемами в развитии, не всегда готовы к этой работе. Необходимо обучить детей приемам восприятия художественного произведения, так как восприятие детей с отклонениями в развитии имеет свои особенности, обусловленные природой и характером нарушения. Общение с произведением искусства помогает ребенку на время уйти от переживаний, эмоционального отвержения, чувства одиночества, страхов и тревожности или от конфликтных межличностных и внутри семейных отношений.

Дети с нарушениями развития являются особой категорией, в работе с которыми формы художественно-эстетического освоения мира используются не только как средство развития их художественной культуры, но и оказывает на них лечебное воздействие, является способом профилактики и коррекции отклонений в развитии.

Искусство помогает детям развиваться и жить. Все формы детского творчества для ребенка с проблемами – это шанс реализоваться в этом мире.

Эта специфическая деятельность имеет коррекционную направленность, поскольку обеспечивает развитие мелкой моторики, координацию движе-

ний рук, зрительный контроль, умение планировать свою деятельность, ус- танавливать связь между действием и результатом, развивает внимание, во- ображение, сенсорику.

Искусство представляет ребенку практически неограниченные возмож- ности для самосовершенствования и самореализации как в процессе твор- чества, так и в его продуктах. Интерес к продуктам творческой деятельнос- ти ребенка со стороны сверстников и взрослых повышает самооценку и са- мовосприятие ребенка с проблемами в развитии. А это является решением важнейшей задачи: адаптации ребенка посредством искусств и художествен- ной деятельности к условиям макросоциальной среды.

Таким образом, нельзя решать актуальные проблемы современности вне искусства – мощнейшего средства воспитания и образования, так как арт-те- рапевтические методики содействуют гармонизации личности детей с нару- шениями в развитии через формирование способностей самопознания и са- мовыражения, корректируют психоэмоциональное состояние ребенка, пси- хофизиологические процессы посредством соприкосновения с искусством.

Литература

1. Ванслова Е. Раздвигаем границы эстетического образования // Искус- ство. – 2008. – №2.
2. Выготский Л.С. Психология искусства. – М., 1968.
3. Ильинская И.П. Критерии оценки уровня сформированности эстети- ческой культуры младшего школьника // Начальная школа. – 2009. – № 1.
4. Креативный ребёнок: Диагностика и развитие творческих способнос- тей / Сост. Т.А. Барышева, В.А. Щекалов. – Д.: Феникс, 2004.
5. Мелик-Пашаев А.А., Новлянская, З.Н. Ступеньки к творчеству. – М., 1987.
6. Огородников Ю.А. Литература как искусство. – М., 1998.

Шумейко М. В., г. Ставрополь

ГБУСО «Ставропольский Реабилитационный Центр»

Научный руководитель: к. психол.н. Слюсарева Е.С.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

По частоте ранний детский аутизм (РДА) находится на четвертом месте среди различных видов патологий у детей после умственной отсталости, эпи- лепсии и ДЦП. Частота этого нарушения оценивается от 5 до 15-20 человек на 10 тысяч населения [3].

Аутизм – тяжелое нарушение психического развития, при котором, преж- де всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию. Поведение детей с аутизмом характеризуется также жесткой стереотипнос-

тью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.) [1].

Пока не существует общепринятого подхода к коррекции РДА ни за рубежом, ни в России.

У зарубежных специалистов подход к аутичным людям основан на признании их уникальности. Поэтому предлагается не исправление «недостатков», а создание условий, в которых такие люди могут жить и оставаться самими собой. В нашей стране учреждений для систематического обучения и воспитания детей с аутизмом, как государственных, так и частных, очень мало. Пока очень ограничены и возможности интеграции аутистов.

Это обусловлено рядом факторов: сложностью такого нарушения как РДА, разнородностью контингента, отсутствием государственных образовательных программ и «дороговизной» содержания, воспитания и обучения детей в условиях государственных учреждений, так как наполняемость групп для детей с РДА дошкольного возраста не должна превышать 6 человек [3].

Из-за отсутствия специальных (коррекционных) учреждения для детей с РДА, психологическая помощь данной категории детей оказывается в реабилитационных центрах.

В Ставропольском реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья накоплен практический опыт психологической помощи детям-аутистам в условиях реабилитационного центра.

Специалисты Центра каждый день в своей работе сталкиваются с детьми, имеющими синдром раннего детского аутизма, которым нужна постоянная комплексная помощь: медицинская, психолого-педагогическая, социальная и другая. Статистика реабилитационного центра за 2010-2012 гг. показала, что число детей и заболеванием РДА выросло в 3 раза [4].

Одной из основных трудоемких работ является деятельность психолога, так как взаимодействие с аутичным ребенком необходимо строить в зависимости от диагноза и реальных возможностей самого ребенка.

Первым этапом в работе с детьми, имеющими РДА, выступает теоретическая и методическая подготовка специалистов центра. Данная работа заключается в консультативной помощи психолога специалистам: рассмотрению психологических особенностей данной категории детей, технологиям педагогического сопровождения детей, организации взаимодействия с родителями, воспитывающими детей с синдромом раннего детского аутизма.

Коррекционная работа в группе детей с РДА проводится одновременно по нескольким направлениям, среди которых: деятельность врача-невролога, педагога-психолога, иппотерапевта, учителя-дефектолога, музыкального руководителя.

Педагог-психолог сопровождает занятия всех специалистов, оказывая консультативную помощь, как в процессе занятия, так и по итогам их проведения, а так же дает рекомендации родителям после проведения занятий и по

итогах всего курса. Занятия с детьми-аутистами проходят в индивидуальной форме, потому что собрать группу в начале курса крайне сложно (так как у детей разный возрастной уровень, интеллектуальные возможности и нарушения поведения). Постепенно занятия переходят в подгрупповые (2-3 человека). Так как реабилитация включает занятия по иппотерапии, все специалисты уделяют внимание темам, посвященным взаимодействию с лошадью.

Деятельность педагога-психолога направлена на то, чтобы помочь ребенку адаптироваться к новой социальной среде, выработать навыки общения, научить новым способам взаимодействия с другими детьми, взрослыми; развить умения замечать и реагировать на внешние изменения среды; скорректировать негативные протестные реакции, которые часто сопровождают их поведение. В своей работе педагог-психолог, учитель-дефектолог опираются на технологии, разработанные С.В. Исхановой, С.С. Морозовой и другими.

В соответствии с группами детей с аутизмом по классификации О.В. Никольской на примере описания трех детей (относящихся к той или иной группе), в данной статье нами представлены результаты работы педагога-психолога.

Первый ребенок относится к 1-ой группе аутистической патологии (по классификации О.В. Никольской). В начале курса нами были отмечены следующие психологические характеристики данного ребенка: ребенок не вступает в эмоциональный и тактильный контакт; отмечается полевое поведение с импульсивно-деструктивной деятельностью; агрессивность и раздражительность. Обращенную речь не понимает и не воспринимает; инструкции не выполняет; игровая деятельность носит деструктивный характер, ничем не заинтересовывается; присутствуют многочисленные навязчивые движения; отмечается билингвизм как фактор, препятствующий установлению коммуникации с другими людьми.

В конце курса нами были отмечены следующие позитивные изменения: ребенок стал проявлять интерес к сенсорной комнате; длительно фиксировать взгляд на святащемся оборудовании в сенсорной комнате («зайчики», водопад, пузырьковая колонна); снизилась аутостимуляция и агрессия в процессе занятий в сенсорной комнате; после систематических занятий в сенсорной комнате ребенок стал давать руку педагогу, дотрагиваться, кратковременно заглядывать в лицо.

Однако на сегодняшний момент невозможна игра со сверстниками, не проявляет интерес к детям, в общий круг не становится, руку не дает, убегает.

Второй ребенок относился в соответствии с классификацией ко второй и некоторыми признаками 3 группе. В начале цикла отмечалась осторожность к действиям взрослого, робость; ребенок не смотрит глаза в глаза, взгляд в сторону; отсутствует эмоциональный и тактильный контакт с педагогом; нетерпелив, требует окончания занятия; наблюдается навязчивость, вокализация; игровая деятельность носит деструктивный характер; наблюдаются периодические имитационные движения взрослого.

В конце курса нами были отмечены следующие позитивные изменения: стал появляться периодический контакт «глаза в глаза»; установлен эмоциональный и тактильный контакт с педагогом; стал хорошо имитировать движения педагога, что способствует лучшему взаимодействию с педагогом и продуктивности учебной деятельности; ребенок начал воспринимать речь педагога. Появились навыки социального поведения: ребенок уходит из кабинета только после разрешения педагога; увеличилась продолжительность заинтересованности игровых действий; ребенок стал проявлять интерес к сюжету игры и эпизодически учувствовать в ней; в конце цикла появилась возможность объединения детей в подгруппы, при совместной деятельности не было раздражительности, протестных реакций, не мотивированных асоциальных поступков (драться, плевать, толкаться). Дети давали друг другу руку и становились в общий круг, передавали друг другу игрушку. Ранее это было недоступно.

Третий ребенок (относился к третьей с некоторыми признаками 4 группы). В начале курса нами были отмечены следующие психологические характеристики данного ребенка: не уверен в себе, робок, тревожен; не смотрит в глаза, взгляд в сторону; наблюдается наличие страхов и опасений; наблюдается навязчивость и элементы ритуализации (тихий плач, пение, уход в себя); присутствуют протестные реакции; трудности вхождения в контакт с детьми и со взрослыми; стереотипный, манипулятивный характер игровой деятельности; «ввязнет» на одной игре, трудно переключить внимание; не учитывает обратную связь (как эмоциональную, так и сюжетную); фактически не играет со сверстниками.

В конце курса нами были отмечены следующие позитивные изменения: стал кратковременно удерживать взгляд на лице педагога; зрительный контакт «глаза в глаза»; снизилась тревожность; реже стали проявляться навязчивости и элементы ритуализации; стал адекватен в общении; научился отвечать на простые вопросы; стал проявлять интерес к сюжету игры и эпизодически участвовать в ней; в конце цикла появилась возможность объединения детей в подгруппы, при совместной деятельности не было раздражительности, протестных реакций, не мотивированных асоциальных поступков (склонности драться, плевать, толкаться). Дети давали друг другу руку и становились в общий круг, передавали друг другу игрушку. Ранее это было недоступно.

Достижению таких результатов способствовали следующие технологии психологической помощи: использование сенсорных стимулов (проведение занятий в сенсорной комнате), положительное подкрепление ситуации успеха, использование игровых ситуаций, где ребенок является успешным, так же параллельно проводились занятия по иппотерапии, сущностью которых являлась организация тактильного контакта с лошадью, что положительно влияло на психическое и личностное состояние ребенка.

Таким образом, в настоящее время вопросы оказания психологической помощи детям с ранним детским аутизмом рассмотрены недостаточно: не пред-

ставлены диагностические технологии, позволяющий поставить квалифицированный дифференцированный диагноз, отсутствует депозитарий психокоррекционных технологий, используемых в работе с данной категорией детей не рассмотрены в полной мере формы взаимодействия с родителями аутичных детей. Данные вопросы требуют дальнейшего изучения с опорой на имеющийся отечественный и зарубежный опыт работы с аутичными детьми.

Литература

1. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М., 2005.
2. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, И. А. Костин, М. Ю. Веденина, А. В. Аршатский, О. С. Аршатская / Издательство: Теревинф. – М., 2005.
3. Ихсанова С.В. Система диагностико-коррекционной работы с аутичными дошкольниками. – СПб, 2011.
4. Методические материалы. Опыт работы специалистов ГБУСО «Ставропольский РЦ» с детьми с синдромом раннего детского аутизма./ Авторы-составители: Тютин Е.А., Невечера Г.С., Криворучко С.О., Прядко Н.А., Сазанова Т.И., Страшко А.Ю., Колесников А.П. Шумейко М.В. –Ставрополь, 2012.
5. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога. – М., 2010.

*Ярмоц В. А., г. Новосибирск,
ФГБОУ ВПО «НГПУ» Институт детства
Научный руководитель: к. пед. н. Кузь Н.А.*

К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Проблема данного исследования заключается в изучении познавательной готовности детей с общим недоразвитием речи к обучению в школе.

Поступление в школу – это значительное событие в жизни ребенка, во время которого появляются качественные изменения в психической, интеллектуальной, эмоциональной, волевой, мотивационной сферах ребенка. Все это характеризует готовность к систематическому обучению и составляет фундамент развития, от которого во многом зависит успешность обучения ребенка в школе. Перед нашим обществом на современном этапе его развития стоит задача дальнейшего улучшения воспитательно-образовательной работы с детьми дошкольного возраста, подготовки их к обучению в школе. Для успешного решения этой задачи требуется умение определить уровень психического развития ребенка, вовремя диагностировать его отклонения и на этой основе наметать пути коррекционной работы.

Модель познавательной готовности ребенка к школе представляет собой единое целое компонентов – внимание, память, воображение, восприятие, мышление и речь, которые находятся в тесном взаимодействии друг с другом, а это взаимодействие определяет уровень познавательной готовности ребенка к школе. В каждом процессе интеллектуальной деятельности неразрывно участвуют все компоненты познавательной готовности. Не смотря на то, что речь является ее составляющим компонентом, развитие речи зависит от развития остальных компонентов.

Вопрос об изучении готовности ребенка к школьному обучению всегда интересовал многих ученых, таких как Л. Б. Баряева, А. Л. Венгер, Л. А. Венгер, Л. С. Выготский, Л. И. Божович, Г. В. Гуровец, Р. Е. Левина, Л. Ф. Спирова, Г. В. Чиркина, С. Н. Шаховская. Исследователи стараются рассмотреть все компоненты готовности к школьному обучению и установить зависимость между ними. Также главной задачей перед исследователями стоит выявление закономерности между нарушением речи и состоянием других психических функций ребенка и его личности в целом, а соответственно, и влияние нарушений речи на готовность к школе. В результате выявлена закономерность, что неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей интеллектуальной сферы. Когнитивная готовность представляется как незаменимый и важный показатель готовности ребенка к школе, включающий комплекс компонентов интеллектуального развития ребенка.

Развитие детей с общим недоразвитием речи интересовало таких исследователей, как Г. В. Гуровец, Р. Е. Левина, Л. Ф. Спирова, Г. В. Чиркина, С. Н. Шаховская. Стойкие нарушения общения, сопровождающихся эмоциональной неустойчивостью, незрелость психических функций, тугоподвижность когнитивных процессов – так исследователи характеризуют детей с нарушением речи. Исследователи очень точно, обширно и подробно подходят к изучению вопроса о готовности к школе, опираются на теоретические знания, сопоставляют все факты, которые влияют на подготовку к школе. Можно сделать вывод, что развитие детей с недоразвитием речи имеет отличия от развития детей с нормой, помимо нарушений речи страдает развитие познавательный процессов. Поэтому все недостатки в развитии необходимо своевременно диагностировать и корректировать для успешного поступления ребенка в школу. Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно – волевой сферы.

В настоящее время образование рассматривается как общечеловеческая ценность. Человек имеет право на обучение в образовательном учреждении, каждое из которых работает по определенной программе. В системе образования существует множество программ, имеющих в своей основе принципы, аспекты, теории, цель, задачи, требования, которые отличают одну программу от другой.

Перед подбором диагностических заданий для определения уровня познавательной готовности ребенка к школьному обучению были анализированы

программы ДОУ и школы. Цель программы дошкольного образования «Детство», авторами которой являются В. И. Логинова, Т. И. Бабаева – всестороннее развитие ребенка через сопутствующую его возрастным особенностям развивающую среду. Основная идея программы – социализация ребенка, вхождение в культуру через осознание ребенком своих возможностей и способностей. Эта программа не имеет ничего лишнего в своей системе, только то, что действительно ребенку нужно в этом возрасте [6]. Программа обучения в школе «Школа 2100», ее авторы Р. Н. Бунеев, Е. В. Бунеева, ориентирована на психологические особенности детей. Она помогает детям выйти за пределы стандартного набора знаний, навыков и умений, сделать самостоятельный выбор, принять самостоятельное решение, активно работать на каждом уроке. Особенность программы состоит в использовании новых, усовершенствованных методов обучения [10]. Для общеобразовательной школы подходит программа «Школа России», автором которой является А. А. Плешаков, с более устойчивыми методами и рациональными требованиями, с учетом возможностей детей и с мягким подходом к каждой личности. Целями обучения детей является создание условий для развития личности школьника, поддержка индивидуальности, освоение знаний, формирование интереса к учению, формирование здоровьесберегающих навыков [9].

На основе этого было выявлено, что программа «Школа России» удобна и благоприятна для детей, воспитывающихся в ДОУ по программе «Детство». Переходя из детского сада в школу, дети не страдают от большой нагрузки и тяжелой программы, развитие и обучение ребенка происходит постепенно и целостно. Программа «Школа 2100» подходит для детей с большими возможностями в обучении, т. к. представляет высокие требования к уровню готовности к школе.

Для определения уровня познавательной готовности ребенка к школе были подобраны диагностические задания для определения состояния всех ее составляющих компонентов.

Для обследования мышления подобраны задания – методики Л. Парамоновой «Собери фигуру» (наглядно – действенное мышление), М. Ильиной «Что лишнее?» (наглядно-образное мышление), Л. Парамоновой «Вопрос – ответ» (словесно – логическое мышление).

Для обследования восприятия – методики И. Светловой «Спрятанная фигура» (зрительное восприятие), Н. Головневой «Найди квадрат» (дифференцированное), А. Кирьяновой «Угадай инструмент» (слуховое восприятие).

Для обследования внимания – методики О. С. Жуковой «Кто куда едет?» (устойчивость), И. Светловой «Цифры» (объем, переключение), И. Светловой «Сосчитай фигуры» (устойчивость, распределение), И. Светловой «Не пропусти растение» (слуховое внимание).

Для обследования памяти – методики М. Ильиной «Картинки» (зрительная, кратковременная память), Л. Парамоновой «Запомни текст» (смысловая, долговременная память), Н. Головневой «Пары слов» (механическая память).

Для обследования воображения – методики М. Ильиной «Вербальная фантазия» (вербальное воображение), М. Ильиной «Невербальная фантазия» (невербальное воображение).

Для обследования речи – методики Р. А. Кирьяновой (звукопроизношение, пассивный словарь, грамматический строй речи, словообразование, фонематические процессы, связная речь).

Для качественной оценки уровня компонентов познавательной готовности можно привести единую систему оценки в баллах, которая в итоге поможет определить уровень готовности ребенка к школе.

На основе полученных данных и результатов анализа пишется психолого-педагогическое заключение, которое является важной частью комплексного заключения о психическом развитии ребенка. В психолого-педагогическом заключении должны быть отражены такие вопросы о уровне психического развития ребенка, структуре дефекта развития, вторичных нарушениях, взаимодействии дефекта развития ребенка и формирования его личности, обучаемости ребенка. На основе этого составляется психолого-педагогическая программа коррекции нарушения речи детей дошкольного возраста.

В заключении можно сказать, что проблема готовности детей к обучению в школе считается не только научной, но и реально-практической, очень жизненной и острой задачей. От ее решения зависит многое – настоящее и будущее детей. Задача специальных педагогов, логопедов, дефектологов – помочь детям и создать все условия для полноценной и легкой подготовки детей к школе. Анализ программ детского сада и школы необходим для того, чтобы определить, сочетание каких программ даст ребенку целостное развитие и полноценное обучение. Это повлияет на выбор образовательного маршрута ребенка с нарушением речи, чтобы его обучение было посильно и результативно.

Литература

1. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – СПб., 2009.
2. Венгер А.Л., Марциковская Т.Д., Венгер Л.А. Готов ли ваш ребенок к школе. – М., 1994.
3. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте. – СПб., 1997.
4. Григорович Л.А., Ермоленко О.С., Марцинковская Т.Д. 150 тестов, игр, упражнений для подготовки детей к школе. – М., 2000.
5. Гуткина Н.И. Психологическая готовность к школе. – СПб., 2004.
6. Детство: Программа развития и воспитания детей в детском саду /Под ред. Т.И. Бабаева, В.И. Логинова. – СПб., 2005.
7. Кирьянова Р.А. Диагностический материал для психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи 5-6 и 6-7 лет. – СПб., 2007.
8. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / под ред. Е.Н. Российской, Л.Ф. Спирина, Г.В. Чиркина. – М, 2005.
9. Плешаков А.А. Школа России. Концепция и программы для начальных классов. – М., 2009.

10. Проблемы подготовки учителя для современной российской школы: сборник материалов / сост. В.А. Адольф, Н.А. Баклагина, Е.В. Бунеева. – М., 2007.

11. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: лингвистика детской речи: учебное пособие для вузов: рек. УМО вузов РФ. – М., 2000.

РАЗДЕЛ VI. ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ: ФАКТОРЫ РИСКА И МЕХАНИЗМЫ ПРОФИЛАКТИКИ

*Алексеева М.Н., г. Ставрополь,
ст. преподаватель ГБОУ ВПО СГПИ*

АЛКОГОЛЬНАЯ (НЕБЛАГОПОЛУЧНАЯ) СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ДЕСТРУКЦИИ В ЛИЧНОСТНОМ РАЗВИТИИ РЕБЁНКА

Семья – важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни. Значимость её, сложность, многогранность и проблемность обуславливает большое количество различных подходов к изучению семьи, а также определений, встречающихся в научной литературе. Согласно определению из философского словаря, «семья – это ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, то есть на многосторонних отношениях между её членами».

Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий указывают на то, что семья с точки зрения её внутренней структурной организации представляет собой организм со сложной системой взаимоотношений, в которой каждый её член занимает определённое место, участвует в выполнении определённых функций; своей деятельностью удовлетворяет потребности других, поддерживает приемлемый уровень межличностных взаимоотношений.

Функции семьи – это сферы жизнедеятельности семьи, непосредственно связанные с удовлетворением определенных потребностей ее членов. Функции семьи могут менять свое содержание и значимость вместе с изменением социальных условий. Нарушению реализации функций, по мнению Л.Б. Шнейдера, способствуют разные факторы: личностные особенности членов семьи, низкий уровень доверия и взаимопонимания, условия жизни, неполный состав семьи, недостаточный уровень знаний и навыков в культуре взаимоотношений и воспитании детей.

Рассматривая функции семьи можно согласиться с мнением Н.Я. Соловьёва, полагающего, что функций семьи столько, сколько видов потребностей в устойчивой, повторяющейся форме она удовлетворяет.

Э.Г. Эйдемиллер и В.В. Юстицкий отмечают, что к основным традиционным функциям семьи можно отнести: воспитательную и хозяйственно-бытовую, эмоциональную, духовного общения, первичного социального контроля и сексуально-эротическую [7].

Кроме традиционных функций Л.Б. Шнейдер выделяет те, которые возникают в современной семье. Например, новая функция – психотерапевтическая, в рамках которой выделяют две её стороны: «поглаживающая» – каж-

дый член семьи нуждается в нежности, психологической поддержке, эмоциональной ласке, участии; «генерирующая» – способность вдохновлять другого, готовность к решению проблем, помощь в формировании и оценивании позиций по тем или иным вопросам, помощь в самореализации и личностном росте [6].

Невыполнение основных функций, их смещение, искажение и дезориентация приводит к дисфункциональности, к возникновению и распространению неблагополучных семейных условий. В научной литературе нет чёткого определения понятия «семейное неблагополучие», каждый автор вкладывает в него свой смысл. Синонимический ряд этому понятию составляют «деструктивная семья», «семья группы риска», «негармоничная семья». Проблемы, с которыми сталкиваются подобные семьи, касаются социальной, правовой, материальной, медицинской, психологической, педагогической и других сторон её жизни. В.М. Целуйко под неблагополучной семьёй понимает такую семью, в которой нарушена структура, обесцениваются или игнорируются основные семейные функции, имеются явные или скрытые дефекты воспитания [5].

Одним из факторов, определяющих неблагополучие семьи, является алкогольная зависимость. В психиатрии зависимость обозначает пристрастие к употреблению психоактивных веществ, которые оказывают влияние на рецепторы ЦНС, вызывая психические расстройства. В семьях с алкогольной зависимостью в первую очередь страдают семейные отношения, которые являются одними из наиболее значимых среди различных видов отношений человека в обществе. Понятие «семейные отношения» охватывает субъективное пространство человека, его жизнедеятельность, культуру и традиции. Семейное неблагополучие, с одной стороны, играет важную роль в механизме приобщения субъекта к систематическому употреблению алкоголя, а с другой стороны, возникающая зависимость губительно отражается на этих отношениях, что в свою очередь ещё больше способствует укреплению этой зависимости. Анализ семейных отношений дан в работах В.Д. Москаленко, Е.М. Мاستюковой, В.В. Чудновского, И.А. Былима, по их мнению, алкоголь оказывает патологическое влияние на всех субъектов семейных отношений.

В структуре алкоголе зависимой личности на первый план выступают недостаточная произвольность поведения, эмоциональная незрелость, невысокий уровень самосознания. Эти личностные особенности больных алкоголизмом проявляются в их неспособности добиться высокой квалификации в профессиональной деятельности, легкой смене рода занятий при столкновении с первыми же трудностями. И даже неблагополучие в семейной жизни – неоднократные разводы – часто свидетельствует о нежелании утруждать себя выполнением каких-либо обязанностей – моральных или чисто бытовых.

Другим субъективным образованием семейных отношений является созависимость. Это психологический феномен, означающий симбиотические отношения между близкими людьми, один из которых болен алкоголизмом.

Отношения эти дисгармоничны, разрушительны для обоих, но в то же время супруги не могут прекратить эти отношения. Дисгармония проявляется в эмоциональном состоянии, которое у мужа и жены часто противоположно: когда один в хорошем настроении, другой – в плохом, или один стремится к близости, а другой держит дистанцию, и т. п. [3].

Симбиотические отношения супругов представляют собой такой союз, в котором муж и жена по очереди занимают то доминирующее, то подчиненное положение.

Созависимый фокусируется на аддикте, его поведении, употреблении им алкоголя. Он изменяет своё собственное поведение в ответ на стиль жизни алкоголе зависимого. Изменение поведения может включать попытки контроля над выпивкой, над проведением времени, над социальными контактами, особенно с теми, кто тоже имеет аддиктивные проблемы. Созависимый старается любой ценой удержать мир в семье, стремится изолировать себя от внешних активностей. Он оказывается в своей основе фиксированным на аддикте и его стиле жизни [2].

Созависимые вынуждены зависеть от других, чтобы доказать свою значимость. Их главные цели: определить чего хотят другие люди и дать им то, чего они хотят. Они не представляют себе жизни наедине с собой. Созависимые стараются манипулировать и контролировать ситуацию. Они стараются сделать себя незаменимыми. Они нуждаются в том, чтобы в них нуждались. Часто берут на себя роль мучеников, страдальцев. Страдают ради того, чтобы скрыть проблему для блага людей. Созависимые спасают аддиктов от наказания, скрывают происходящее, как будто ничего не происходит, тем самым лишая аддикта всякой ответственности за своё поведение.

Чтобы выжить в системе нарушенных взаимоотношений, взрослые и дети в алкогольной семье вынужденно принимают на себя деструктивные роли, на наличие которых указывают И.А. Былим, В.С. Чудновский, В.Д. Москаленко.

«Пособник» – чаще всего мать или жена. Из чувства вины и стыда «пособник» постоянно извиняется перед семьей, друзьями, родственниками и сослуживцами за поведение зависимого, помогает скрыть его неблагоприятные поступки. Свое недовольство и гнев в отношении пьющего он отрицает и пытается спасти его от последствий алкогольного поведения. Его действия облегчают зависимому возможность использовать механизмы защиты, такие, как отрицание проблемы, преуменьшение неприятных последствий пьянства, поддержание идеализированных представлений о себе. Благодаря «пособнику» зависимый может долго отрицать свою болезнь. Можно сделать вывод, что родственники-пособники отличаются еще меньшей силой воли, что сам зависимый, поскольку они боятся открыто взглянуть на семейную проблему.

«Компенсатор» – это человек, который пытается вернуть семье хорошую репутацию, признание окружающих. Он стремится к достижениям во многих сферах жизни, чтобы своими успехами перекрыть неудачи се-

мы, компенсировать последствия алкогольного поведения зависимого. Жена может содержать дом в идеальном порядке, ребенок может добиваться отличных результатов в учебе, в спорте. Поскольку к выполнению этих ролей побуждает несчастье, оно может в дальнейшем привести к развитию депрессивных состояний.

«Приспособленец» – это член семьи, который втайне не желает выздоровления больного, поскольку это препятствовало бы достижению его собственных целей. Возможна ситуация, когда жена испытывает неуверенность в прочности своих отношений с мужем и опасается, что, преодолев зависимость и начав трезвую жизнь, муж ее бросит. Бывает и так, что роль «мученицы» доставляет жене своеобразное удовольствие, удовлетворяя ее потребность жертвовать собой ради других и вызывая к себе сочувственное отношение родных и близких [1].

Один и тот же член семьи может брать на себя несколько ролей. С другой стороны, несколько членов семьи могут выступать в одной и той же роли. Но все они оказывают зависимому «медвежью услугу», поскольку зависимый все больше перестает выполнять свои семейные функции – прежде всего, функции добытчика доходов и хозяина дома. При явном или неявном потворстве близких, он начинает паразитировать на семье, не принимая никакого участия в ведении хозяйства.

Описанные выше особенности не могут не оказать влияния на систему формирования родительского отношения. По мнению А.В. Терентьева, в семьях, отягощённых алкогольной зависимостью отчётливо выявляется искажение родительских позиций по следующим параметрам.

Родительский контроль: при высоком уровне родители предпочитают оказывать большое влияние на детей, способны настаивать на выполнении своих требований, последовательны в них. В алкогольных семьях отсутствует определённость в ценностях и нормах поведения. Контроль носит случайный, непоследовательный характер, часто зависит от настроения и состояния алкогольных проблем. Контроль за поведением детей в таких семьях – это непрерывные переходы от неведения и полного равнодушия, отвержения до оскорблений, угроз и прямого физического насилия.

Второй параметр – эмоциональная поддержка. Как уже упоминалось, в алкогольных семьях значительным изменениям подвергается эмоциональная функция семьи. Родители не способны выражать сочувствие, любовь и тёплое отношение; действия не направлены на содействие духовному росту. Родители не испытывают удовлетворения от успехов и достижений детей. В алкогольной семье вообще не принято вербализировать свои чувства [4].

Все вышеперечисленные неадекватные особенности родительского отношения, как и сама ситуация в семье с алкогольной зависимостью, рассматриваются, как показатель психологического насилия (угрозы, унижения, изоляции, тревожность, коммуникативная некомпетентность, низкая самооценка, непредсказуемость, ригидность, безответственность и т.д.).

Таким образом, анализ данной проблемы позволил выделить особенности функционирования алкогольных семей, которые являются детерминирующими факторами личностного развития детей, воспитывающихся в этих семьях. Их личность претерпевает серьёзные изменения по пути регресса: происходит сужение интересов и потребностей, деградация эмоционально-волевого реагирования, поведение в большинстве случаев лишается произвольности и нравственной направленности. Семейные отношения складываются, как производная от алкогольных проблем, регулируются деструктивными нормами и правилами. В семье выявляется искажение родительских позиций: неадекватность контроля и требований к ребёнку, отсутствие заботы и эмоциональной поддержки. Алкогольная ситуация препятствует созданию нормальной атмосферы в семье и становится детерминантой отклонений в личностном развитии ребёнка.

Литература

1. Клиническая психология / Сост. В.С. Чудновским, И.А. Былим. –Ставрополь, 2004.
2. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. – Р-н/Д., 2000.
3. Москаленко В.Д. Жёны больных алкоголизмом // Вопросы психологии. – 1991. – №5.
4. Терентьева А.В. Особенности развития ребёнка в алкогольной семье и особенности реабилитационной работы // Семейная психология и семейная терапия. – 1998. – №3.
5. Торехтий В.С. Внутрисемейная адаптивность и эмоциональная удовлетворённость как показатели психологического здоровья семьи // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2002. – №1.
6. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии. – М., 2003.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб., 1999.

*Ангархаева В.В., г. Улан-Удэ, «Восточно-Сибирский
государственный университет технологий и управления»
Научный руководитель: к. психол.н. Халтагарова О.Д.*

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ПО ТЕЛЕФОНУ ДОВЕРИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ)

Жестокое обращение с детьми – огромная социальная и социально-психологическая проблема. К сожалению, это явление достаточно распространено во всем мире и во всех слоях населения. Провоцируют и стимулируют

ют жестокое обращение конфликты пьянство одного или обоих родителей, а также грубость, переходящая в жестокость в отношении между членами семьи и в их отношении к детям. Жестокое обращение в семье наносит детям серьезные психические травмы. А объяснение этому простое: жестокость родителей порождает жестокость детей – порочный круг замыкается. В других случаях дети, пытаясь как-то приспособиться к трудной ситуации, избежать жестокости старших, вынуждены искать различные средства самозащиты. Наиболее распространенные из них – ложь и хитрость, которые в дальнейшем становятся устойчивыми чертами детского характера.

Проблема жестокого обращения с детьми, например, в семье отражает дисгармонию, существующую во взаимоотношениях в обществе [1]. Проблема жестокого обращения с детьми в России, да и во всем мире представляет собой острую актуальность. От 3,5 до 14% всех детей подвергаются жестокому обращению со стороны своих родителей с применением физической силы. Жестокое обращение испытывают свыше 30% российских детей в возрасте от 5 до 7 лет, 60-70% из них затем отстают в развитии, страдают физическими и психоэмоциональными расстройствами. [3]. Приблизительно в одной трети всех случаев физического насилия ребенок получает увечья. Каждый год тысячи детей погибают от рук своих родителей. Увеличивается число случаев изъятия ребенка из семьи и помещение его в интернатные учреждения.

В последнее десятилетие обеспечение благополучного и защищенного детства стало одним из основных национальных приоритетов России. Ставятся задачи по разработке современной и эффективной государственной политики в области детства. Ее формирование и реализация должны основываться на использовании последних достижений науки, современных технологий, в том числе в социальной сфере. Необходимо обеспечивать условия для качественной подготовки и регулярного повышения квалификации кадров во всех отраслях, так или иначе связанных с работой с детьми и их семьями. Профилактика жестокого обращения с детьми должна решаться, в первую очередь через обеспечение следующих приоритетов: доступность услуг поддержки детей и семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, эффективное взаимодействие служб и ведомств сферы защиты детства, раннее выявление нарушения прав детей.

В Республике Бурятия одним из направлений профилактики жестокого обращения с детьми является работа социально-психологической службы экстренной помощи детям и их родителям по детскому телефону доверия. Ее деятельность направлена на реализацию прав ребенка, в том числе на защиту и помощь со стороны общества и государства, на создание условий для нормального личностного развития детей и подростков. Основными задачами экстренной психологической помощи детям в кризисных ситуациях, выявление ситуаций социального неблагополучия, прием сигналов о возможном факте жестокого обращения с детьми, проведение психологичес-

кого консультирования ребенка и членов его семьи, организация для позволивших других видов социально-психологической помощи и информирование их о социальных службах, работающих в нашей республике.

Республиканский телефон доверия для детей и подростков начал свою работу с октября 2009 г. в рамках реализации республиканской программы «Тоонто нютаг: традиция жива». Республиканский телефон доверия принимает звонки на две линии: «8-800-2000-122» единый общероссийский номер, «8 8003502525» республиканский. Следует отметить, что потребность населения в экстренной психологической службе с каждым годом возрастает. Так, если в 2009 г. за 3 месяца работы на телефон доверия поступило 211 звонков, то в 2010 г. в связи с подключением к единому общероссийскому номеру детского телефона доверия, который был введен в Российской Федерации Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации отмечен существенный рост звонков – до 2 474. В 2011 г. количество звонков превысило 7 000. А за первый квартал текущего года поступил уже 2831 звонок [2].

Анализ поступающих звонков показывает, что это звонки, требующие защиты прав ребенка 2,5%, суицид – 1,1%, семейная проблематика – 7,8%, проблемы в отношениях со сверстниками – 6,9%, проблемы взаимоотношения полов – 11,8%, беременность – 1%, проблемы сексуальной сферы – 1,3%, здоровье детей и подростков – 3%, переживание травмы – 1,1%, учебные проблемы и проблемы профессионализации – 1,8%, проблемы социальной адаптации – 0,7%, проблемы принятия себя – 2,5%, юридические вопросы защиты прав детей – 0,3%, взаимоотношения со службой телефон доверия – 9,2%, информационные запросы – 16,3%, постоянные собеседники 8,9%, выражение благодарности – 1% и т.д. [2]

Важным является тот факт, что Республиканская служба детского телефона доверия это единственный телефон доверия для детей и подростков на территории Республики Бурятия с круглосуточным режимом работы, что соответствует требованиям, предъявляемым к обеспечению доступности для населения оказываемых телефоном доверия услуг. Консультирование осуществляет специально подготовленная команда психологов, прошедшая отбор, обучение специалистами Национального Фонда защиты детей от жестокого обращения г. Москва и подготовку в области консультирования по телефону. Задача консультанта, давая совет, как можно деликатней разобраться в ситуации, постепенно помочь понять суть проблемы и подсказать, как лучше ее решить.

Каждый день на «горячую линию» поступает несколько десятков звонков. Среди самых частых проблем, с которыми сталкиваются подростки, – конфликты в семье и трудности общения со сверстниками. Нужды звонящего часто требуют сочетания телефонного консультирования с другими видами психологической помощи. Организация такой помощи, включающей в себя индивидуальную, семейную, групповую психотерапию, медицинское консуль-

тирование – это часть работы Службы детского телефона доверия. «Телефон доверия» – это экстренная помощь. В зависимости от характера проблемы и пожеланий обратившегося, специалист «телефона доверия» может дать позвонившему номера телефонов компетентных служб: психологической, юридической, социальной и т.д. В службе «телефона доверия» есть координаты организаций и специалистов, например, Городского центра диагностики и консультирования, «Клиники, дружественной к молодежи» и т.д.

Принцип анонимности и конфиденциальности позволяет детям и родителям говорить о тех проблемах, которые существуют в семье, на работе, в школе, что косвенно переносится на взаимоотношения всех членов семьи. Консультант в разговоре с абонентом помогает ему увидеть происходящее под иным углом. Абонент, проговаривая о своих чувствах и переживаниях, дает выход негативным эмоциям, понимает, что ему делать дальше, что способствует укреплению семейных отношений, налаживанию взаимоотношений со сверстниками в школе и мн.др.

При сообщении о случае жестокого обращения с ребенком телефонный консультант вместе с руководителем Службы осуществляет действия по защите прав ребенка и организации для него безопасного местонахождения. При оказании помощи звонящему, порядок действий, выходящий за рамки телефонного консультирования, определен в инструкциях телефонного консультанта и в нормативно закреплённом порядке организации помощи, выходящей за рамки телефонного консультирования. Выполняется принцип конфиденциальности, обеспечивающий анонимность обращения. Телефонный консультант выходит на контакт с сотрудником учреждения по его поводу только с согласия позвонившего.

В течение всей работы Службы проводятся масштабные рекламные кампании, направленные на информирование широкой общественности о деятельности телефона доверия. Это печатная продукция, СМИ, промо-акции, флэш-мобы, проводятся конкурсы, классные часы, размещение информации на сайтах Республиканского агентства по делам семьи и детей, сайте Правительства и т.д. 17 мая 2012 г. в рамках празднования Международного дня детских телефонов доверия в масштабах города проходил конкурс под девизом «В трудностях вместе». Силами и творческими способностями детей у Республиканского телефона доверия для детей и подростков появились свой слоган («Телефоны помогают, взрослые об этом знают, что узнаешь ты от них? Что ты свой среди больших!»), логотип, название («Добрый друг») и гимн в исполнении Лудуба Очирова. Важным шагом в развитии службы явилось ее вступление в профессиональное объединение «Российской ассоциации детских телефонов доверия» г. Москва, что свидетельствует о соответствии республиканского телефона доверия общероссийским стандартам качества оказания экстренной психологической помощи населению.

Работа Службы в Республике Бурятия отражает реализацию программ по защите детства, осуществляет меры по защите прав ребенка, помогает семь-

ям справиться со сложившейся трудной ситуацией во взаимоотношениях с родителями, детьми. Важно, что ребенок может обратиться в службу в любое время суток. Позвонив по телефону экстренной психологической помощи, можно не только помочь справиться с проблемой, можно предотвратить факт жестокого обращения с ребенком, рассказать о правах детей, поддержать ребенка в трудную минуту и даже спасти жизнь маленького человека.

Литература

1. Гиенко Л.Н., Галина М.С. Социально-педагогическая профилактика как технология жестокого обращения с детьми // Междисциплинарные исследования в науке и образовании. – 2012. – № 1 Sp;
2. Отчет республиканской службы экстренной психологической помощи по телефону доверия «Добрый Друг» 2011г.
3. Права и социальные гарантии детей, оставшихся без попечения родителей – <http://www.tula.net/tgpu/Bschool/Rights/rightsl.htm>, 2011

**Брусник А.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Прилепских О.С.**

ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ: ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Проблема психологической помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения, с каждым годом становится острее и актуальнее. Все большее количество детей подвергается насилию: физическому, эмоциональному, сексуальному. Его последствия тяжело отражаются на их психическом развитии: когнитивной и эмоциональной сфере.

Особую значимость для исследования приобретают: философско-социологические и психологические положения, представленные в работах Б.Г. Ананьева, К.А. Абульхановой-Славской, Б.Г. Афанасьева, В.В.Бойко, В.М. Иванова, И.С. Кона, А.Н. Леонтьева, В.Т. Лисовского, П.А. Сорокина, Г.Н. Филонова и др.; исследования феномена «синдром избитого ребенка» (Д. Гил, С. Уиздом, М.Страус, Р. Геллес, Р. Джиллес, Дж. Белски и др.); выявление взаимосвязи жестокого обращения с детьми и асоциального поведения (С.А. Беличева, Е.Н. Волкова, Е.М. Вроно, И.Н. Григорович, В.Е. Дружинин, А.А. Северный, Б.Ю. Шапиро, G. G. Conger, A. Guggenbuhl, R. Soonets, A. C. Huston, G. Kagan и др.); определение характерных особенностей детей, проявляющихся как следствие жестокого обращения с ними (А.В. Бабушкин, М.И. Буянов, Е.М. Вроно, В.С. Собкин, Б.Н. Алмазов, Г. Беккер, К. Бэйли, Р. Джонсон, Э. Дюркгейм, Ж. Кетле, Дж. Кауфман, Р.К. Мертон, А.М. Прихожан, М. Раттер, Ф. Райе, Д.И. Фельдштейн, Г. Фигдор, Д. Халаган) [2].

Частым следствием насилия для ребенка является посттравматический стресс. Его основные симптомы следующие: болезненное проживание за-

ново травмирующей ситуации; состояние повышенной тревожности, отчужденность, стремление к изоляции; регресс в поведении (ребенок не может сделать то, что ранее освоил); изменение самовосприятия, самообвинение («на мне печать»), ощущение полного отличия от других; систематически возникающий гнев, суицидальные помыслы.

Жестокое обращение с детьми, пренебрежение их интересами, не только наносит непоправимый вред их здоровью, но имеет тяжелые социальные последствия. До 10% детей-жертв насилия погибают, у большинства развиваются серьезные отклонения в психическом и физическом здоровье, в эмоциональной сфере, они становятся социально дезадаптированными людьми, не имеющими навыков трудиться, создавать семью, быть хорошими родителями. Важным социальным последствием по отношению к детям является воспроизводство самой жестокости.

Проблема жестокого обращения и невнимательного отношения к детям не является новой для нашего общества, но до последнего времени не признавался сам факт её существования. Следствием этого является отсутствие статистического учета случаев жестокого обращения родителей с детьми; низкий уровень знаний по этой проблеме специалистов.

Одним из проявлений жестокости по отношению к детям является невнимание и беспечность взрослых по отношению к ним. Так доля бытовых травм, полученных детьми из-за невнимания родителей, доходит до 70% от общего количества зарегистрированных травм и отравлений детей младше 14 лет. Среди всех травм со смертельным исходом 45% произошло из-за беспечности взрослых [3].

Согласно медико-социальной модели жестокое обращение к детям рассматривается как результат дисфункции семьи, в качестве задачи выдвигается помощь в нормализации отношений между самими родителями и детьми, а также медицинская и психологическая реабилитация пострадавшего ребенка.

Из-за своего положения относительно беспомощных членов семьи дети подвергаются особому риску стать мишенью агрессивного поведения родителей и других взрослых родственников.

Различают четыре основные формы жестокого обращения и пренебрежения детьми:

1. Физическое насилие.
2. Сексуальное насилие или развращение.
3. Психическое (эмоциональное) насилие.
4. Пренебрежение основными нуждами ребенка (моральная жестокость).

Физическое насилие – преднамеренное нанесение ребенку родителями или лицами, ответственными за их воспитание, физических повреждений, которые могут привести к смерти ребенка или вызывают серьезные нарушения физического или психического здоровья, или ведут к отставанию в их развитии [4].

Телесные наказания практикуются во многих семьях, по крайней мере, время от времени, в качестве общепринятого дисциплинирующего средства. Трудно оценить уровень физического насилия по отношению к детям, так как о многих случаях насилия над детьми не сообщается. Среди факторов родительского отношения самым влиятельным оказался недостаток родительской теплоты, тогда как среди факторов, связанных с самим ребенком, единственно значимыми факторами риска оказались осложнения при беременности и родах.

Значительно чаще среди детей, подвергшихся избиению, встречаются дети, рожденные вне брака. Имеются данные о том, что среди подвергшихся насилию в 2,5 раза чаще встречаются дети из многодетных семей. От жестокого обращения чаще страдают дети от первых родов.

По данным С.Г. Кемпе, от 5% до 10% детей, подвергшихся насилию своими родителями, погибают. У 28% детей отмечены неврологические и психические отклонения, речевое развитие задерживалось у всех, более чем у 1/3 имелась задержка интеллектуального развития [1, с. 19].

Примерно у 70% детей с жестоким обращением виновниками были их родители, причем от 30% до 60% родителей сами подвергались жестокому обращению в детстве.

Физический вред, причиняемый собственными родителями, – крайне негативный опыт для ребенка. Многие из таких детей проявляют серьезные долгосрочные ухудшения в психологическом здоровье, социальных взаимоотношениях и социальном поведении в целом. Низкая самооценка, тревожность, аутоагрессия и неспособность к доверительным отношениям с другими людьми обычно являются последствиями физического насилия, пережитого в детстве.

Очевидно, что переживание насилия имеет для ребенка серьезные и длительные негативные последствия. В качестве факторов, связанных с трудностями преодоления этого негативного опыта, называются жестокость насилия, наличие более чем одного его вида и высокий уровень родительского давления. При этом было обнаружено, что высокий интеллектуальный уровень и наличие поддержки со стороны одного из родителей снижают неблагоприятное воздействие физического насилия.

Сексуальное насилие или развращение – вовлечение ребенка с его согласия или без такового, осознаваемое или неосознаваемое им в силу функциональной незрелости или других причин в сексуальные действия со взрослыми с целью получения последними удовлетворения или выгоды.

Таким образом, сексуальным насилием или развращением является не только половой акт, но и широкий спектр других сексуальных действий: ласки, демонстрация половых органов, сексуальная эксплуатация, проституция [3].

Анализ показывает, что значительными факторами риска являются: наличие у ребенка физических недостатков (умственной неполноценности), психопатия матери, неблагоприятные жизненные события и наличие отчима.

Таким образом, сексуальное насилие предрасполагает к различным проблемам на эмоциональном и поведенческом уровне, которые сохраняются на протяжении долгих лет и серьезно ухудшают их психологическое здоровье и социальные отношения.

Психическое (эмоциональное) насилие – длительное, постоянное или периодическое воздействие, приводящее к формированию у ребенка патологических черт характера или нарушающее развитие его личности. К этой форме насилия относятся: скрытое неприятие и критика ребенка, оскорбление или унижение его достоинства, угрозы в адрес ребенка, проявляющиеся в словесной форме без физического насилия, преднамеренная физическая или социальная изоляция ребенка, предъявление к ребенку чрезмерных требований, не соответствующих его возрасту и возможностям, ложь и невыполнение обещаний со стороны взрослых, нарушение доверия ребенка. Однократное грубое психическое воздействие, вызвавшее у ребенка психическую травму, также входит в этот вид насилия.

Имеются данные, свидетельствующие, что риск психологического ущерба возрастает с возрастом ребенка и несколько выше у девочек, чем у мальчиков.

Также как и в случаях других форм насилия, пагубное влияние психологического ущерба проявляется в нарушении доверительных взаимоотношений с другими людьми и в развитии социальных навыков. Кроме того, эти дети имеют дефекты, как в интеллектуальном, так и в эмоциональном развитии.

Пренебрежение основными нуждами ребенка – отсутствие со стороны родителей или лиц, их заменяющих, элементарной заботы о ребенке, в результате чего нарушается его эмоциональное состояние, или в результате чего появляется угроза для его здоровья или развития.

Недостаток в удовлетворении может включать:

- отсутствие адекватного возрасту и потребностям ребенка питания, одежды, жилья, образования, медицинской помощи;
- отсутствие должного внимания или заботы, в результате чего ребенок подвергается риску быть жертвой несчастного случая, нанесения повреждений, вовлечение в употребление наркотиков, алкоголя, а также в совершении правонарушений [2].

Недостаток заботы о ребенке может быть не предумышленным, а обусловленным болезнью, чрезмерной занятостью родителей, следствием стихийных бедствий, социальных потрясений.

Таким образом, дети являются уязвимыми жертвами насилия в семье. Показатели распространенности различных форм насилия свидетельствуют о первостепенности данной проблемы. Тяжелые переживания, причиняемые детям теми людьми, которым они доверяют и от которых зависят, могут оказать длительное пагубное воздействие на их физическое, интеллектуальное, эмоциональное и социальное развитие. Одно из наиболее существенных проявлений такого негативного влияния насилия, испытанного ребенком в семье, заключается в том, что у таких индивидов повышается вероятность снова стать жертвой оскорбления в будущем.

Литература

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М., 2005.
2. Жестокое обращение с детьми. Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения, и их родителям. / Под ред. Т.Я. Сафоновой, Е.И. Цымбала. – М.: ПМСЦ «ОЗОН», 2001.
3. Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации.– СПб.: Речь, 2003. С. 3.
4. Соонетс Р. Недостойное обращение с детьми. – Тарту, АО Атлекс, 2000. С.98.

***Бутунина А. Д., филиал ГБОУ ВПО СГПИ в г. Железноводске
Научный руководитель: к.пед.н. Ланцова Т.И.***

ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ: ПОСЛЕДСТВИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

В наше время проблема защиты детей от жестокого обращения и насилия становится все более и более актуальной. Актуальность ее заключается в том, что с каждым годом отмечается рост жертв детей, пострадавших от насилия и жестокого обращения. Многие дети и подростки постоянно живут и растут в контексте негативных социальных, психологических, экономических явлений, их окружающих. У многих детей и подростков глубокая неудовлетворенность потребности в личностном общении с взрослыми, обида на их безразличие, непонимание [1]. Это ведет к развитию повышенной тревожности, чувства неуверенности в себе, неустойчивой самооценке, к сложностям в становлении личности, к предрасположенности к асоциальным действиям, осложняет нормальное протекание процессов социализации и индивидуализации [2]. Поэтому защита детей и подростков от негативных явлений (жестокого обращения) современной жизни – приоритетная задача общества, обязанность всех взрослых, составляющих общество.

Под жестоким обращением и пренебрежением основными нуждами ребенка понимаются любые действия или бездействие по отношению к ребенку со стороны родителей, лиц, их заменяющих, или других взрослых, в результате чего нарушается здоровье и благополучие ребенка или создаются условия, мешающие его оптимальному физическому или психическому развитию, ущемляются его права и свобода.

Различают четыре основных вида жестокого обращения с детьми: физическое, сексуальное, психологическое (эмоциональное) и пренебрежение основными нуждами ребенка:

- физическое насилие – нанесение физических повреждений, телесных наказаний, а также вовлечение детей в употребление алкоголя, наркотиков;
- сексуальное насилие – использование ребёнка для удовлетворения сексуальных потребностей взрослых, вовлечение в занятия проституцией детс-

кой, в т.ч. используя порнографическую литературу, фотографии, кинофильмы и т.п. с целью извлечения прибыли;

- психическое (эмоциональное) насилие – отсутствие любви и внимания к ребёнку, унижение его человеческого достоинства, грубость (словесные оскорбления, угрозы и т.п.);

- пренебрежение основными потребностями ребёнка – отсутствие условий для нормальной жизни ребёнка, заботы о его здоровье и развитии.

Любой вид насилия над ребёнком, наносит невероятный вред: для психического и физиологического здоровья ребенка. Подобные действия в отношении детей должны отслеживаться, пресекаться и попросту не допускаться [4].

Распространенность случаев насилия над детьми, по результатам исследований разных авторов, составляет от 3% до 30% от общего количества детского населения, данная статистика считает эту проблему актуальной как для современного мира в целом, так и для современной России. Выделяют две основные группы факторов, приводящих к насилию.

1. К первой группе относят особенности общества, в котором проявляется насилие: характер социально-экономической формации, уровень безработицы, бедность, наличие гражданских войн и локальных военных действий, уровень преступности, слабость законов, отсутствие целостной и действенной системы защиты детей, а также установок общества с точки зрения терпимости к насилию по отношению к детям, убеждение, что физические наказания являются эффективным способом воспитания.

2. Вторая группа причин насилия над детьми связана с особенностями семьи и характером семейных отношений, в которых воспитывается ребенок.

Всякое насилие приводит к чувству ожидания опасности или беспокойства. Дети и подростки, которые испытали насилие, чувствуют боль, страх, бессилие, испуг и замешательство, смущение стыд, они часто обвиняют себя в том, что случилось, чувствуют себя соучастниками или виновниками. Для подобного рода проблем существуют специальные центры, реабилитационные клиники и прочие учреждения, способствующие восстановлению психики ребенка, его роли в социальной среде и восстановлению его как личности.

Специалисты утверждают, что часто сталкивающиеся с жестокостью дети позже начинают ходить, говорить, реже смеются, отстают от сверстников в весе и росте, значительно хуже успевают в школе. Ребенка, страдающего от домашнего насилия, можно определить даже по **внешнему виду**. У него, как правило, припухлые, “заспанные” глаза, бледное лицо, всклокоченные волосы, дурные привычки (сосание пальцев, кусание ногтей, раскачивание и др.), неопрятная одежда и другие признаки запущенности, общей неухоженности. На теле могут быть синяки, переломы, ожоги и другие травмы, происхождение которых он не может объяснить. Из-за этого ребенок во время переодевания, например, для занятий физкультурой, прячется, в жаркую погоду отказывается снять лишнюю одежду и т.д.

Что касается **поведения пострадавших детей**, то они обычно подвержены неожиданной смене настроения, в младшем возрасте – приступам боязливости, например, прячутся за дверь при появлении взрослого. Такой ребенок разговаривает сам с собой или играет в воображаемом мире намного больше остальных детей. Он способен также демонстрировать повышенную, агрессивность: ломать игрушки, легко ввязываться в драки, может выбрать малыша слабее себя, чтобы издеваться над ним.

Наконец, для находящихся в условиях подавления детей характерны такие проявления, как: а) повышенная сексуальность, внешне выражающаяся в стремлении ласкать самого себя; б) хвастливость, постоянное упоминание о том, какой он хороший, что он умеет делать, или же наоборот; в) чрезмерная самокритичность, убежденность, что он ничего не умеет делать вплоть до демонстративного причинения вреда самому себе и угроз суицида. Нередки также попытки побега из дома, бродяжничество [3].

Условиями оказания эффективной помощи детям и подросткам, пострадавшим от насилия, являются:

- Безоговорочное и полное признание основных прав детей и подростков на жизнь, личную неприкосновенность, защиту, достойное существование.
- Доверие к детям и подросткам.
- При необходимости анонимность или конфиденциальность полученной информации.
- Формирование чувства безопасности у жертв насилия [6].

Основным документом, в котором очерчена система мероприятий по обнаружению находящихся в социально опасном положении детей, является “Инструкции о порядке выявления и учета несовершеннолетних, нуждающихся в государственной защите” (утверждена Постановлением Министерства образования от 28 июля 2004 г. № 47).

Для решения проблем подобного рода требуется: обязательная работа с психологом, постоянное наблюдение за объектом насилия, ребенок должен знать, что ему больше не причинят вред, что он защищён и может не опасаться.

Помимо помощи пострадавшим от насилия в настоящее время большое значение придается предупреждению жестокого обращения с детьми, созданию эффективной системы **профилактики**, которая предполагает, как минимум два этапа.

Первичная профилактика заключается в комплексном воздействии на обе вовлеченные в насилие стороны, т.е. на насильника и жертву. Это воздействие предполагает широкий круг мер, направленных на обеспечение условий для нормального и разностороннего развития личности, создания безопасной и комфортной микросреды: своевременное оказание помощи семьям группы риска, профилактику алкоголизма и наркомании у лиц из ближайшего окружения несовершеннолетних. Важное значение имеет правильное сексуальное воспитание детей, формирование у них знаний о взаимоотношениях полов, об общественно приемлемых и безопасных формах

поведения в различных ситуациях. На этом же этапе проводятся мероприятия, способствующие изменению асоциального образа жизни молодежных и подростковых группировок, вплоть до привлечения их лидеров к юридической ответственности за вовлечение несовершеннолетних в антиобщественную деятельность, проституцию и т.д.

Вторичная профилактика заключается в оказании медико-психолого-педагогической помощи пострадавшим от насилия для нивелирования возникших психических расстройств, предупреждения суицидальных попыток и вторичной виктимизации. Последняя особенно часто наблюдается у подростков, среди которых распространен миф о доступности жертв изнасилований, в силу чего возможны повторные посягательства на половую неприкосновенность. В таких случаях большое значение приобретает юридическая помощь потерпевшим, предоставляемая в правоохранительных органах и в центрах, оказывающих социально-педагогическую поддержку. В этих учреждениях, кроме юристов, как правило, работают различные специалисты: социальный педагог, психолог, психоневролог, нейропсихолог, логопед и др. [5].

Сейчас в нашем современном мире также существуют телефоны доверия, которые способствуют медико-психолого-педагогической помощи детям, пострадавшим от подобного рода обращения.

В настоящее время бичом во всем мире стало жестокое обращение с детьми родителей и иных взрослых, их вербальная агрессия, сексуальное, эмоциональное или физическое насилие над несовершеннолетними. В нашей стране ситуацию усугубляет то, что воспитание осуществляется в условиях постоянного реформирования: меняется функционирование образовательных учреждений, средств массовой информации, молодежных и детских общественных объединений, вся социокультурная жизнь подрастающего поколения. С одной стороны, под влиянием общей гуманизации общества жестокостью стали называть действия родителей, ранее принимаемые за разумную строгость. А с другой – последовавшее за распадом Советского Союза социальное расслоение общества, снижение жизненного уровня большей части населения в той или иной мере отразилось на жизни всех слоев. Значительная часть старшего поколения не сумела приспособиться к новым условиям, сформировать защитные механизмы, а молодежь была дезориентирована разрушением сложившихся нравственно-этических норм и традиций. Наступившая правовая, моральная, экономическая незащищенность населения усилила конфликтность отношений между людьми, и особенно между супругами, родителями и детьми, вызвав дестабилизацию жизни большинства семей, что особенно сказалось на подрастающем поколении [7].

Литература

1. Алексеева Л.С. О насилии над детьми в семье // Социологические исследования. – 2003. – №4. – С. 34-37.
2. Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии. – №6. – 1998.

3. Карнейчик А.С., Смагина Л.И. Семья и насилие над ребенком // Семья: прошлое, настоящее и перспективы. – М.: Мастацкая літаратура, 2000. – С. 61-67.
4. Козлова Г.Л., Мирейчик Л.Н., Пряхина М.В. Насилие над детьми. Его виды и возможности предупреждения. – М., 2003. – 76 с.
5. Последствия насилия над детьми (профилактика и лечение): методические рекомендации. – М., 1999. – 34 с.
6. Последствия насилия над детьми (профилактика и лечение): методические рекомендации. – М., 1999. – 34 с.
7. Сафронова Т.Я., Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми. – М. – 1003с.

*Голуб В.Ю., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Кучер И.В.*

ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ В ДЕТСКИХ ДОМАХ

Семья – главное, что есть у ребёнка. Дети, лишённые любви родителей и их заботы, не могут стать полноценными членами общества. Семья – это оплот всего необходимого для ребёнка – воспитания, содержания, заботы и защиты его самого и его прав.

Дети, теряя родителей, теряют ощущение пути к собственной самореализации и качества, необходимые для дальнейшего существования. Благодаря проживанию в семье ребёнок усваивает представления о разнообразии определенных ролей в семье, осознаёт свою половую принадлежность, вырабатывает представления о семейных обычаях, традициях, этикете. Семья помогает формировать роль полноценного человека, у которого есть проблемы, но которые он в состоянии решать.

Обязанность воспитывать, заботиться и защищать детей лежит в первую очередь на родителях. К сожалению, преступно безразличное отношение родителей к своим детям – не редкость в настоящее время. В настоящее время всё чаще родители уклоняются от воспитания своих детей, перекладывая свою обязанность на государство. На протяжении последних лет главной бедой остаётся социальное сиротство [2].

Численность детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в интернатных учреждениях различного типа, составила в 2008 г. 156 тыс. человек или 0,6 численности детского населения (0-17 лет).

Несомненно, что экономические и психологические тяготы переживаемого нами периода не могли не сказаться на росте жестокости по отношению к детям. Все больше случаев, когда родители передают своих детей на попечение бабушек, дедушек, других родственников, государству или просто бросают, не желая обременять себя обязанностями по отношению к ним.

Следует отметить, что 90% детей, оставшихся без попечения родителей, — это социальные сироты, т.е. дети, родители которых лишены родительских прав. Количество сирот ежегодно увеличивается на 30%. 760 тысяч детей живут в

социально опасных условиях. Ежегодно выявляется не менее 100 тысяч неблагополучных семей. Около 100 тысяч детей стали беспризорными [7].

За последние десятилетия в три раза выросло число детей, бежавших от родителей, из учебно-воспитательных учреждений, пропавших без вести, многие из них стали жертвами преступлений. По данным прокурорского надзора, основной причиной усиления этой опасной тенденции является отсутствие надлежащего семейного и общественного воспитания, жестокое обращение взрослых и сверстников, провоцирование несовершеннолетних на бегство и, нередко, толкающее их к суициду.

Жестокое обращение с детьми для нашего общества явление не новое, которое можно объяснить тяжелым социально-экономическим положением населения, растущей в связи с этим психической напряженностью, падением моральных норм.

Под жестоким обращением с детьми понимаются не только случаи физического и сексуального насилия, но и психическое (эмоциональное) насилие, пренебрежение основными нуждами и интересами детей (моральная жестокость).

Выделяют несколько видов жестокого обращения: физическое насилие – нанесение физических повреждений, телесных наказаний, а также вовлечение детей в употребление алкоголя, наркотиков; сексуальное насилие – использование ребёнка для удовлетворения сексуальных потребностей взрослого, вовлечение в занятия детской проституцией с целью извлечения прибыли; пренебрежение основными потребностями ребёнка – отсутствие условий для нормальной жизни ребёнка, забота о его здоровье и развитии; психическое (эмоциональное) насилие – отсутствие любви и внимания к ребёнку, унижение его человеческого достоинства, грубость [4].

Любой вид жестокого обращения с детьми приводит к разным последствиям, но всех их объединяет одно – вред для психического и физического здоровья ребенка, также нередко и опасность для жизни.

Обществу известны тяжелые условия жизни детей, брошенных родителями: жизнь по расписанию в приюте, жестокое обращение и муштра воспитателей, нередко недоедание и плохая одежда. Такие дети вырастают обремененными на весь мир. И причина этого кроется не только в бездушной обстановке детского дома. Эти дети злятся, в первую очередь, на мать, которой оказались не нужны [1].

С 2009 года в прессе широко освещаются ситуации жестокого обращения с детьми, воспитывающимися в социальных учреждениях. Приведем несколько примеров.

Известны факты преступной практики и карательной психиатрии, используемой администрацией Кимовского детского дома Тульской области и интерната «Наш дом» в подмосковном поселке Томилино в отношении своих воспитанников, фактически бесконтрольно и по собственному произволу передающей на длительные сроки на «перевоспитание» в психиатрическую

лечебницу, в которых дети без достаточных медицинских показаний подвергаются воздействию сильнодействующих психотропных препаратов.

Другим примером является случай, произошедший в Хабаровском крае в «Савинском детском доме». Обычными поводами для направления воспитанников в психиатрическую больницу являлись прогулы, побеги, драки, конфликты в детском коллективе и с воспитателями, а также иные факторы, относящиеся к обычному поведению детей, воспитывающихся без родительской заботы. В Приморском крае в детском доме «Семейный очаг» в поселке Раздольное, в поселке Буланаш Артемовского городского округа Свердловской области воспитатели били детей, морили их голодом в течение двух-трех дней, заставлял выполнять тяжелую физическую работу. В Судогодском районе Владимирской области воспитатели Лухтоновской специальной (коррекционной) школы-интерната жестоко обращались с детьми, наносили им побои, систематически унижали их достоинство.

Жестокое обращение не сводится только к избиению. Не менее травмирующими могут быть насмешки, оскорбления, необоснованная критика. Кроме того, это может быть отвержение, холодность, оставление без психической и моральной поддержки. Организация Объединенных Наций во Всеобщей декларации прав человека в Декларации прав ребенка провозгласила, что дети вследствие своей физической и умственной незрелости имеют право на особую заботу и помощь, включая надлежащую правовую защиту. Должна включаться поддержка ребенка и лиц, которые о нем заботятся, предупреждение и выявление, расследование и лечение в связи со случаями жестокого обращения с ребенком, а в случае необходимости возбуждение судебной процедуры.

Факты жестокого обращения с воспитанниками в детских домах России отмечаются, к сожалению, нередко. В правоохранительных органах не скрывают, что сироты сегодня часто погибают в стенах детдомов, причем главная угроза для них – сверстники и педагоги. Эксперты утверждают, что всему виной кадровые проблемы в данных учреждениях [6].

В социальных учреждениях разрываются социальные связи детей, как отрицательные, так и положительные, и ребенок, выйдя за стены школы-интерната или детского дома, часто вынужден вступать на путь преступлений, потому что не имеет опыта существования в социуме.

В современной зарубежной и отечественной литературе жестокое обращение, как правило, рассматривается как одна из возможных причин аномального развития ребенка, что приводит к таким негативным явлениям как детская и подростковая преступность, алкоголизм, наркомания, беспризорность, бродяжничество [3].

По статистике немногим удалось устроиться в жизни. Большинство выходцев из детских домов совершают преступления, становятся алкоголиками или кончают жизнь самоубийством. Повзрослевшие брошенные дети зачастую ведут нищенский образ жизни. Обещанные государством квадратные метры из-за махинаций не всегда достаются тем, кому предназначались

законом. И нередко недвижимость передается в удручающем состоянии. Устроиться и жить нормально удастся всего лишь немногим бывшим детдомовцам – не более 10% [5].

Таким образом, проживая в детском доме, доме ребёнка или другом государственном учреждении, ребёнок переживает состояние эмоционального неблагополучия. Дети, воспитывающиеся в детском доме, в меньшей степени проявляют способность к переживанию радости, сопереживанию, чувству удовлетворенности жизнью. Для детей детского дома характерны: негативная самооценка, нерешительность, недоверие к окружающему миру, отсутствие собственного «я», сиротское «мы».

Литература

1. Алексеева И.А., Новосельский И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М.: Генезис, 2005.
2. Антонян Ю.М. Жестокость в нашей жизни. – М.: Наука, 1995.
3. Гайдаренко Н.В., Ярославцева Н.Д. Психологические последствия жестокого обращения с детьми // Актуальные проблемы современного детства: (Сб. науч. тр.). – М., 1994. – Вып. 3.
4. Мельниченко С.А. Предотвращение жестокости по отношению к женщине и детям // Семья в России. – №2. – 1996.
5. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия. – М., 2005.
6. Никитина О.А. Жестокое обращение с детьми. – Магнитогорск, 2000.
7. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления / Под ред. Е.Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2008.

*Даудгаджиева З.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. филос. н. Чуприна А. А.*

ИДЕИ ГУМАНИЗМА И ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ОТ НАСИЛИЯ В ТРУДАХ МЫСЛИТЕЛЕЙ АНТИЧНОСТИ И СРЕДНЕВЕКОВЬЯ: ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

Мы вошли в XXI век с социально-психологическими проблемами, многие из которых существовали и сто лет назад: жестокое обращение с детьми, их заброшенность, безнадзорность, бродяжничество малолетних. Особую тревогу в современных условиях общественного развития вызывают детско-родительские отношения, сопровождающиеся различного рода насилием, пренебрежением нуждами ребенка, невыполнением обязанностей по уходу и воспитанию. Все это неблагоприятно влияет на дальнейшее формирование и развитие личности ребенка.

Согласно научным исследованиям «конфликтная природа отношений родителей к ребенку оказывает влияние на процесс усвоения норм и ожида-

ний общества в целом и ведет к ослаблению связей в семье и нарушению привязанностей» [1, с. 2]. Дети со слабыми связями в семье оказываются неспособными к эмпатическому пониманию других детей. Такой ребенок менее склонен приспосабливаться к социальному давлению и вести себя адекватным, ненасильственным образом с людьми вне рамок семьи, так как он становится хорошим кандидатом для роли обидчика. У него формируются враждебное отношение к тем, кто слабее, недостаток способности видеть глазами других (эмпатии), тенденция к импульсивности в критических ситуациях [1, с. 7]. Все эти и другие последствия насилия вызывают к необходимости решения данной проблемы и определения способов и средств преодоления последствий насилия над ребенком. Хотя, если вникнуть в суть вопроса, то гораздо важнее устранять сами причины жестокого обращения с детьми, чем воздействовать на следствия.

Актуальность данной проблемы сегодня требует обращения к анализу поэтапной эволюции историко-культурных процессов, обуславливающих социальные, нравственные состояния и отношения в обществе, а также степень цивилизованности и культуры общества. Поэтому сегодня необходимо обращение к трудам мыслителей прошлого, философов, исследователей с тем, чтобы понимать причины и находить пути устранения существующей проблемы. Видный ученый А. И. Пискунов отмечает, что «воспитание в древнейших государствах Ближнего и Дальнего Востока отражало в своем развитии эволюцию культурных, нравственных, идеологических ценностей», что «именно тогда проблема преодоления последствий насилия все больше и больше проникает в различные сферы духовного развития общества и находит свое подтверждение в философских рассуждениях, трактатах мыслителей» [4, с. 19]. Так, рассуждая о направленности воспитания, мыслители Древнего Востока Конфуций, Мэнцзы в своих сочинениях («Книга обрядов», «Заметки об учении») указывали, что «правильное воспитание есть воспитание благородства, почтительности, правдивости», «достижение согласия между детьми и родителями, побуждает детей к легкости обучения, к самостоятельным размышлениям» [4, с. 42-43]. Такое «умелое руководство», по мнению Конфуция, способствовало проявлению в ребенке творческого самостоятельного поиска в решении сложных ситуаций. В то же время, нельзя не отметить, что, определив принцип воспитания, «учитель и ученик растут вместе», Конфуций, по сути, обращается к методам гуманистической педагогики, указывая на то, что преодолеть последствия насилия возможно при организации совместной деятельности, используя при этом ситуации сотрудничества взрослого с ребенком.

Характерными чертами древневосточных цивилизаций, пронизанных духом воспитания без принуждения, т. е. без насилия, были обращения Мэнцзы (ок. 372–289 до н.э.) и Сюньцзы к «доброй природе человека», имеющего уникальные человеческие качества, обладающего высокими моральными принципами и, самое главное, отличающегося своими индивидуальными способ-

ностями. Кроме того, обозначенная и осмысленная значительно позднее гуманистическая педагогическая задача индивидуализации процесса воспитания, заключенная в философских трактатах, раскрывала основные подходы к развитию индивидуальности ребенка, его неповторимой природы, а также определяла ненасильственные методы исправления «злой природы человека» путем различных подходов в организации деятельности ребенка. Конфуцианская система воспитания, а также трактаты древневосточных мыслителей оказали непосредственное влияние на культурное развитие в Древней Греции – стране, включающей в себя множество небольших городов-государств. Здесь одновременно были распространены как аристократические консервативные взгляды на процесс воспитания, так и демократические тенденции. Доказательством служит тот факт, что, несмотря на проводимые в Спарте общественные преобразования, в воспитании процветал «рациональный инфантицид», дающий право на жестокое обращение с детьми. Слабых и уродливых сбрасывали в Тайгет, в пропасть [4, с. 53]. Насильственные действия, традиционно закрепившиеся в семейном воспитании, оправдывались «божьи-ми» религиозными предписаниями, заповедями [4, с. 53].

Однако на данном историко-культурном отрезке осуществляются первые попытки критической оценки происходящих явлений в области воспитания. Так, основатели греческой философии, так называемые досократики (Фалес, Анаксимандр, Гераклит, Демокрит), подвергают резкой критике такие явления, как «рациональный инфантицид», дающий право на жестокое обращение с детьми. Показательны в этом плане размышления великого философа Плутарха. Так, анализируя «школу послушания», организованную для воспитания мальчиков-спартиатов, он высказывает мысль о том, что мальчики «упражняясь в искусстве повелевать и подчиняться, упражняются в жестокости». Осуждая методы, приемы воспитания, он высказывает мнение о том, что «такая практика воспитания способствует развитию жестокости» [4, с. 54]. Обращаясь к природе насилия, Плутарх указывает, что причиной распространения жестокого обращения людей друг к другу является тот факт, что воспитанники, овладев опытом жестокого обращения с людьми, прибегают к насилию, оценивая данные взаимоотношения как норму, обязательную в воспитании.

Стремление древнегреческих мыслителей сконструировать объективную картину мира и разобраться в сущности человеческого бытия приводит к существенным преобразованиям в области воспитания полноправных граждан. Так, культурные реформы, ставшие основой для демократических преобразований, способствовали тому, что «афинская демократия разрабатывает законодательства относительно защиты прав детей. Принимаются законы, отменяющие детское рабство за долги, упраздняется право родителей самостоятельно решать вопрос о судьбе ребенка, введены прямые ограничения на продажу детей (разрешалось продавать только новорожденных в ситуации крайней нужды)» [3, с. 126]. Рожденные в недрах древнегреческой

культуры общечеловеческие ценности – любовь, дружба, справедливость, соучастие, сочувствие к человеку – оформляются в филантропическую модель помощи, для которой были характерны наличие помощи, поддержки граждан, развитие гражданских традиций. Они играли незаменимую роль в процессе социализации растущего человека, нравственном, эстетическом воспитании, учили любить и понимать другого человека, оказывая ему помощь. При этом естественным образом решался обозначенный значительно позднее индивидуальный подход в процессе преодоления последствий насилия над ребенком.

Обращаясь к взглядам философов, мыслителей эпохи Античности, Г. Б. Корнетов пишет, что «уже в те далекие времена Сократу, Аристотелю, Платону удалось предугадать раскрываемые положительной творческой педагогикой в наши дни средства преодоления последствий насилия над ребенком» [5, с. 56]. Первым, кто научно обосновал лечебное воздействие творческих видов искусств на ослабленный организм человека, был Пифагор. Он утверждал, что музыкальное творчество способствует оздоровлению тех, кто «в течение дня подвергался дневной смуте, был взволнован или расстроен» [5, с. 56]. Одним из этических понятий Пифагора была эвритмия – способность человека находить наиболее близкие ему ритмы в окружающем мире и воплощать эти ритмы в пении, танцах, собственных мыслях. Он считал, что музыка способствует оздоровлению тех, кто использует ее надлежащим образом, поэтому прописывал своим знакомым «музыкальное пробуждение»: с помощью смещения диатонических, хроматических мелодий «поворачивал» человека к противоположному состоянию души, а вечером, когда его ученики отходили ко сну, при помощи музыки освобождал их от тяжелых размышлений, подавленного настроения, обеспечивая хороший сон.

Сократ в центр своей педагогической деятельности ставил вопросы о гуманном взаимодействии взрослого и ребенка, что «способствует гармонизации отношений в системе воспитания, достижению личного счастья и благосостояния общества, строящего правовое государство» [5, с. 56]. «Ненастьственная природа взаимоотношений, ориентированная на познание доброты, справедливости, достижения единых взглядов, уважения другого, гармонизирует отношения личности с обществом. Все эти факторы способствуют реализации творческого потенциала, формируют доминирующие мотивы, побуждающие личность к творческой деятельности» [5, с. 57]. Подобная гармония, по его мнению, отражает наиболее полную реализацию «доброй природы» каждого индивида.

Сам воспитательный процесс Сократ рассматривал с точки зрения способов «самопознания ученика, в оказании ему помощи в самостоятельном интеллектуальном усилии, пробуждении природных творческих потенций» (цит. по: Е.В. Пчелинцевой [5, с. 57]). Важная роль при этом отводится воспитателю, организующему регулярные наблюдения за развитием индивидуальных особенностей ребенка, вовлекающему его в совместную деятельность. Взаимо-

действия взрослого и ребенка как «равноправных партнеров» активизируют познание ребенком действительности, формируют индивидуальный опыт в преодолении трудностей, что обеспечивает его духовное развитие. С точки зрения «положительной творческой педагогики» это является подтверждением того, что при создании особой «культурной среды» ребенок преодолевает последствия жестокого обращения с ним, проявляя при этом творческие способности. Взаимодействие взрослого с ребенком в рамках этого пространства обеспечивает реализацию интересов, проявление эмоций, чувств, переживаний личности, что в дальнейшем будет способствовать социализации, адаптивности ребенка к изменившимся условиям, а тем самым актуализации идеи целостного подхода к детской личности. Мысли, дополняющие взгляды Сократа в плане рассматриваемой нами проблемы, излагал в своих трудах Платон. Этот известный древнегреческий философ и педагог впервые в истории заявил о необходимости целенаправленного воспитания детей. Ведущим методом воспитания Платон определяет наблюдение. «Организуя наблюдение, воспитатель познает природу ребенка», а «начиная с раннего возраста, взаимодействуя с ним, обращает внимание: во-первых, на то, что приносит ему удовольствие, во что любит играть ребенок и что его огорчает, тревожит; во-вторых, наблюдая за свободной игрой малыша, воспитатель определяет его способности и наклонности» [5, с. 57].

Попытка рассмотрения воспитания детей дошкольного возраста как процесса сопровождения индивидуального развития, внимательного отношения взрослого к ребенку исключает всякого рода насилие над ним, способствуя формированию активности, пробуждению природных творческих способностей.

Таким образом, прогрессивные идеи философов Древней Греции III тысячелетия – II н.э. вв. были пронизаны духом гуманистической, «положительной творческой педагогики», раскрывающей потенциальные способности детей, необходимые для формирования индивидуального опыта, адаптивности ребенка к действительности.

Переход от античного, языческого мировосприятия к христианскому нашел свое отражение и в новом взгляде на человека, его положении в обществе, мировосприятии.

В период становления христианских представлений о помощи и поддержке, нуждающимся достойным чувством всякого христианина считалась «любовь». «Любовь к ближнему», по мнению древних мыслителей, «нормативно безлична, поэтому она не имеет границ, ограничений по расе и вероисповеданию, имущественному цензу». «В познании Бога формируются душевные качества ребенка. Душевные способности необходимо не только воспитывать, но и направлять к достижению истинных, высших целей, суть которых заключается в воспитании добродетели» [2, с. 69].

Рассуждая о средствах религиозного воспитания детей, о воздействии на развитие душевных способностей ребенка различных искусств как проявлений творческой деятельности, философ европейского Средневековья Фома

Аквинский видит в них «средство избавления от зла, жестокости». По мнению философа, «постигая, разные искусства: литературу, церковную музыку, человек познает истину добра и зла, при этом, сталкиваясь с ситуациями конкретного выбора между ними, развивает привычку упорно двигаться по направлению конкретному благу. Если же к этому процессу присоединить божественную поддержку, то творческая деятельность становится актом зароненной добродетели, несущей на себе печать бога. Таким образом, легкость и верное обретение, обеспечиваемые привычкой к добродетели – приобретенной или вечной, развивают, по мнению Фомы Аквинского, творческие наклонности личности» [2, с. 71]. Примечательны взгляды основоположника томизма – Фомы Аквинского на проблему преодоления последствий насилия. Мыслитель выводил творческие способности из его понимания сущности человека, которая решается и интерпретируется им в русле традиционного христианства, наполняясь при этом классическим религиозно-гуманистическим содержанием. Одной из главных характеристик «положительной творческой педагогики» является гуманность как проявление человеколюбия. В христианстве эта черта называется «милосердием по отношению к детям, старикам, убогим, калекам» [2, с. 73]. К проявлениям гуманности в хозяйственной, социальной жизни общества относилось «осуждение несправедливого суда, несправедливого отношения к убогим, калекам, жестоких наказаний детей. В идеально-обобщенном виде это представлено в средневековых писаниях.

Таким образом, проанализировав наиболее значимые идеи гуманизма во взглядах древних мыслителей на проблему защиты детей от насилия и жестокости, можно сделать вывод, что в Средние века начинается процесс формирования новых подходов к толкованию категории преодоления последствий насилия над ребенком. Особое значение приобретает идея постижения Бога и внутреннего освобождения человека, дающая педагогике нравственные ориентиры, основанные на ценностях морали, что, в свою очередь, оказывает существенное влияние на формирование мировоззренческих позиций и находит конкретное выражение деятельности педагогов-гуманистов последующих эпох. В условиях современного общества необходимо обращение к гуманистическим идеям прошлого.

Литература

1. Алексеева И. А., Новосельский И. Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М., 2005.
2. Антология педагогической мысли христианского Средневековья: пособие для учащ. пед. колледжей и студ. вузов: в 2 т. / ред.-сост. В. Г. Безрогова, О. И. Варьяш. – М., 1994.
3. Винничук Л. Люди, нравы, обычаи в Древней Греции и Риме. – М., 1988.
4. История педагогики / Под ред. А. И. Пискунова. – М., 2001.
5. Пчелинцева Е. В. / Идеи гуманизма и защиты детей от насилия в трудах философов – мыслителей Античности и Средневековья. // Известия Алтайского государственного университета. – Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2011.- №2/2 (70).

*Добрынина А. В., г. Ессентуки,
филиал ГБОУ ВПО СГПИ в г. Ессентуки
Научный руководитель: к. пед. н., доцент Иохвидов В. В.*

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ: СУБЪЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ

Жестокое обращение с детьми всегда существовало во всех странах независимо от их политического, идеологического и экономического устройства. В культуре ряда народов насилие над детьми входило в обрядовые и ритуальные обычаи, являлось нормой обыденной жизни и воспитания. Коренное изменение отношения к жестокому обращению с детьми произошло во второй половине XX столетия. В эпоху, провозгласившую ценности свободы, равенства, самовыражения личности, жестокое обращение с детьми стало оцениваться как нарушение суверенности прав. Насилие и жестокость, проявленные к детям, были признаны явлениями, относящимися к сфере общественной жизни и к области ответственности государства. Широкое распространение получили медицинские и педагогические исследования, разработка законодательных мер, направленных на защиту детей от проявления насилия и жестокости, общественное порицание жестокости и насилия в отношении детей.

Важным фактором, способствующим признанию проблемы на международном уровне, стало принятие в 1989 году Организацией Объединенных Наций Конвенции о правах ребенка. Статья 19 этой Конвенции говорит о необходимости государственной защиты ребенка от любых форм плохого обращения с ними со стороны родителей или других лиц, несущих ответственность за заботу о нем, и создании соответствующих социальных программ предупреждения злоупотреблений и лечения пострадавших от насилия.

Рядом последующих документов ООН определены обязательства государств по предупреждению и искоренению насилия и жестокого обращения с детьми. Можно утверждать, что развитие цивилизации сопровождается ростом нетерпимости к жестокому обращению с детьми. Тем не менее оно существует.

Россия не является исключением из общемировой тенденции. Однако ввиду идеологических установок советского государства долгое время проблеме старались обходить молчанием, что порождало множество заблуждений и неверных представлений. Кардинальные изменения, происходившие в экономической, политической, культурной жизни страны в 1990-е годы, актуализировали проблему. В Российской Федерации была создана система социальной поддержки и реабилитации детей и

подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации, тем не менее проявление жестокости и насилия к детям рассматривалось не как особое социальное явление, а как отклонение от норм поведения. Следствием такой оценки явилось отсутствие всестороннего выявления и регистрации слу-

чаев жестокого обращения с детьми, отсутствие системы всесторонней помощи пострадавшим детям и их семьям.

Последние десятилетия характеризуются изменением характера рисков, которым подвергаются дети. Либерализация ценностей, развитие современных видов связи, в первую очередь Интернета и онлайн-сетей, привели к распространению таких негативных явлений, как использование детей для изготовления продукции порнографического характера, сексуальная агрессия, педофилия, похищение детей с целью денежного обогащения.

Формирование полноценной системы защиты детства, в том числе защиты детей от жестокости и насилия, является одной из ключевых задач государства. Основную деятельность в этом направлении осуществляют органы опеки и попечительства, внутренних дел, органы и учреждения социальной защиты населения, образования и здравоохранения. Координацию деятельности указанных органов и учреждений чаще всего осуществляют комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав. Однако в функционале перечисленных органов и учреждений до сих пор не выделено выявление жестокого обращения и защита детей от жестокого обращения.

Определяющим условием эффективной деятельности перечисленных органов и учреждений в данной сфере является организация превентивных мер по защите детей от жестокости и насилия.

Специалисты соглашаются с тем, что значительное число случаев жестокого обращения с детьми происходит в неблагополучных семьях. Предупреждение семейного неблагополучия, социальная поддержка семей с детьми представляется фактором, сдерживающим проявление жестокости к детям [2].

Важной тенденцией последних лет стала перестройка работы органов и учреждений социальной защиты населения, которые в качестве приоритетов своей деятельности выдвигают предупреждение семейного неблагополучия, профилактику беспризорности и безнадзорности детей, социальную реабилитацию семей с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации.

В настоящее время органами и учреждениями социального обслуживания населения уделяется внимание оказанию комплексной помощи семьям. Услуги предоставляются как родителям (психологическая поддержка, помощь в трудоустройстве, юридическое консультирование, материальная поддержка), так и детям (оказание реабилитационных услуг, коррекция поведения, организация досуга и отдыха). При этом конечной целью определяется создание или восстановление в семье среды, благоприятной для воспитания ребенка. Такая работа снижает проявление жестокости и насилия в отношении детей. Одним из значимых моментов предупреждения жестокого обращения является своевременное выявление рисков по жестокому обращению и доступность необходимых социальных услуг. В этих целях учреждениями социальной защиты населения создаются мобильные службы (бригады), обеспеченные транспортными средствами, оснащенные оборудованием и имеющие в своем составе специа-

листов разных профилей. Мобильные бригады работают как планово, так и осуществляют срочные выезды.

На своевременное выявление детей, не имеющих надлежащей родительской заботы, и их устройство в семьи граждан или учреждения направлена деятельность органов опеки и попечительства. Необходимо усиливать деятельность органов опеки и попечительства по сохранению кровной семьи для ребенка, проведению профилактической и реабилитационной работы с родителями и детьми. Своевременное оказание помощи семье в обеспечении безопасных условий жизни и воспитания ребенка, позволит во многих случаях предотвратить изъятие ребенка из семьи [1].

Органы внутренних дел, осуществляют рейды по выявлению неблагополучных семей, проводят ведомственные акции по безопасному поведению детей в общественных местах, ведут работу с подростками группы риска, проводят профилактическую работу в отношении родителей или иных законных представителей несовершеннолетних, не исполняющих обязанности по воспитанию детей (в 2010 году выявлено 90,4 тыс. таких родителей).

Инновационной формой работы, которая внедряется в практику деятельности органов внутренних дел, является институт «школьных» инспекторов, образованный в 78 субъектах Российской Федерации и включающий около 5,6 тыс. человек. В порядке эксперимента в 13 регионах введены должности сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних, ориентированных на работу с семьями «группы риска».

Учреждения здравоохранения ведут сбор сведений о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации, о ненадлежащем уходе за детьми, оказывают медицинскую и психологическую помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения.

Таким образом, помощь семье становится обязательным компонентом деятельности организаций и учреждений, работающих с детьми.

Учреждения и организации, оказывающие реабилитационную помощь детям и семьям, затронутым проблемой насилия, включают: центры социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационные центры и приюты для несовершеннолетних (учреждения социальной защиты); центры психолого-медико-социального сопровождения (учреждения образования); общественные организации.

Социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних и приюты для детей системы социального обслуживания населения являются специализированными учреждениями для несовершеннолетних, в которых им оказывается социально-психологическая, социально-правовая и иные виды помощи, проводится социальная реабилитация, в том числе и в случаях жестокого обращения. В 2010 году действовало 789 социально-реабилитационных центров для несовершеннолетних, 323 социальных приюта для детей и подростков. Всего в 2010 году число учреждений социального обслуживания семьи и детей составило 3188 единиц. Необходимая помощь детям ока-

зывается в социальных гостиных и кризисных центрах (отделениях) для женщин с детьми. Как правило, гостиные и кризисные центры предоставляют услуги временного проживания, психологической, юридической помощи в случаях домашнего насилия.

Эффективность системы защиты детей зависит от комплекса различных мероприятий, который должен включать: усиление межведомственного взаимодействия заинтересованных государственных и муниципальных органов и учреждений, некоммерческих организаций; социальную поддержку семей с детьми и сохранение кровной семьи для ребенка; развитие социальной инфраструктуры для детей по оказанию своевременной качественной юридической, социально-психолого-педагогической и медицинской помощи детям, подвергшимся жестокому обращению; совершенствование статистического учета и мониторинг случаев жестокости и насилия к детям; повышение уровня общественной информированности по вопросам, связанным с проявлением жестокости и насилия к детям; вовлечение детей в работу по предотвращению жестокого обращения как полноправных субъектов деятельности.

Литература

1. Григорович И. Н. Синдром жестокого обращения с ребенком: Учебное пособие. – Петрозаводск, 2001.
2. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. – СПб., 2005.

***Исюмова О.А., Горлачева А.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Чернова М.А.***

ПРАВО НА ДЕТСТВО

Жестокое обращение с детьми и их эксплуатация существовали издавна. Мысль о том, что дети могут не помнить и не реагировать на то, что с ними происходит, сохранялась до начала XX века вплоть до внедрения практики психоанализа Зигмунда Фрейда. От этого убеждения чрезвычайно медленно отходят и теперь, о чем свидетельствуют многочисленные исследования во всем мире относительно разных форм жестокого обращения с детьми в обществе.

Жестокое обращение с детьми в семье включает в себя любую форму плохого обращения, допускаемого родителями (другими членами семьи ребенка), опекунами, приемными родителями. Различают четыре основные формы жестокого обращения с детьми: физическое, сексуальное, психическое насилие, пренебрежение основными нуждами ребенка.

Насилие – это одна из основных опасностей для благополучия общества, которая вызывает все большую озабоченность. Дети, безусловно, являются наиболее незащищенной категорией населения, когда речь идет о насилии и жестоком обращении. Они наиболее уязвимы не только потому, что они не могут защитить себя физически. Но и потому, что само их выживание зависит от взрослых, и они сами не способны непосредственно защищать

свои собственные права. В связи с этим они часто становятся жертвами различных травм и вреда, наносимого их личности и развитию [1, с. 47].

Сексуальное насилие – это тема, которую многим трудно обсуждать. Но какой бы неприятной и пугающей она ни была, это серьезная и, к сожалению, распространенная проблема. Сексуальное насилие над детьми – это действия или сексуальные домогательства и сексуальная эксплуатация несовершеннолетних. Сексуальное насилие сопровождается широким спектром форм поведения и может состоять из многих действий или актов на протяжении длительного времени, настойчивого домогательства или одиозного инцидента. Сексуальная эксплуатация включает в себя действия или поведение, следствием которых являются порнографические изображения несовершеннолетних и содействие проституции среди подростков [5, с. 72].

Жертвами сексуального насилия становятся миллионы детей. Согласно проведенным исследованиям, 25% взрослых женщин и 10% взрослых мужчин помнят, что в детстве или юношестве над ними было совершено насилие. Большинство случаев насилия происходит с детьми в возрасте от 8 до 12 лет.

В 80% случаев насильниками являются знакомые ребенку люди, а зачастую авторитетные в его глазах фигуры – родные или приемные родители, взрослые родственники, друзья семьи, соседи, няни, учителя, репетиторы, вожатые, даже родные или двоюродные братья. В то время как с незнакомыми людьми дети обычно бывают настороже, человек, которого они знают и уважают, может застать их врасплох. Обычно насильник различными способами заставляет ребенка принять участие в той или иной сексуальной «забаве»: это могут быть угрозы, обещания выполнить любую просьбу, агрессивные уговоры. В конце концов, обидчик убеждает ребенка в том, что у него нет выбора, и он должен выполнить его требования. У детей, которых склоняют к тем или иным сексуальным действиям, как правило, послушный, податливый и спокойный характер.

В большинстве случаев сексуальное насилие не ограничивается одним разом. Зачастую это целый ряд сексуальных контактов, которые, как правило, начинаются в младшем или среднем школьном возрасте и продолжают на протяжении подросткового возраста. Иногда насилие прекращается только тогда, когда ребенок достигает такого возраста, что способен сам положить конец происходящему, например, рассказав об этом другому взрослому человеку. И даже если насилие остановлено, психологические последствия иногда остаются на всю жизнь [5, с. 38].

За исключением изнасилования, другие формы сексуального насилия доказать очень трудно. Ребенок может выполнять пассивную и активную роль в подобных действиях и при этом переживать противоречивые чувства. Парадокс насилия над детьми заключается в том, что когда насильник «подслащивает» этот процесс и старательно приучает ребенка к себе, ребенок может даже испытывать удовольствие. Особенно если ребенок обделен заботой и лаской значимых для него людей – родителей и ближайших род-

ственников, тогда насильник становится для него ближайшим человеком, и ребенок сам начинает этого хотеть, так как происходит пробуждение детской сексуальности.

Чаще всего в семьях, в которых это происходит, один из родителей или даже оба, пытаются убедить тех, до кого эта информация дошла, что ребенок все выдумал. Мама может не поверить ребенку, когда он пытается рассказать ей о насилии и даже может наказать ребенка, думая, что он все это выдумал. Конечно, разумным нормальным людям сложно допустить и поверить в то, что в их семье может произойти такая трагедия. Им проще списать это на детские фантазии и выдумки. Однако детские «сказки» могут оказаться вовсе не сказками...

Жертвой насилия может стать любой ребенок независимо от пола, возраста, культурной или социальной принадлежности. Это связано с тем, что у детей отсутствует опыт и знания, которые необходимы, чтобы понять или объяснить, что с ними происходит. Поскольку насилие (особенно сексуальное) над детьми это, как правило, тщательным образом скрытое как жертвой, так и ее окружением преступление, его реальные масштабы трудно оценить. Хотя, по некоторым исследованиям, в той или другой форме оно встречается достаточно часто [3, с. 104].

Последствия сексуального насилия над ребенком могут варьироваться от кратковременного и скрытого страдания до неизлечимых психических травм. Когда сексуальное злоупотребление становится нормой и преступником есть член семьи, который вынуждает ребенка замалчивать эти действия угрозами или уговорами, ребенок испытывает сильную эмоциональную травму. Эти обиды оставляют в его душе ощущение бессилия, измены или вины. А эти травмы являются намного серьезнее, чем когда ребенок не понимает и не осознает того, что с ним случилось. Серьезность последствий может зависеть от возраста ребенка. Ребенок дошкольного возраста, который испытал сексуальные ласки от кого-то из любящих родственников, может не проявлять признаков психической травмы. Иногда симптомы появляются намного позже, когда ребенок начинает понимать, что с ним совершили.

Дети, которые понимают ужас и противозаконность насильственных действий, но не могут им противостоять, часто страдают от кошмаров, страхов остаются в одиночестве и проявляют другие симптомы психической травмы. Иногда трудности начинаются, когда ребенок переходит на новую возрастную степень. Например, девушка, по отношению к которой было совершено сексуальное насилие в дошкольном возрасте, может активно противостоять любым отношениям с парнями, или наоборот, вступать в многочисленные сексуальные контакты во время наступления сексуальной зрелости. Таким образом, она пытается бороться с новыми сексуальными проявлениями, которые когда-то были направленным актом насилия над ней [4, с.44].

Сексуальное насилие над детьми стало бичом современного общества. По некоторым оценкам, органы внутренних дел ежегодно регистрируют 7-

8 тысяч случаев сексуального насилия над детьми, по которым возбуждаются уголовные дела. Однако в реальности, эти показатели значительно выше. Любые акты сексуального насилия, если его объектом становится несовершеннолетний, наказываются значительно строже, чем когда речь идет о взрослом: от четырех до десяти лет лишения свободы в отношении заведомо несовершеннолетнего и от восьми до пятнадцати лет – в отношении лица, заведомо не достигшего 14 лет (статьи 131 и 132 Уголовного кодекса РФ).

1. Закон устанавливает легальный возраст начала половой жизни. По статье 134 УК половое сношение, мужеложество или лесбиянство, совершенное лицом, достигшим восемнадцатилетнего возраста, с лицом, заведомо не достигшим 16 лет, наказывается ограничением свободы на срок до трех лет или лишением свободы на срок до четырех лет.

2. Статья 135 УК карает за совершение развратных действий без применения насилия в отношении лиц, заведомо не достигших 14 лет, внушительным штрафом либо лишением свободы на срок до двух лет.

3. Наказывается вовлечение несовершеннолетних в проституцию, совершение сексуальных действий, а также действий, связанных с изготовлением материалов или предметов порнографического характера (статья 242).

Однако никакой закон сам по себе не может защитить детей и подростков от сексуальных посягательств и злоупотреблений. Все общество и каждый его член в отдельности обязаны заниматься этой проблемой, стоять на страже психологического и физического здоровья детей, и тогда может быть она станет решаться. Так мерами по борьбе с жестоким обращением в отношении детей являются: создание разнообразных «горячих линий» связи, будь то для детей, для родителей, для специалистов или для заинтересованных граждан.

Важным «инструментом» является использование различных средств массовой информации. Широкое использование телевидения, радио и газет предоставляет отличную возможность для проведения систематической кампании по предупреждению жесткого обращения с детьми. Можно опубликовывать специальные статьи по проблемам, связанных с жестоким обращением с детьми, в детских и молодежных журналах или в других средствах массовой информации, ориентированных на детей.

Проблема жестокого обращения с детьми представляет собой классическое пересечение индивидуальных, семейных и общественных проблем. Предотвращение жестокого обращения с детьми является важной задачей. Процесс ее решения является медленным, зачастую разочаровывающим и требующим инициативы, знаний, убеждений и терпения.

Литература

1. Азаров Ю.Н. Искусство воспитывать. – М., 1985.
2. Азаров Ю. П. Семейная педагогика. – М., 1993.
3. Анзорг Л. Дети и семейный конфликт. – М., 1988.
4. Афанасьева Т. М. Воспитание детей. – М., 1986.
5. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи. – М., 1988.

*Кищенко Е.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Кучер И.В.*

ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В СЕМЬЕ

Актуальность проблематики жестокого обращения с детьми в современной России в последнее десятилетие значительно возросла. В условиях современной экономической и социальной ситуации частота случаев жестокого обращения с детьми достигает распространенности, свойственной не «эксклюзивным» преступлениям, а некоего социального феномена. Рост жестокого обращения с детьми в семье обнаруживает связь с общей тенденцией общества к повышению квоты насилия как такового – ростом преступлений против личности, свободы личности, суицидов, несчастных случаев, а так же военных конфликтов. Подобная динамика развития данного вопроса обязывает общественность и научное сообщество к осуществлению мер по изучению и последующей превенции случаев жестокого обращения в отношении детей, поскольку их предупреждение, несмотря на все трудности, является важной задачей с точки зрения сегодняшней социальной ситуацией, нежели ликвидация последствий пережитого в детстве жестокого обращения. Необходимо создать разнообразные “горячие линии” связи, будь то для детей, для родителей, для специалистов или для заинтересованных граждан, эти “горячие линии” обеспечивают прямые консультации для анонимных пользователей. Важным “инструментом” является использование различных средств массовой информации. Широкое использование телевидения, радио и газет предоставляет отличную возможность для проведения систематической кампании по предупреждению жестокого обращения с детьми. Можно опубликовывать специальные статьи по проблемам, связанным с жестоким обращением с детьми, в детских и молодежных журналах или в других средствах массовой информации, ориентированных на детей. Проблема жестокого обращения с детьми представляет собой классическое пересечение индивидуальных, семейных и общественных проблем. Предотвращение жестокого обращения с детьми является огромной задачей. Процесс ее решения является медленным, зачастую разочаровывающим и требующим инициатив. Различные формы жестокого обращения с детьми являются трудноразрешимой и сложной проблемой, требующей согласованных усилий со стороны ряда систем – социального обеспечения, здравоохранения, просвещения, полиции и судопроизводства – все из которых имеют полномочия для решения этой проблемы. Жестокое отношение к детям является культурно обусловленным: то, что является жестоким поведением в одном обществе, может быть приемлемым в другом, или даже в различных группах одного и того же общества. Любая профилактическая работа должна учитывать это. Тем не менее, важно

найти приемлемое решение этой проблемы. Такое определение послужит основой для эпидемиологических исследований, а также средством для оценки и планирования необходимых изменений [3].

Привычное утверждение, что «дети – цветы жизни», верно лишь отчасти. Дети, скорее всего, не цветы на дереве жизни, а его корни, поскольку их полноценное развитие сегодня в значительной степени определяет облик общества в ближайшем будущем. Отношение к детям, полнота удовлетворения их нужд и интересов не только отражает уровень социального прогресса, благосостояние, гуманность общества, но и дальновидность социальной политики государства, которое, заботясь о детях, обеспечивает надежный фундамент для своего будущего. Этот принцип нашел отражение в Конвенции о правах ребенка, которая утверждает, что «ребенок в силу его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе».

Объектом особого внимания со стороны государства, как провозглашается в Конвенции о правах детей, должны быть дети, которые живут в исключительно тяжелых социальных условиях. К категории таких детей в России принадлежит ряд групп: дети-сироты; дети, которые остались без заботы родителей; дети из асоциальных семей; дети из семей безработных или вынужденные работать; дети – жертвы экологических катастроф; дети оставившие дом; дети-наркоманы и злоупотребляющие спиртными напитками. В последние годы значительно обострилась проблема социального сиротства. Около 80 тысяч детей-сирот и детей, лишившихся заботы родителей, только около 7% – круглые сироты. Остальные – это дети, которые стали сиротами при живых родителях, лишенных родительских прав, пребывающих в местах лишения свободы, недееспособных или пребывающих на длительном лечении, матерей, отказавшихся от детей в роддомах. Основные причины отказа от детей и передача их на воспитание в дома ребенка – это отсутствие у родителей условий для содержания и воспитания детей, тюремное заключение матери, а также болезнь ребенка. В настоящее время в России функционирует 1330 школ-интернатов, где воспитывается более 160 тыс. детей, из которых 51,1 тыс. – дети-сироты и дети, оставшиеся без заботы родителей. Опыт работы школ-интернатов подтвердил их необходимость как учреждений для детей, требующих государственной помощи в получении образования, социально-трудовой реабилитации, развитии склонностей, способностей детей, языковой, художественно-эстетической, спортивной подготовки. В то же время в работе интернатских учреждений есть много проблем – необходимость капитального ремонта каждой четвертой школы-интерната, в каждой восьмой отсутствует канализация и водоснабжение, необходимо строительство новых учреждений такого типа [2].

Выделяют несколько форм жестокого обращения: физическое, сексуальное, психическое насилие, отсутствие заботы.

Насилие – любая форма взаимоотношений, направленная на установление или удержание контроля силой над другим человеком.

Физическое насилие – действия (бездействие) со стороны родителей или других взрослых, в результате которых физическое и умственное здоровье ребенка нарушается или находится под угрозой нарушения.

Психологическое (эмоциональное) насилие – это поведение, вызывающее у детей страх, психологическое давление в унижительных формах (унижение, оскорбление), обвинения в адрес ребенка (брань, крики), принижение его успехов, отвержение ребенка, совершение в присутствии ребенка насилия по отношению к супругу или другим детям и т.п.

Сексуальное насилие над детьми – любой контакт или взаимодействие, в котором ребенок сексуально стимулируется или используется для сексуальной стимуляции.

Пренебрежение основными потребностями ребенка – невнимание к основным нуждам ребенка в пище, одежде, медицинском обслуживании, присмотре.

Физическое насилие имеет место во всех слоях общества, однако чаще подобные случаи выявляются в семьях с низким доходом или находящихся в социальной изоляции (социально опасном положении – СОП). Низкий образовательный уровень родителей, занятие неквалифицированным трудом, отсутствие работы, наличие судимости за совершение преступления, связанного с применением насилия – существенно повышают риск физического насилия над ребенком. Еще одним значимым фактором риска физического насилия является многодетность. Результаты исследований показывают, что около четверти семей, в которых дети подвергались физическому насилию, имеют более трех детей, при этом распространенность в популяции семей с таким количеством детей многократно ниже. Значительно повышает риск физического насилия для ребенка применение родителями в прошлом насилия по отношению к его старшим братьям или сестрам. Бедность считается одним из наиболее значимых социальных факторов риска физического насилия. Это связано с тем, что бедность провоцирует негативное отношение человека к обществу, его ценностям и нормам поведения, в том числе и к уважению личности ребенка, его прав. Криминологические исследования свидетельствуют о наличии устойчивой связи между бедностью и распространенностью насилия. Из этого не следует делать вывод, что во всех семьях с низким доходом дети страдают от физического насилия. Также необходимо учитывать, что малообеспеченные семьи находятся в поле зрения социальных служб, они более доступны социальному контролю, поэтому факты жестокого обращения с детьми в них проще выявить и легче привлечь этих родителей к ответственности. Среди других общесоциальных факторов, способствующих распространению насилия по отношению к детям, Н.О. Зиновьева и Н.Ф. Михайлова выделяют следующие: отсутствие в общественном сознании понимания безусловной недопустимости физических наказаний; постоянная демонстрация насилия в средствах массовой информации, что способствует проникновению агрессии в повседневную жизнь; обеспечение прав граждан на неприкосновенность час-

тной жизни, личную и семейную тайну – затрудняет своевременно выявление фактов насилия по отношению к детям и эффективное вмешательство на ранних стадиях семейной дисфункции; отсутствие в Российской Федерации эффективной превентивной политики государства и необходимой сети специализированных учреждений для работы с неблагополучными семьями; использование при работе с семьями в СОП чаще всего карательного подхода (привлечение к уголовной или административной ответственности, лишение родительских прав), а не меры реабилитационного и профилактического характера; недостаточное понимание обществом насилия как социальной проблемы, отсутствие четких критериев жестокого обращения с детьми; низкая правовая грамотность населения, в частности, недостаточная осведомленность детей о своих правах; несовершенство действующего законодательства, нормы о защите прав несовершеннолетних носят декларативный характер, отсутствуют механизмы их реализации на практике. Наряду с общесоциальными факторами риска, которые влияют на распространенность жестокого обращения с детьми опосредованно, на уровне семьи можно выявить совокупность обстоятельств, непосредственно способствовавших совершению насилия над ребенком. Наиболее подробную систематику факторов риска применения насилия в семье, в том числе и физического насилия в отношении ребенка, приводят Н.О. Зиновьева и Н.Ф. Михайлова. Эти авторы выделяют социально-экономические факторы, факторы, связанные со структурой семьи, характером отношений между ее членами, особенностями личности родителей [1, с. 88-92].

Литература

1. Гайдаренко Н.В., Ярославцева, Н.Д. Психологические последствия жестокого обращения с детьми // Актуальные проблемы современного детства: (Сб. науч. тр.). – М., 1994. – Вып. 3.
2. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления / Под ред. Е.Н. Волковой. – СПб., 2008.
3. Никитина О.А. Жестокое обращение с детьми. – Магнитогорск, 2000.

***Ключникова И.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Кучер И.В.***

ВЛИЯНИЕ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА

Насилие в семье является одной из самых острых и распространенных социальных проблем. Жестокое обращение с детьми встречается во всех культурах. Но в последнее время проблема жестокого обращения к детям стали актуальной, потому, что она затрагивает не просто отдельную семью, отдельного ребенка, но и состояние всего общества.

Жестокое обращение с детьми – общий термин, относящийся к четырем основным видам воздействия: физическому, сексуальному и эмоциональному насилию, а также к отсутствию родительской заботы. Жестокое обращение с детьми может принимать разнообразные формы, в том числе включать действия, которые испытывают на себе большинство детей, например телесное наказание, агрессивное отношение со стороны братьев, сестер и сверстников и реже физическое насилие.

Жестокое обращение с детьми оказывают разрушительное воздействие на формирующуюся личность. А жестокое отношение к детям в семье имеют большое психологическое значение, потому что создают в семье неблагоприятную атмосферу, которая сохраняется в течение длительного времени. Эта атмосфера создается теми людьми, которые должны защищать ребенка, поддерживать и заботиться о нем. Самое страшное состоит в том, что в будущем модель поведения родителей, станет стандартом поведения ребенка [1].

Агрессивность и жестокость в воспитании детей формирует людей малообразованных, не умеющих трудиться, создавать семью, быть хорошими родителями, гражданами своей страны, ведет к воспроизводству насилия и жестокости в обществе. Применение физического наказания в воспитании имеет абсолютно противоположный результат относительно преследуемой цели.

Ребенок может столкнуться с жестоким обращением в любое время и в любой ситуации: в школе, на отдыхе, в общественном месте. Даже семья, которая должна обеспечивать безопасность ребенку для нормального его развития, не является здесь исключением.

Маленьким детям необходима родительская забота; кроме того, они должны иметь возможность усваивать культурные нормы и навыки социального взаимодействия. Для детей постарше необходимы контакты с членами семьи и сверстниками, они должны иметь возможность изучения окружающей социальной среды и приобретения навыков взаимодействия с нею. Среда, необходимая для нормального развития, называется ожидаемая окружающая среда. В процессе воспитания родительский контроль должен постепенно ослабевать, уступая место усиливающемуся самоконтролю и социальному контролю. Редко этот переход имеет плавный характер, но в семье, где преобладает спокойная доверительная атмосфера, родители постепенно ослабляют контроль, сменяя его частичным контролем и усиливающимся самоконтролем ребенка, что, в конце концов, формирует независимость взрослого человека [4].

Итак, в тех случаях, когда ребенок и его личность занимают центральное положение, родители используют приемлемые и нормальные формы воспитания, способствующие его развитию. Компетентные родители по-разному стимулируют развитие ребенка, они предъявляют свои требования к ребенку в зависимости от его потребностей и способностей. Разумеется, родители часто ругают, критикуют ребенка и даже демонстрируют нечувствительность к его потребностям; в действительности, чтобы вырастить дисциплиниро-

ванного ребенка, иногда нужен строгий контроль, требовательность и эмоциональная экспрессивность.

Психологическую сущность жестокости составляют насилие над потребностями, намерениями, чувствами, установками человека, особенно ребенка, унижение его или принуждение к действиям, противоречащим его устремлениям [5].

В основе динамики семьи, как основного фактора жестокого обращения с детьми, необходимо выделить два взаимосвязанных типа воздействия на ребенка: семейные отношения (вербальные отношения) и семейное воспитание (невербальные отношения).

Опору семьи создают взаимно солидарные и поддерживающие друг друга родители. Они же обеспечивают и чувство безопасности для детей.

Для конфликтной семьи типичны «запутанные отношения» – это семья:

- с отцом (отчимом), который находится на периферии семейного поля;
- семья с разьединенными, конфликтно существующими родителями;
- семья с хронической неприязнью между отдельными членами семьи,

родственниками по материнской и отцовской линиям.

В таких семьях часто наблюдаются проблемы с алкоголем. Постоянно, особенно у женщин, встречаются психосоматические, т.е. связанные с психогенными причинами нарушения со стороны здоровья, поэтому могут наблюдаться «хронические, трудно излечимые заболевания».

Наиболее типичные причины жестокости в семье – это, во-первых, традиции патриархального воспитания. Долгие годы ремень да порка считались лучшим воспитательным средством не только в семье, но и в школе.

Во-вторых, культ жестокости, пропагандируемый в обществе. Резкие социально-экономические изменения, происходящие в обществе, быстрая переоценка ценностей приводят к тому, что родители часто, оказываясь в стрессовом состоянии, переживают взрыв ненависти к более слабым и беззащитным – детям. «Разрядка от стрессов» зачастую тоже происходит на детях, особенно часто на дошкольниках и младших школьниках, которые не понимают, почему родители на них сердятся.

В-третьих, низкий уровень общественной и правовой культуры нашего общества. Ребенок в таком обществе выступает, как правило, не субъектом взаимодействия, а объектом воздействия. Именно поэтому некоторые родители добиваются своих воспитательных целей именно жестокостью, а не иными средствами.

Подобные методы воспитания и отношения со стороны взрослых усугубляют проблемы интеллектуального развития, ведут к формированию у ребенка трусливости, лживости, возникновению у него комплексов вины, страха, появлению немотивированной агрессии, неадекватной самооценки. Родительская жестокость по отношению к детям порождает в них представление о своей социальной незащищенности, ненужности, искажает представления ребенка о том, что такое хорошо и что такое плохо. Ребенок начинает

бояться общения со взрослыми, самостоятельно не может найти выход из сложившейся ситуации. Самым крайним, самым отчаянным ответом ребенка на жестокость окружающих его близких людей может стать то, что уже никогда и ничем не исправить – суицид [1].

Родители, допускающие жестокость в отношении своего ребенка, разрушают ожидание любви, доверия и заботы, столь необходимые для социального развития и развития здоровой личности. Результатом часто становятся серьезные нарушения процесса развития. Дети, познавшие человеческое зло и растущие в атмосфере, насыщенной гневом и болью, стремятся изолироваться от общества и могут проявлять в своем поведении повышенную агрессивность. Кроме того, многие подвергшиеся жестокому обращению дети отличаются повышенной рассеянностью на уроках и испытывают больше трудностей в школе по сравнению с детьми, выросшими в нормальной обстановке.

Дети, с которыми обращались жестоко в психологическом смысле, попадают в сеть вредных отношений и выпадают из нормального процесса социализации, с положительным подкреплением и поддержкой со стороны родителей. В результате этим детям трудно удовлетворить свои потребности в защите и покровительстве, нередко им приходится быть чрезмерно уступчивыми, чтобы избежать плохого отношения к себе, и у них могут развиться невротические черты и проблемное поведение. В то же время такие дети постепенно учатся эксплуатировать, унижать или терроризировать других, равно как и ожидать, что любые человеческие отношения приносят боль и страдание. И все это – глубокие, долговременные последствия жестокого обращения с детьми [3].

Подвергаясь жестокому обращению в семье, в основе своей, дети становятся более замкнутыми, скрытными, недоверчивыми, несобранными, плохо обучаемыми, беспринципными, легкомысленными, мало продуктивными в занятиях, боязливými, напряженными, фрустрированными, раздражительными, агрессивными. Им характерна низкая психическая и личностная активность, фиксация на мрачных сторонах жизни, сниженный уровень настроения, самооценки, самоуважения и идеомоторная расторможенность. С низким уровнем самосознания и психической незрелостью связано их импульсивное поведение, делающее подростка неподготовленным к социальным требованиям. Заострение свойственной подростку аффективной возбудимости, расторможенности влечений, неадекватные претензии на взрослость делает его угрожающим в отношении асоциальных проступков [2, с. 88-92].

Литература

1. Алексеева И.А., Новосельский, И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М., 2005.
2. Гайдаренко Н.В., Ярославцева Н.Д. Психологические последствия жестокого обращения с детьми // Актуальные проблемы современного детства: (Сб. науч. тр.). – М., 1994. – Вып. 3.

3. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и его возможные отдаленные последствия. – М., 2005.
4. Никитина О.А. Жестокое обращение с детьми. – Магнитогорск, 2000.
5. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления / Под ред. Е.Н. Волковой. – СПб., 2008.

*Лежнева М.В., г. Ставрополь, ФГАОУ ВПО СКФУ
Научный руководитель: к. психол.н. Черепкова Н.В.*

НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА

Жестокое обращение с детьми является глобальной проблемой с серьезными пожизненными последствиями. Надежных оценок распространенности жестокого обращения с детьми нет. Данные в отношении многих стран, особенно стран с низким и средним уровнем дохода, отсутствуют.

Жестокое обращение с детьми представляет собой сложную и трудную для изучения проблему. Имеющиеся оценки варьируются в широком диапазоне в зависимости от страны и используемого исследовательского метода. Оценки зависят от следующих аспектов: применяемые определения жестокого обращения с детьми; изучаемый тип жестокого обращения с детьми; статистический охват и качество официальных статистических данных; охват и качество обследований, при которых требуются отчеты самих жертв, родителей или воспитателей [1, с. 106; 2, с. 214].

Тем не менее, по данным международных исследований, примерно 20% женщин и 5-10% мужчин сообщают о том, что в детстве подвергались сексуальному насилию, в то время как 25-50% всех детей сообщают о том, что подвергались физическому насилию. Кроме того, многие дети подвергаются эмоциональному жестокому обращению (иногда называемому психологическим жестоким обращением) и оставлены без заботы.

По оценкам, ежегодно происходит 31 000 убийств детей в возрасте до 15 лет. Эта цифра недооценивает истинные масштабы проблемы, так как значительная доля случаев смерти в результате жестокого обращения с детьми неправильно приписывается к падениям, ожогам, утоплениям и другим причинам. В условиях вооруженных конфликтов и в лагерях для беженцев девочки особенно подвержены сексуальному насилию, эксплуатации и жестокому обращению со стороны военных, представителей сил безопасности, других членов их сообществ, гуманитарных работников и других лиц. Жестокое обращение с детьми причиняет страдания детям и семьям и может иметь долговременные последствия. Жестокое обращение приводит к стрессу, который связан с нарушением раннего развития мозга. Экстремальный стресс может нарушать развитие нервной и иммунной систем. Вследствие этого, в зрелом возрасте людям, подвергавшимся жестокому обращению в

детстве, угрожает повышенный риск возникновения проблем в области поведения и физического и психического здоровья, таких как: совершение насилия или становление жертвой насилия; депрессия; курение; ожирение; сексуальное поведение высокого риска; незапланированная беременность; вредное употребление алкоголя и наркотиков [3, с. 51; 4, с. 97].

В результате таких последствий для поведения и психического здоровья жестокое обращение может приводить к развитию сердечных и онкологических заболеваний, самоубийствам и инфекциям, передаваемым половым путем. Помимо последствий для здоровья и общества жестокое обращение с детьми оказывает также воздействие на экономику, включая расходы на госпитализацию, лечение нарушений психического здоровья, охрану детства и расходы в связи с долговременными нарушениями здоровья. Определены факторы риска жестокого обращения с детьми. Эти факторы риска присутствуют не во всех социальных и культурных условиях, но они дают общее представление при попытках понять причины жестокого обращения с детьми. Важно подчеркнуть, что дети являются жертвами и их никогда нельзя обвинять за жестокое обращение. Некоторые индивидуальные особенности ребенка могут усилить вероятность жестокого обращения с ним: нежеланный или не оправдывающий ожиданий родителей ребенок; ребенок, имеющий особые потребности, постоянно плачущий или имеющий патологические физические особенности; ребёнок в возрасте до 4 лет или подросток [1, с. 49].

Некоторые особенности родителей или воспитателей могут повысить риск жестокого обращения с ребенком. Среди них можно перечислить следующие: неосведомленность в отношении развития ребенка или нереальные ожидания; вредное употребление алкоголя или наркотиков, в том числе во время беременности; вовлечённость в преступную деятельность; испытываемые финансовые трудности.

Ряд факторов во взаимоотношениях в семьях или между сексуальными партнёрами, друзьями и ровесниками может повышать риск жестокого обращения с детьми, например: проблемы в области физического или психического здоровья какого-либо члена семьи; разлад в семье или насилие между другими членами семьи; изолированность в сообществе или отсутствие круга поддержки; отсутствие поддержки в воспитании ребёнка со стороны других членов семьи [2, с. 44].

Ряд характерных особенностей отдельных общин и сообществ может также повысить риск жестокого обращения с детьми. Они включают: гендерное и социальное неравенство; отсутствие надлежащего жилья или услуг для поддержки семей; а также соответствующих институтов; высокие уровни безработицы и нищеты; лёгкий доступ к алкоголю и наркотикам; ненадлежащие стратегии и программы по предотвращению жестокого обращения с детьми, детской порнографии, детской проституции и детского труда; социальные и культурные нормы, поддерживающие или прославляющие насилие над другими, одобряющие применение телесных наказаний, требующие жестких ген-

дерных ролей или принижающие статус ребенка во взаимоотношениях между родителями и детьми; социальные, экономические, медико-санитарные и образовательные стратегии, которые приводят к плохим жизненным стандартам или социально-экономическому неравенству или нестабильности.

Для профилактики жестокого обращения с детьми необходим многосекторальный подход. Эффективными являются те программы, которые поддерживают родителей и прививают позитивные родительские навыки. Они включают: посещения родителей и детей на дому медсестрами для поддержки, обучения и предоставления информации; обучение родителей, обычно групповое, для улучшения навыков воспитания детей, расширения знаний о развитии ребенка и стимулирования стратегий позитивного обращения с детьми; и многокомпонентные мероприятия, обычно включающие поддержку и обучение родителей, дошкольное образование и уход за ребёнком.

Программы по предотвращению травм головы в результате жестокого обращения (называемых также синдромом встрянутого ребенка и нанесенным травматическим повреждением мозга) обычно проводятся на уровне больниц, ориентированные на молодых родителей до их выписки.

Программы по предотвращению сексуального насилия над детьми проводятся в школах и обучают детей в следующих областях: право собственности на своё тело; разница между хорошими и плохими прикосновениями; как распознавать угрожающие ситуации; как сказать «нет»; как рассказать о неправильном обращении заслуживающему доверие взрослому человеку [3, с. 35].

Чем раньше в жизни ребенка проводятся такие мероприятия, тем более полезными они являются для ребенка и для общества. Кроме того, ранее распознавание случаев в сочетании с непрерывной заботой о детях, ставших жертвами насилия, может способствовать уменьшению масштабов повторного жестокого обращения и его последствий.

Литература

1. Альтшулер Б.Л., Кушнир Л.П. Правозащитные инициативы по защите детей от насилия // Дети России: насилие и защита. – М., 1997.
2. Антонян Ю.М. Жестокость в нашей жизни. – М., 1995.
3. Антонян Ю.М., Горшкова И.В., Зулкарнеева Р.М. Проблемы внутрисемейной агрессии. – М., 1999.
4. Берковиц Л. Агрессия: причины, следствия контроль. – СПб., 2001.

Панченко В.М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Хилько О.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПОДВЕРГШИМСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ

Воспитание ребенка, забота о его здоровье и благополучии – это трудоемкий процесс, требующий от родителей много сил и терпения. Как пока-

зывает практика, даже в благополучных семьях, в которых родители испытывают искреннюю любовь и привязанность к своим детям, в воспитательном процессе могут использоваться такие формы воздействия на ребенка, как телесные наказания, запугивание, лишение ребенка общения или прогулки. При этом большинство родителей хорошо понимает, что такая тактика воспитания – это нарушение прав их детей, а также причина возможных отклонений в психическом и физическом развитии ребенка. Положение ребенка в семьях с низким уровнем культуры, в семьях, где ребенок становится обузой, а не радостью жизни, значительно хуже. Указанные выше способы воспитания, которые для первой группы семей являются скорее исключением, здесь становятся нормой. Ситуация обостряется, если один или оба родителя страдают алкогольной или наркотической зависимостью, если семья испытывает постоянные финансовые трудности.

Различают четыре основные формы жестокого обращения с детьми: физическое, сексуальное, психическое насилие, пренебрежение основными нуждами ребенка [1].

В наше время проблема защиты детей от сексуального насилия становится все более и более актуальной. Сексуальное насилие – вид домогательства, выражаемый в форме как навязанных сексуальных прикосновений, сексуального унижения, так и принуждения к сексу и совершения сексуальных действий (вплоть до изнасилования и инцеста).

Самая тяжелая по своим последствиям форма сексуального насилия – инцест, или кровосмешение, когда сексуальное насилие по отношению к ребенку совершается близким родственником. Подобные сексуальные злоупотребления являются признаком нарушенного функционирования семьи [7].

Насильник, воздействия на жертву посредством психологической манипуляции и угроз, пытается сохранить содеянное в тайне. Особенности таких механизмов, препятствующих раскрытию, важны при анализе и диагностике случаев насилия над ребенком.

Основными из них являются [6]:

- изоляция;
- угроза, приводящая к отчаянию;
- демонстрация силы;
- обман или подкуп;
- интенсификация обыденных, требований с целью приучить жертву постоянно идти на уступки.

Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни функционирования. Они приводят к стойким личностным изменениям, которые препятствуют реализации личности в будущем.

Помимо непосредственного воздействия, насилие, пережитое в детстве, также может приводить к долгосрочным последствиям, зачастую влияющим на всю дальнейшую жизнь. Оно может способствовать формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев.

Различают ближайшие и отдаленные последствия сексуального насилия. К ближайшим последствиям относятся: физические травмы, повреждения, а также рвота, головные боли, потеря сознания, характерные для синдрома сотрясения, развивающегося у маленьких детей, которых берут за плечи и сильно трясут. Кроме указанных признаков, у детей при этом синдроме появляется кровоизлияние в глазные яблоки [3]. К ближайшим последствиям относятся также острые психические нарушения в ответ на любой вид агрессии, особенно на сексуальную. Эти реакции могут проявляться в виде возбуждения, стремления куда-то бежать, спрятаться, либо в виде глубокой заторможенности, внешнего безразличия. Однако в обоих случаях ребенок охвачен острейшим переживанием страха, тревоги и гнева.

Среди отдаленных последствий жестокого обращения с детьми выделяются нарушения физического и психического развития ребенка, различные соматические заболевания, личностные и эмоциональные нарушения, социальные последствия.

Практически все дети, пострадавшие от жестокого обращения и пренебрежительного отношения, пережили психическую травму, оставляющую отпечаток в виде личностных, эмоциональных и поведенческих особенностей, отрицательно влияющих на их дальнейшую жизнь.

Тяжесть последствий физического и сексуального насилия зависит: от обстоятельств, связанных с особенностями ребенка (возраст, уровень развития и свойства личности) и насильника; от продолжительности, частоты и тяжести насильственных действий; от реакции окружающих [5].

Последствия для ребенка будут серьезнее, если насилие сопровождалось причинением боли и травмы. Такие формы сексуального насилия, как половое сношение (оральное, анальное или вагинальное), для ребенка наиболее травматичны [3]. Последствия насилия будут тяжелее и в том случае, если оно совершено близким для ребенка человеком. Если после обнаружения сексуального насилия члены семьи встанут на сторону ребенка, а не на сторону насильника, последствия для ребенка будут менее тяжелыми, чем когда он не получает защиты и поддержки.

Эмоциональные реакции детей на насилие и жестокость могут быть следующими [4]:

- Чувство ответственности за насилие: реакция ребенка: «Если бы я был хорошим, мои родители не делали бы друг другу и мне больно...»
- Чувство вины за постоянное насилие или жестокость: при частом или непрекращающемся насилии.
- Страх быть покинутым: дети, отделенные от одного из родителей в результате акта насилия, могут испытывать глубокий страх, что второй родитель также может их покинуть или умереть, поэтому часто ребенок отказывается расставаться со вторым родителем.
- Стыд: в особенности для подростков, чувствительность к позору насилия.

· Беспокойство о будущем: неуверенность в повседневной жизни заставляет детей думать, что жизнь будет непредсказуемой и в дальнейшем.

При консультировании детей, подвергшихся насилию, существуют следующие общие рекомендации [8]:

1. Определение проблемы посредством активного слушания. Для установления контакта с ребенком важно, как психолог слушает. Когда становится очевидно, что ребенок готов обсуждать проблему, важно услышать три момента: в чем состоит проблема, которая не разрешена; что чувствует ребенок в отношении этой проблемы; чего ребенок ждет от специалиста.

2. Уточнение ожиданий ребенка. Психологу необходимо объяснить ребенку, каким ожиданиям клиента он может соответствовать.

3. Уточнение шагов, которые уже были сделаны для решения проблемы. Необходимо помнить о том, что больше информации можно получить, задавая вопросы открытого типа, а не закрытого. Рекомендуется вместе с ребенком на бумаге записать перечень тех поступков, которые тот совершал, чтобы решить свою проблему.

4. Поиск новых путей решения проблемы. Следующим шагом может стать сессия, на которой психолог, используя метод мозгового штурма, предлагает ребенку придумать как можно больше новых путей решения проблемы; в данном случае важно не качество, а количество придуманных способов.

5. Заключение договоренности с ребенком о претворении одной из идей решения проблемы в действие. Договориться с ребенком попробовать какие-либо новые шаги бывает трудно, хотя если это удастся, то нередко первые же попытки ребенка предпринять новые действия приносят успех. Важно, чтобы поставленные цели были реалистичны, и особенно важно, чтобы ребенок знал: результаты он обязательно будет обсуждать с психологом. Если что-то не получается, специалист помогает ребенку искать другие пути выхода из ситуации до тех пор, пока ситуация не разрешится.

Ребенку необходимо дать понять, что забота о нем психолога не заканчивается вместе с окончанием консультирования, поэтому специалист обсуждает время и возможность последующих встреч с клиентом, чтобы узнать о его жизни. Можно попросить ребенка позвонить или написать либо договориться о кратком визите – обычно подобное отслеживание результатов консультирования происходит через 1 месяц или позже, но не позднее чем через полгода. Помимо этого, психолог при прощании всегда говорит о том, что, если будут возникать какие-то проблемы, дверь всегда открыта; ребенок и его родители всегда могут обратиться за помощью

Литература

1. Алексеева, И.А., Новосельский, И.Г. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. – М., 2006.

2. Бобылева И.А., Заводилкина О.И., Иванова Н.П. и др. Социальная реабилитация несовершеннолетнего и сохранение его социального окружения

(опыт работы социально – реабилитационного центра «Надежда», г. Энгельс Саратовской области). Методические рекомендации. – М., 2003.

3. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия. Учебник для студентов медицинских ВУЗов, 2-е издание. – М., 2002.

4. Кочюнас. Р. Основы психологического консультирования. – М., 1999.

5. Методические рекомендации для специалистов органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних по вопросу защиты детей от жестокого обращения. – Сосновый Бор, 2006.

6. Организация реабилитационной работы с семьями, где родители (законные представители) жестоко обращаются с детьми. Методические рекомендации. – Тюмень, 2009.

7. Российская энциклопедия социальной работы. Том II / Под ред. Панова, А.М., Холостовой, Е.И. – М., 1997.

8. Социальная работа с детьми – жертвами насилия: методические рекомендации / Под общ.ред. М.Н. Мирсагатовой. – М., 2004. – 2004.

*Сучкова А. В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. И.В. Кучер*

ВЛИЯНИЕ НАСИЛИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

В настоящее время представители различных теоретических направлений сходятся в признании патогенного влияния физического, сексуального и психологического насилия на формирование личности, психики и поведения ребенка и считают, что насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам. По выражению И.А. Алексеевой (1997), “адекватного и социально приемлемого воспитательного воздействия на ребенка” [1].

Многочисленные теории пытались объяснить жестокое обращение с детьми их родителями, определить психологические и психосоциальные факторы риска насилия над детьми. Они всегда связаны со взаимодействием в семье, с агрессией, направленной на ребенка. Как правило, они появляются в стрессовых ситуациях и обстоятельствах. Насилие, как правило, – результат комплекса различных причин, в которых задействованы различные психологические и часто встречающиеся факторы, но степень их влияния при тех или иных формах насилия различна.

Ребенок может способствовать физическому насилию своей агрессивностью, гиперактивностью и импульсивным поведением, являющимися, однако, общим результатом плохого обращения. Гиперактивные дети более импульсивны и менее охотно выполняют правила. Это фрустрирует родителей, склоняет к насилию и фактически может привести к нему. Ребенок

подражает насильственному поведению своих родителей, проявляя тот же самый тип агрессивности и возбудимости, чтобы предотвратить жестокое обращение по отношению к себе, и таким образом создается порочный круг плохого поведения и злоупотребления. Тот факт, что многие дети, подвергшиеся физическому злоупотреблению, оставшиеся без попечения родителей, сами “подстрекают” такое плохое обращение к ним и становятся “козлами отпущения” в воспитательных учреждениях, свидетельствует об их провоцируемости.

Наиболее ранимыми к проявлениям любого вида насилия являются дети. Особенно критическими являются дошкольный и подростковый возрастные периоды, которые большинством исследователей рассматриваются “возрастами риска” в отношении насилия. До недавнего времени проблема насилия над детьми оставалась практически закрытой для обсуждения, что не давало полного представления о её масштабах и серьезности, в то время как дети могут подвергаться насилию не только в семье, но и в школе, и со стороны других социальных институтов.

Как отмечают С. Кадушин и Дж. Мартин, агрессия родителей обычно носит умеренный характер, но иногда может принимать жестокие формы.

Школьные учителя, в основной своей массе, также не возражают против “физического воспитательного” средства, как стимула к лучшей успеваемости.

В результате такого обращения дети могут испытывать достаточно противоречивые чувства: страх, боль, стыд, обиду, ненависть, унижение, чувства вины и др. Так у ребенка, подвергшегося физическому насилию в возрасте 3-6 лет может наблюдаться следующая симптоматика: примирение со случившимся, отсутствие сопротивления, пассивная реакция на боль, болезненное отношение к замечаниям, критике, заискивающее поведение, чрезмерная уступчивость, псевдовзрослое поведение (внешне копирует поведение взрослых), негативизм, агрессивность, лживость, воровство, жестокость по отношению к животным, склонность к поджогам. В младшем школьном возрасте у детей наблюдается стремление скрыть причину повреждений и травм, ощущения одиночества, отсутствие друзей, боязнь идти домой после школы странные пищевые пристрастия (штукатурка, кал, листочки, улитки, жучки и т.д.). В подростковом возрасте характерны побег из дома, суицидальные попытки, делинквентное поведение и т.д. [4].

Физическое насилие негативно отражается на формировании личности на последующих этапах её развития. Впоследствии могут проявиться такие особенности характера и поведения как повышенная агрессивность, тревожность, неумение сопереживать, заниженная самооценка, низкий социальный статус, пристрастия к алкоголю, наркомании.

Во многом взаимоотношения детей и родителей зависят и от социального статуса семьи. В большинстве случаев даже по внешним признакам можно судить, что ребёнок воспитывается в атмосфере безразличия и пренебрежения. Он плохо растёт, не набирает подходящего веса, так как постоянно

голодает, попрошайничает или даже крадет пищу; находится без присмотра, не имеет подходящей одежды, не опрятен; не получает должной медицинской помощи (нет прививок, нуждается в услугах зубного врача, плохая гигиена кожи и т.д.); не ходит в школу или прогуливает её. В связи с тем, что часто ребёнку некуда идти, он наоборот может приходить в школу слишком рано и уходить из нее слишком поздно [5].

У большинства детей, живущих в семьях, где они лишены тепла, внимания, например, в семьях родителей-алкоголиков, имеются признаки задержки физического, нервно-психического, речевого развития. Для них характерны такие поведенческие особенности как проявления импульсивности, взрывчатости, наличие страхов, вредных привычек (сосание пальцев, вырывание волос) и т.д. Подростки зачастую не видят смысла и цели в жизни, что способствует развитию депрессионных состояний. Как психологическое насилие можно рассматривать и ту ситуацию, в которой оказывается ребенок в семье с аддиктивным поведением (семьи алкоголиков, наркоманов). Ребенок, пытаясь взять на себя решение семейных проблем, отрицает свои собственные нужды и потребности. Такие условия не позволяют ребенку чувствовать себя в безопасности, испытывать безусловную любовь, вести себя спонтанно.

Отмечается, что, в зависимости от возраста, биологических и индивидуально-психологических особенностей личности жертвы, характера действий насильника, сексуальное насилие может стать специфической психологической травмой, влияющей и на физическое здоровье. Эта травма способствует социальной дезадаптации, может привести к кратковременным или пролонгированным психогенным состояниям или к обострению ранее имевшейся патологии.

Так дети, подвергающиеся сексуальному насилию, неизбежно переживают и психологическое (запутывание), физическое (избиение), эмоциональное (угрозы убить или покалечить) насилие.

Любое насилие, пережитое человеком в детстве, порождает риск проявления различных её последствий в более зрелом возрасте.

Различают ближайшие и отдаленные последствия насилия. К ближайшим последствиям относятся физические травмы, повреждения, острые психические нарушения в ответ на любой вид агрессии, особенно на сексуальную. Эти реакции могут проявляться в виде возбуждения, стремления куда-то бежать, спрятаться, либо в виде глубокой заторможенности, внешнего безразличия. Однако в обоих случаях ребенок охвачен острейшим переживанием страха, тревоги и гнева. У детей старшего возраста возможно развитие тяжелой депрессии с чувством собственной ущербности, неполноценности. Среди отдаленных последствий жестокого обращения с детьми выделяются нарушения, физического и психического развития ребенка, различные соматические заболевания, личностные и эмоциональные нарушения, социальные последствия. Обнаружено, что в анамнезе лиц с пограничным личностным расстройством значимо чаще, чем в анамнезе страдающих дру-

гими патологиями встречаются факты сексуальной травматизации и жестокого обращения в детстве.

Как отмечает Е.Т. Соколова, "... до сих пор ранее указанные феномены родительского отношения не получали столь "острой" трактовки. Сегодня, особенно в свете накопленного опыта психотерапевтической работы их репрессивная, насильственная природа кажется достаточно очевидной. Всякий раз, когда ребенок жертвует своими насущными потребностями, чувствами, мировоззрением, наконец, в угоду ожиданиям, страхам или воспитательным принципам родителя, будет иметь место психологическое насилие". Как полагает автор, феномены полярно-неадекватного родительства – эмоциональная депривация и симбиоз – равно переживаются ребенком как потеря или насилие [5, с. 48].

Таким образом, в настоящее время у исследователей этой проблемы практически не осталось сомнений в том, что пережитое в детском возрасте насилие специфическим образом связано с формированием определенного круга личностных расстройств.

Независимо от вида и характера насилия у детей могут в последствии развиваться различные заболевания, которые относятся к психосоматическим: ожирение, резкая потеря веса, тики, заикание, энурез и т.д. Дети, подвергшиеся различного рода насилию, сами испытывают гнев, который чаще всего изливают на более слабых: младших по возрасту детей, на животных [3].

Любая ситуация насилия, в которой оказывается ребенок, носит полифакторный характер, и вопрос о том, будет ли происшедшее переживаться как травма в дальнейшем, решается в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, условий, в которых протекает его развитие, характера воздействия, и многих других факторов.

Защита детей и подростков от насилия и жестокости и предупреждение преступлений против них является чрезвычайно социально важной и актуальной задачей, решение которой носит междисциплинарный, комплексный характер. Оказание помощи жертвам насилия направлено на снижение или максимально полное устранение возможных последствий перенесенного насилия и принятия мер по прекращению насильственных действий.

Литература

1. Алексеева Е.В., Байтингер О.Е. и др. Наш проблемный ребенок. – СПб: Союз, 1999.
2. Антонян Ю.М. Жестокость в нашей жизни. – М.: Наука, 1995.
3. Антонян Ю.М., Самовичев Е.Г. Неблагоприятные условия формирования личности в детстве и вопросы предупреждения преступлений. – М.: ВНИИ МВД СССР, 1983.
4. Выготский, Л.С. Педология подростка // Собр. соч. – М., 1984. – Т.4.
5. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М., 1979.

*Танова Е.Н., г. Ессентуки, филиал СГПИ в г. Ессентуки
Научный руководитель: ст. преподаватель Маркина В.В.*

ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

На протяжении уже многих лет проблема жестокого обращения с детьми требует к себе особого внимания. Она существовала во всех странах независимо от их политического, идеологического и экономического устройства. Более того, в культуре многих народов насилие над детьми было неотъемлемой частью некоторых обрядов и ритуалов. Насилие являлось нормой обыденной жизни и воспитания. И только во второй половине XX столетия, в эпоху, провозгласившую ценности свободы, равенства и самовыражения личности, жестокое обращение с детьми стало оцениваться как нарушение суверенности прав.

Важным фактором вынесения данной проблемы на международный уровень, оказалась статья 19, принятая в 1989 году Организацией Объединенных Наций Конвенции о правах ребенка. В ней говорилось о необходимости государственной защиты детей от любых форм жесткого обращения с ними со стороны родителей или других лиц, несущих ответственность за их благополучие. Вследствие этого можно утверждать, что развитие цивилизации сопровождается ростом нетерпимости к жестокому обращению к детям. Тем не менее, оно продолжает существовать.

Различают четыре основные формы жестокого обращения с детьми: физическое, сексуальное, психическое насилие, пренебрежение основными нуждами ребенка. Рассмотрим их более подробно [2].

Под физическим насилием понимается преднамеренное нанесение ребенку физических повреждений или травм, в результате которых у ребенка возникают нарушения физического или психического здоровья и развития, либо наступает летальный исход.

Под психологическим насилием понимается психологическое воздействие на ребенка, враждебное или безразличное отношение к нему, которое вызывает у ребенка нарушение самооценки, утрату веры в себя, затрудняет его развитие и социализацию.

Под пренебрежением основными потребностями ребенка понимается постоянное или периодическое неисполнение родителями или лицами, их заменяющими, своих обязанностей по удовлетворению потребностей ребенка в развитии и заботе, пище и крове, медицинской помощи и безопасности, приводящее к ухудшению состояния здоровья ребенка, нарушению его развития или получению травмы.

Под сексуальным насилием следует понимать вовлечение ребенка взрослым в совершение действий сексуального характера с помощью насилия, угроз или путем злоупотребления доверием (с использованием беспомощного состояния), причиняющее вред его физическому или психическому здоровью.

Дети, воспитывающиеся в семьях, где соседствуют несколько таких факторов, например алкоголизм одного или двух родителей, регулярные скандалы, финансовые трудности, еще больше подвержены опасности, стать жертвами жесткого обращения со стороны родителей или других близких родственников, а также опекунов или приемных родителей.

Выделяют четыре основных уровня риска, связанных с жестоким обращением с детьми [3].

Низкий уровень риска связан с ситуацией, когда опасность трагических последствий для жизни и здоровья ребенка минимальная или отсутствует. Родители или иные близкие родственники признают факт жестокого обращения и вероятную тяжесть его последствий.

Средний уровень риска связан с ситуацией, когда факты плохого обращения с ребенком повторяются, вероятности возникновения серьезных последствий для ребенка не наблюдается. Однако поведение родителей указывает на возможность повторения подобных случаев. Существует вероятность, что без дополнительной поддержки семья не сможет справиться с существующей ситуацией.

Высокий уровень риска связан с ситуацией, когда оставление ребенка без немедленной помощи с высокой степенью вероятности может привести к заболеванию, физическим и психическим нарушениям, к смерти. Данная ситуация предполагает незамедлительное вмешательство, направленное на снижение риска для ребенка, возможно временную изоляцию ребенка. Для работы с семьей разрабатывается план, который должен иметь ограниченные сроки выполнения.

Критический уровень предполагает немедленное изъятие ребенка из семьи ввиду непосредственной угрозы его жизни и здоровью. А в дальнейшем требует глубокой оценки семейной ситуации, с исследованием всех существующих возможностей возврата ребенка в кровную семью с минимизацией рисков для его проживания.

К первой группе потенциальных жертв можно отнести детей, оставшихся без попечения родителей. Такая группа детей является самой уязвимой, поскольку ребенок, лишенный семейного окружения, живет вне естественной среды существования и воспитания, где с большой долей вероятности имеет шанс быть подвергнутым абсолютно любым видам жестокого обращения (физическое и сексуальное насилие, вовлечение в преступную деятельность и т.д.).

К следующей группе потенциальных жертв можно отнести детей, попавших в так называемые замещающие семьи. Существует ряд объективных причин, по которым дети, принятые на воспитание в такую семью, могут быть чаще, чем родные, подвергнуты различным формам жестокого обращения. Так, дети раннего возраста, прошедшие первые годы жизни в детских учреждениях, изначально не имеют опыта сформированной привязанности, что в свою очередь приводит к нарушениям в поведении, и, как следствие, к увеличению объема наказания со стороны приемных родителей. Родители, беру-

щие ребенка из детских домов, достаточно часто еще до знакомства с ним формируют определенный образ «идеального» ребенка, который должен у них появиться, и любые отклонения от данного образа могут приводить к серьезному разладу в отношениях с приемным ребенком, а также к различным насильственным мерам по отношению к нему. Результатом полного несоответствия ребенка ожиданиям приемных родителей может стать повторный отказ, который оказывает сильнейшее действие на психику ребенка и может быть оценен как проявление жестокого обращения в отношении [1].

В следующую группу входят дети инвалиды и дети с ограниченными возможностями. Проблему жестокого обращения с детьми-инвалидами можно охарактеризовать как одну из наиболее наболевших. Дети-инвалиды чаще, чем здоровые дети, подвергаются дискриминации, оскорблениям, неприязненному отношению со стороны сверстников и населения в целом. Существует множество факторов, которые приводят к насилию по отношению к этим детям.

Среди основных можно выделить:

- искаженные представления о возможностях и о качестве жизни детей с особыми потребностями (например, не предоставление им в полной мере социальных, медицинских услуг при необходимости);

- медицинское понимание инвалидности, при котором происходит смещение;

- внимания от основных потребностей и интересов ребенка к приоритетам медицинской реабилитации;

- сформированная система обучения детей-инвалидов в интернатах (необходимость расстаться с семьей);

- социальная изоляция детей с особыми потребностями и ограниченные возможности проинформировать о фактах жестокого обращения;

- недостаточный контроль со стороны социальных служб, которые зачастую не имеют необходимых знаний в области особенностей развития детей с особыми потребностями или имеют искаженные представления об этом;

- отсутствие/недостаточность социальных услуг по месту жительства, поддерживающих семьи, в которых живут и воспитываются дети-инвалиды.

Помимо вышеперечисленных факторов жестокое обращение со стороны родителей может обуславливаться психологическими причинами, прежде всего ощущением педагогической несостоятельности, нарушением привязанности к ребенку.

Родители или воспитатели ребенка-инвалида могут подвергаться стрессу из-за постоянных потребностей, связанных с лечением, трудностей с поисками подходящих детских учреждений, материальных проблем и социальной изоляции, не говоря уже о возможной депрессии и проблемах в браке.

Формирование полноценной системы защиты детства, в том числе защиты детей от жестокости и насилия, является одной из ключевых задач государства. Основную деятельность в этом направлении осуществляют органы опеки и попечительства, внутренних дел, органы и учреждения социальной за-

щиты населения, образования и здравоохранения. Координацию деятельности указанных органов и учреждений чаще всего осуществляют комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав. Определяющим условием эффективной деятельности перечисленных органов и учреждений в данной сфере является организация особых мер по защите детей от жестокости и насилия.

Специалисты соглашаются с тем, что значительное число случаев жестокого обращения с детьми происходит именно в неблагополучных семьях.

В настоящее время органами и учреждениями социального обслуживания населения уделяется внимание оказанию комплексной помощи семьям. Услуги предоставляются как родителям (психологическая поддержка, помощь в трудоустройстве, юридическое консультирование, материальная поддержка), так и детям (оказание реабилитационных услуг, коррекция поведения, организация досуга и отдыха). При этом конечной целью является создание или восстановление в семье среды, благоприятной для воспитания ребенка. Такая работа снижает проявление жестокости и насилия в отношении детей.

Одним из значимых моментов предупреждения жестокого обращения является своевременное выявление рисков по жестокому обращению и доступность необходимых социальных услуг. В этих целях учреждениями социальной защиты населения создаются мобильные службы (бригады), обеспеченные транспортными средствами, оснащенные оборудованием и имеющие в своем составе специалистов разных профилей. Мобильные бригады работают как планово, так и осуществляют срочные выезды. Своевременное оказание помощи семье в обеспечении безопасных условий жизни и воспитания ребенка, позволит во многих случаях предотвратить изъятие ребенка из семьи.

Органы внутренних дел, осуществляют рейды по выявлению неблагополучных семей, проводят ведомственные акции по безопасному поведению детей в общественных местах, ведут работу с подростками группы риска, проводят профилактическую работу в отношении родителей или иных законных представителей несовершеннолетних, не исполняющих обязанностей по воспитанию детей.

Учреждения здравоохранения ведут сбор сведений о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации, о ненадлежащем уходе за детьми, оказывают медицинскую и психологическую помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения.

Таким образом, помощь семье становится обязательным компонентом деятельности организаций и учреждений, работающих с детьми.

Литература

1. Асанова Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми. – М., 2007.
2. Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И. и др. Жестокое обращение с детьми. – М. 2003.
3. Корсаненкова Ю. Б. Социальная поддержка семей с детьми в Российской Федерации. Реальность и перспективы. – М., 2010.

РАЗДЕЛ VII. ПРЕВЕНЦИЯ И ИНТЕРВЕНЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

*Бровкина М. В., Скомарохова В.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. мед.н. Мишина. Н.Ф.*

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ

Жестокое и пренебрежительное обращение с детьми – это типичное проявление насилия по отношению к детям, которое может поставить под угрозу выживаемость ребенка и оказать вредное воздействие на его физическое, психосоциальное, эмоциональное и сексуальное развитие, что приводит к печальным последствиям как с точки зрения общества в целом, так и с точки зрения благополучия будущего поколения, в частности [3]. Коренное изменение отношения к жестокому обращению с детьми произошло во второй половине XX столетия. В эпоху, провозгласившую ценности свободы, равенства, самовыражения личности, жестокое обращение с детьми стало оцениваться как нарушение суверенности прав.

Жестокое обращение с детьми всегда существовало во всех странах независимо от их политического, идеологического и экономического устройства. По данным проработанных источников литературы, в среднем 35% родителей используют телесные наказания. В связи с этим изучение форм жестокого обращения с детьми, факторов риска и способов профилактики жестокого обращения с детьми представляется чрезвычайно актуальным.

Различают четыре основные формы жестокого обращения с детьми: физическое, сексуальное, психическое насилие, пренебрежение основными нуждами ребенка.

- Физическое насилие – это преднамеренное нанесение физических повреждений ребенку.

- Сексуальное насилие – это вовлечение ребенка с его согласия или без такового в сексуальные действия с взрослыми с целью получения последними удовлетворения или выгоды. Согласие ребенка на сексуальный контакт не дает оснований считать его ненасильственным, поскольку ребенок не обладает свободой воли и не может предвидеть все негативные для себя последствия.

- Психическое (эмоциональное) насилие – это периодическое, длительное или постоянное психическое воздействие на ребенка, тормозящее развитие личности и приводящее к формированию патологических черт характера [2].

Острота проблемы привела к принятию мер на самом высоком государственном уровне. Вопрос о защите детей от жестокости и насилия рассмат-

ривался на коллегии Министерства внутренних дел Российской Федерации и в Генеральной прокуратуре Российской Федерации. В марте 2009 г. Президентом Российской Федерации проведено оперативное совещание Совета Безопасности Российской Федерации по вопросам борьбы с преступлениями против детей. Данная проблема неоднократно обсуждалась на заседаниях Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав. Принят Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», разработанный группой депутатов Государственной Думы. Он направлен на защиту детей от разрушительного, травмирующего их психику информационного воздействия, а также от информации, способной развить в ребенке порочные наклонности. Законом вводится запрет на информацию, вызывающую у детей страх, ужас и панику, оправдывающую насилие и противоправное поведение. Закон вступил в силу с 1 сентября 2012 г [1].

Одной из ключевых задач государства является формирование полноценной системы защиты детства, в том числе защиты детей от жестокости и насилия, основную деятельность в этом направлении осуществляют органы опеки и попечительства, внутренних дел, органы и учреждения социальной защиты населения, образования и здравоохранения. Координацию деятельности указанных органов и учреждений чаще всего осуществляют комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Минимизировать негативное воздействие на детей возможно посредством информационно-разъяснительной работы с населением, направленной на неприятие в обществе любых форм насилия в отношении детей, пропаганды позитивных ненасильственных методов воспитания детей, уважения к правам детей.

Определяющим условием эффективной деятельности перечисленных органов и учреждений в данной сфере является организация превентивных мер по защите детей от жестокости и насилия.

С этой целью тенденцией последних лет стала перестройка работы органов и учреждений социальной защиты населения, которые в качестве приоритетов своей деятельности выдвигают предупреждение семейного неблагополучия, профилактику беспризорности и безнадзорности детей, социальную реабилитацию семей с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации.

В настоящее время органами и учреждениями социального обслуживания населения уделяется внимание оказанию комплексной помощи семьям. Услуги предоставляются как родителям (психологическая поддержка, помощь в трудоустройстве, юридическое консультирование, материальная поддержка), так и детям (оказание реабилитационных услуг, коррекция поведения, организация досуга и отдыха). При этом конечной целью определяется создание или восстановление в семье среды, благоприятной для воспитания ребенка. Такая работа снижает проявление жестокости и насилия в отношении детей[1].

Одним из значимых моментов предупреждения жестокого обращения является своевременное выявление рисков по жестокому обращению и доступность необходимых социальных услуг. В этих целях учреждениями социальной защиты населения создаются мобильные службы (бригады), обеспеченные транспортными средствами, оснащенные оборудованием и имеющие в своем составе специалистов разных профилей. Мобильные бригады работают как планово, так и осуществляют срочные выезды.

Другим направлением профилактики жестокого обращения с детьми является вовлечение самих детей в сферу деятельности по предупреждению проявления жестокости и насилия. Такое направление только зарождается. Следует поддерживать и развивать формы, механизмы участия детей, так как это повышает их информированность, ответственность за свое поведение и поступки, способствует профилактике негативных явлений в молодежной среде и формированию гражданской активности.

Чаще всего дети, сталкивающиеся с жестоким обращением редко обращаются за помощью, то поведение и состояние детей должно быть постоянным объектом внимания, а порой и сигналом тревоги для специалистов. Педагогов, воспитателей, психологов должно насторожить, если дети позже начинают ходить, говорить, реже смеются, отстают от сверстников в весе и росте; для них характерны частое и неожиданное смена настроения.

В случае если факт жестокого обращения подтвердился и ребенок идет на контакт, то главная цель в беседе с жертвой насилия – это поддержать ребенка, выслушать его и дать выговориться. При этом взрослый показывает потерпевшему, насколько правильно он поступил, обратившись за помощью. Чрезвычайно важно убедить ребенка в том, что он не виновен в произошедшем. Другими условиями оказания эффективной помощи детям и подросткам, пострадавшим от насилия, являются:

- Безоговорочное и полное признание основных прав детей и подростков на жизнь, личную неприкосновенность, защиту, достойное существование.
- При необходимости анонимность или конфиденциальность полученной информации.
- Формирование чувства безопасности у жертв насилия.

Эффективности предупреждения жестокого обращения с несовершеннолетними, социальной реабилитации и социальной адаптации жертв семейного насилия должны способствовать межведомственный подход к решению этих проблем с помощью всего гражданского общества, взаимодействие ведомств всех ветвей власти с правозащитными и иными общественными организациями. А также учреждение в ряде регионов должности уполномоченного по правам ребенка [2].

Литература

1. <http://sh12.tko-tobolsk.info/2012/04/18/profilaktika-zhestokogo-obrashheniya-s-detmi/> [эл. ресурс].
2. <http://referatwork.ru/refs/source/ref-37427.html> [эл. ресурс].

Григорьева О. С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ст. преподаватель Ляшенко Л.А.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Проблема девиантного поведения подростков – одна из актуальных психолого-педагогических проблем. Динамизм общественных процессов, быстрое возникновение и смена кризисных ситуаций, обострение противоречий и конфликтов – все это детерминирует интерес теоретиков и практиков к вопросам изучения девиантного поведения. Требуется уяснения и понятие «девиантное поведение».

Девиантное поведение, девиантность (лат. *deviatio* – отклонение) – это: 1) поступок, действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе (соц.группе) нормам и ожиданиям; 2) социальное явление, выражающиеся в относительно массовых и устойчивых формах человеческой деятельности, не соответствующих официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам и ожиданиям.

Девиантное поведение, понимаемое как нарушение социальных норм, приобрело в последние годы массовый характер и поставило эту проблему в центр внимания социологов, социальных психологов, педагогов, медиков, работников правоохранительных органов.

Революционные изменения жизненного уклада общества на протяжении последних веков дали большой процент дефективных и трудновоспитуемых детей, по данным статистики в Ставропольском крае более 50%. Эти категории объединялись под общим названием «дефективные»: каждый дефективный – трудновоспитуем, а каждый трудновоспитуемый оттого и труден, что имеет тот или иной дефект. Однако трудновоспитуемость не всегда означает дефективность. «Тот или иной ребенок может оказаться трудным вовсе не в силу какого-либо дефекта, а, наоборот, по причине сложности и богатства своей натуры: сильные и талантливые натуры развиваются зачастую очень бурно, а умеренность и аккуратность, столь милые сердцу многих педагогов, вовсе не всегда говорят о чем-нибудь ценном в духовном отношении» (Сорока-Росинский В. Н.) [1, с.118]. Не случайно Я. Корчак, А. С. Макаренко, В. А. Сухомлинский подчеркивали, что «трудный» подросток – всего лишь неудобный для взрослых. В начале XX века наряду с термином «трудновоспитуемость» стало употребляться выражение «уклонение от нормы». В настоящее время ученые применительно к несовершеннолетним с отклонениями в развитии и поведении, используют термины: «трудные дети» (Лебединская К.С., Райская М.М., Раттер М., Славина Л.С.); «трудный подросток» (Зюбин Л.М., Степанов В. Г., Фельдштейн Д. И. и др.), к категории которых относят детей с отклонениями в нравственном развитии, акцентуациями характера, с нарушениями в аффективно-волевой сфере, отклонениями

ми в поведении; «аномальные дети», имеющие отклонения от того, что является нормальным, но не включающее патологическое состояние (Л. Пожар, 1996); «дезадаптированные дети» (Беличева С. А., 1993); «дети, нуждающиеся в специальной заботе» (Кошч Л., 1974); дети «группы риска» (Невский И. А., 1996); «ребенок с нарушениями в аффективной сфере» (Лебединская К. С., Райская М. М., Грибанова Г. В., 1988; Славина Л. С., 1966). Однако названные термины часто несут одностороннюю информацию: бытовую, клиническую, юридическую. Иванов Е. С., Шипицина Л. М., Сафина Г. В. считают правомерным употребление терминов: отклоняющееся, асоциальное, ненормативное, противоправное, преступное поведение [2, с. 43].

Практическая потребность в изучении причин девиантного поведения школьников и особенности их воспитания и коррекции поведения велика. Рассмотрим основные из них.

Наиболее общей причиной социального характера, как ни странно, является отношение общества к подросткам. Проблемы подросткового возраста и трудных подростков возникли только тогда, когда общество стало рассматривать подростков как особую группу людей и наделять их особыми правами. Среди причин психологического и социального характера традиционно выделяют: дефекты правового и нравственного сознания; содержание потребности личности; особенности характера; особенности эмоционально-волевой сферы.

Как правило, трудности в поведении подростка объясняются сочетанием результатов неправильного развития личности и неблагоприятной ситуации, в которой он оказался, а также недостатками воспитания. В подростковом возрасте среди наиболее часто встречающихся причин девиантности ученые называют незавершенность процесса формирования личности, отрицательное влияние семьи и ближайшего окружения, зависимость подростка от требований, норм и ценностей группы, к которой он принадлежит. Кроме того, отклоняющееся от нормы поведение у подростков зачастую является средством самоутверждения, протестом против действительности или требований взрослых.

Профилактика отклоняющегося поведения предполагает систему общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном, правовом, общественном, экономическом, медико-санитарном, педагогическом, социально-психологическом. Условиями успешной профилактической работы считают ее комплексность, последовательность, дифференцированность, своевременность.

Интервенция отклоняющегося поведения личности является еще одним направлением социально-психологического воздействия. Психологическая интервенция – это психологическое вмешательство в личностное пространство для стимулирования позитивных изменений. Цель интервенции девиантного поведения личности состоит в ослаблении или устранении тех форм ее поведения, которые препятствуют социальной адаптации.

Отличительной особенностью психологической интервенции в целом является желание изменения со стороны самой личности, ее готовность к сотрудничеству с психологом. В случае отклоняющегося поведения несовершеннолетних инициатива и согласие должны исходить от законных представителей интересов ребенка.

Основная трудность работы с отклоняющимся поведением личности состоит в том, что, как правило, на первых этапах социально-психологической помощи человек сопротивляется изменениям, несмотря на выраженные негативные последствия своего поведения. В таких случаях основанием для вмешательства может быть степень вреда, причиняемого девиацией, или уровень социальной дезадаптации личности. Например, причиной обращения за помощью наркозависимого человека часто являются либо серьезные проблемы со здоровьем, либо достижением им ситуации «социального дна». Заболевания, сопровождающиеся употреблением наркотиков, хорошо известны – гепатит, ВИЧ-инфекция, психические расстройства. Социальная деградация, в свою очередь, выражается в криминализации, утрате трудоспособности, изоляции, потере жилья и семьи.

В случае психологической интервенции отклоняющегося поведения используются все известные методы психологического воздействия, часто те же, что и в психопрофилактической работе. Она может осуществляться в форме тренингов, образовательных программ (например, школьного спецкурса), психологического консультирования, кризисной помощи (телефон доверия), а также психотерапии пограничных состояний и нервно-психических расстройств.

Таким образом, ведущие задачи психологического вмешательства при девиантном поведении можно сформулировать следующим образом: формирование мотивации на социальную адаптацию или выздоровление; стимулирование личностных изменений; коррекция конкретных форм отклоняющегося поведения; создание благоприятных социально-психологических условий для личностных изменений или выздоровления.

Литература

- 1.Афанасьев В., Гишинский Я. Девиантное поведение и социальный контроль в условиях кризиса российского общества. – СПб., 2005.
- 2.Воспитание трудного ребёнка: Дети с девиантным поведением / Под ред. М.И. Рожкова. – М., 2001.
- 3.Змановская Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). – М., 2004.
- 4.Психосоциальная коррекция и реабилитация несовершеннолетних с девиантным поведением / Под ред. С.А. Беличевой. – М., 1999.
- 5.Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 1998.
- 6.Фролов С.С. Социология. – М.: Гардарики 2007.
- 7.Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М., 2007.

*Долов Р.В., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: Клеменчук С.П.*

ТАНЦЕВАЛЬНАЯ КАЗАЧЬЯ КУЛЬТУРА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ

Современный подросток живет в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям социализации. Это связано, во-первых, с темпом и ритмом технико-технологических преобразований, предъявляющих к растущим людям новые требования. Во-вторых, с насыщенным характером информации, которая создает массу «шумов», глубинно воздействующих на подростка, у которого еще не выработано четкой жизненной позиции. В-третьих, с экологическими и экономическими кризисами, поразившими наше общество, что вызывает у детей чувства безнадежности и раздражения (при отсутствии чувства личной ответственности) из-за того, что старшие поколения оставляют им такое наследство [1, с. 193].

Напряженная, неустойчивая социальная, экономическая, экологическая, идеологическая обстановка, сложившаяся в настоящее время в нашем обществе, обуславливает рост различных отклонений в личностном развитии и поведении растущих людей. Наиболее остро этот процесс проявляется на рубеже перехода ребенка из детства во взрослое состояние – в подростковом возрасте. Среди подростков особую тревогу вызывают мальчики, которые больше чем девочки подвержены не только прогрессирующей отчужденности, повышенной тревожности, духовной опустошенности, но и их цинизм, жестокость, агрессивность развивается стремительнее.

Одна из причин данных проблем состоит в неравномерном физическом и психическом развитии подросткового возраста. Так как, оценивая свое тело, подросток констатирует свое физическое превосходство, норму или полноценность и делает вывод о своей социальной ценности. Понимание своего тела – это преломление в сознании собственных способностей, а также восприятия и оценок окружающих. Может возникнуть пассивное отношение к физической слабости, либо желание компенсировать свои недостатки в другой сфере, либо попытаться их исправить [3, с. 8].

Акселерированные рослые мальчики-подростки убеждены в своей мужественности и силе. Они могут не бороться за уважение окружающих. В связи с этим они держаться более естественно, но превозносят себя над отстающими в развитии сверстниками. Чтобы изменить неблагоприятное впечатление о себе мальчики-подростки, отстающие в физическом развитии, считают необходимым постоянно проявлять «храбрость» и совершать недуманные, а порой и аморальные поступки. Все это приводит к трудностям общения и эмоциональному напряжению, которые создают определенные условия. Данные негативные тенденции общественного развития особенно болезненно отразились на преобладающей части подростков, обус-

ловив «кризис социализации», девальвацию традиционных нравственных и культурных ценностей, что неизбежно нашло свое отражение в различных формах девиантного поведения [3, с. 14].

Следовательно, на сегодняшний день в нашем обществе имеется серьезный дефицит средств гармоничного воспитания личности, способных обеспечить соматопсихическое здоровье возмужавших мальчиков-подростков.

Однако в учреждениях дополнительного образования создают условия для формирования личности, используя средства традиционной культуры. Традиционная народная культура является средством и орудием развития самобытной человеческой индивидуальности, общечеловеческого и национального воспитания, которое приводит в действие механизм естественной преемственности между поколениями. И если в качестве стратегической цели ставить задачу гармоничное развитие подростка, обретающего свой образ на основе культуросообразности в сочетании с природосообразностью и самостоятельностью, то в нашем регионе целесообразным является обращение к традиционной культуре, в частности, Ставропольского казачества. Традиционная культура Ставропольского казачества влияет на сохранение и развитие этноса, без чего невозможно существование индивидуума, формирует знание, готовит человека к самостоятельной практической жизни: социальной и духовной сферах.

Передаваемые из поколения в поколение традиции казачества указывают на наличие определенной самобытной системы воспитания, на содержание которой оказывали влияние культурные, географические, социальные (социальные структуры), социобиологические (антропологический тип) и хозяйственные факторы. Под влиянием этих факторов и природной среды сложилось некоторое сходство языка, нравов, обычаев, быта и психологических характеристик. В процессе воспитания казаки опирались на представления об общности происхождения, родство судеб, сопричастность к историческим событиям, физическое развитие, на языковое единство. Сплав культур и этнокультурная целостность породили казачью культуру.

В. Шарков в своей работе, связанной с исследованием казачьего мировоззрения, выделил «четыре нравственных завета»: православие, государственность, народность, казачий образ жизни. На основе этих заветов казачеству на протяжении многих веков удавалось воссоздавать полноценную, физически и духовно развитую личность [6, с. 28].

Известно, что процесс приобретения подростком нравственных ценностей происходит через самопознание, самосохранение, саморазвитие личности, через гармонизацию отношений с самим собой, с окружающими людьми, с природой. Этот процесс можно определить как постоянный духовно-нравственный поиск, обращенный и к себе, и к миру. Для того чтобы подросток не сбивался с пути к самому себе и обществу, необходимо формировать у него ценностное отношение и дать ему необходимые знания.

Возрастная специфика определяет особые способы усвоения подростком

ценностно-ориентированного знания. Это не заучивание. Это – ощущение и переживание (волнение). Закрепление знаний в условиях традиционной казачьей культуры возможно в ходе изучения танцевальной культуры. Казачий танец имеет огромное значение как средство физического воспитания и национального самосознания. Получение сведений о танцах, в которых отражены его душа, его история, его обычаи и характер. Благодаря изучению народной хореографии у подростка формируется чувство патриотизма и гордости за свою страну [4, с. 18].

Таким образом, использование средств танцевальной казачьей культуры в работе с подростковым возрастом является средством профилактики девиантного поведения и позволяет перенести истинные ценности в русло социально значимых, что может послужить фундаментом в формировании собственного мировоззрения, основой оптимизации всех сфер жизнедеятельности мальчика-подростка.

Литература

1. Арефьев А.Л. Девиантные явления в среде учащейся молодежи // Народное образование. – 2003. – №7.
2. Выготский Л.С. Анализ эстетической реакции (собрание трудов). – М. 2001.
3. Гилинский Я., Афанасьев В. Социология девиантного (отклоняющегося) поведения. – СПб., 1993.
4. Климов А.А. Основы русского народного танца: Учеб. пособие – М., 2004.
5. Леванова Е.А. Подросток: концепция психопластики личности. – М.–Л., 2002.
6. Традиционная культура и дети /под ред. Н.И. Бондарь. –Краснодар, 1994.

***Карпинская К.И., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Шеховцова Е.А.***

ПРОБЛЕМА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ В СЕМЬЕ

Семья обычно рассматривается как социальный институт, в котором изобилует любовь и теплые отношения. Однако противоположное часто оказывается истиной. Насилие широко распространено в семьях. В различных источниках, понятия «насилие в семье» и «жестокое обращение в семье» считаются равнозначными (С.А. Беличева, О.П. Богачева) [1].

Домашнее, бытовое насилие или насилие в семье включает в себя физические, психические, эмоциональные и сексуальные оскорбления.

Существующие в психологической науке модели причин (факторов) жестокого обращения в семье традиционно подразделяются на:

· Психопатические, центрированные на предрасположенностях к насилию родителей (алкоголь, наркотики, агрессивность, коммуникативная некомпетентность, суицидальные наклонности, депрессивность) и детей (недоношенность, болезненность, физические и психические недостатки).

- Социальные, объясняющие насилие внешние (социальные) факторы и условия (бедность, низкий уровень дохода, безработица, низкий образовательный и культурный уровень).

- Психосоциальные, стремящиеся интегрировать психологические и социальные факторы насилия, в данных моделях факторы насилия подразделяются на структурные, ситуативные и коммуникативные, причем именно последние являются ключевыми и определяющими проявлениями жестокости в семье [2].

Неблагополучие в семье в той или иной степени практически всегда шаг к неблагополучию психического развития ребенка. Одним из самых мощных неблагополучных факторов разрушающих не только семью, но и позитивное равновесие ребенка является пьянство родителей.

В алкогольной семье большой уровень смертности детей. Подобно тому, как надо скрывать пьянство, необходимо и ссоры держать в секретности, потому что произошла по их вине. Ссоры, как на вербальном уровне, так и сопровождаемые физической агрессией оказывают не только психотравмирующее действие на ребенка. Постоянные наблюдения над тем, как родители провоцируют друг друга, спорят, шумят, приводят к тому, что дети усваивают подобный стиль взаимоотношений между людьми вообще. Но не только алкогольные семьи могут пагубно влиять на ребенка [1].

С учетом достаточно большого количества причин, обуславливающих функциональную несостоятельность семьи, существует весьма разнообразные подходы к типологии и классификации таких семей. В качестве системообразующего критерия при составлении типологии функционально несостоятельных семей использую характер десоциализирующего влияния, оказываемого такими семьями на своих детей.

Семьи с прямым десоциализирующим влиянием демонстрируют асоциальное поведение и антиобщественные ориентации, выступая, таким образом, институтом де социализации. К ним можно отнести криминально-аморальные семьи, в которых преобладают криминальные факторы риска, и аморально-асоциальные семьи, которые характеризуются антиобщественными установками и ориентациями. Семья с косвенным десоциализирующим влиянием испытывают затруднения социально-психологического и психолого-педагогического характера, выражающиеся в нарушениях супружеских и детско-родительских отношений, это так называемые конфликтные и педагогически несостоятельные семьи, которые чаще в силу психологических причин утрачивают свое влияние на детей.

Наибольшую опасность, по мнению С.А. Беличевой, по своему негативному воздействию на детей представляют криминально-аморальные семьи. Жизнь детей в таких семьях из-за жестокого обращения, пьяных дебошей, сексуальной распущенности родителей, отсутствия элементарной заботы о содержании детей зачастую находится под угрозой. В таких семьях вероятность жестокого обращения с детьми увеличивается в несколько раз.

При анализе жестокого обращения с детьми в семье возникает ряд трудностей:

1. Насилие в семье отличается высокой степенью латентности. Это объясняется, с одной стороны, нежеланием пострадавших обращаться в правоохранительные органы, а также неспособностью некоторых зависимых членов семьи обратиться в правоохранительные органы.

С другой стороны, латентность насилия объясняется нежеланием и отчасти неспособностью правоохранительных органов обеспечить реальную защиту пострадавших. Нередки случаи сокрытия обращений о фактах насилия в семье самими правоохранительными органами.

2. Нет официальной статистики по насилию в семье. Статистика о потерпевших характеризует весь массив потерпевших от всех видов преступлений, не выделяя при этом количество жертв от насильственных преступлений вообще и от насильственных преступлений, совершаемых в семье.

Если говорить о насилии в семье, то сложности получения объективной информации связаны не только с отчетностью, но и с тем, как жертва воспринимает случившееся. Однако явление насилия в семье не является неизбежным.

Жестокое обращение в семье – явление весьма распространенное в наше время. Несмотря на всю сложность выявления и предотвращения насилия в семье, всё же предпринимаются попытки более глубоко раскрыть эту проблему и установить её причины [3].

Причины проявления насилия многочисленны. Они определяются **сочетанием** различных факторов, ни на один из которых в отдельности нельзя возложить ответственность за данное явление, поэтому принято рассматривать причины и факторы насилия в целом.

Во-первых, насилие может иметь социокультурную природу, быть неотъемлемой частью стереотипических представлений о сущности – семейных взаимоотношений, воспринятой с воспитанием, подкрепляемой внешними впечатлениями и представляющей таким образом единственно возможной их моделью.

Во-вторых, жестокое обращение может быть результатом жизненного личного опыта индивида или индивидов, и тем самым для них тоже создается морально-психологическое основание считать такой тип взаимоотношений универсальным. В раннем возрасте разрушительным опытом, что заставляет индивида вымещать на близких свои детские комплексы.

В-четвертых, социальная и психологическая декомпенсация в результате внешних воздействий, превышающих пределы личностной устойчивости индивидов, вынуждает ряд из них искать заместительной компенсации своей неудовлетворенности дома, самоутверждаясь за счет более слабых, неспособных дать отпор и защитить себя.

Пятая группа причин связана с личностными особенностями индивида, с чрезмерно развитыми их доминирующими чертами и особенностями характера, не компенсированными в свое время достаточно адекватным воспитанием.

В настоящее время не существует единого мнения о первопричине домашнего насилия. Было предложено множество микро- и макротеорий – от наличия психических нарушений до влияния социально-культурных ценностей и социальной организации. Основные авторы развернулись между последователями психологических теорий и теми, кто верит в социальную причинность. Психологи установили особую роль в росте насилия таких психических факторов, как ослабление управления инстинктами, разочарование, агрессивность, алкоголизм и психопатология.

Приверженцы теории социальной причинности концентрируют внимание на культурных нормах, провоцирующих насилие, патриархальной социальной структуре благоприятствующей доминирующей роли мужчин [4].

Представители теоретических положений, которые могли бы объяснить основные причины жестокого обращения в семье, и показали, что не существует единой теории, способной полностью объяснить все случаи насилия.

Принимая во внимание сложность человеческой натуры, социальное взаимодействие и социальную структуру, некоторые исследователи предложили более перспективный подход. Они создали комплексную модель насилия в семье. Их модель учитывает разнообразие семей, индивидуальные характеристики и социальные отклонения их членов, сочетание которых вызывает насилие. Эта модель придает особое значение взаимному влиянию между людьми, их поступкам, предшествующим насилию и следующим за ним.

С жестоким обращением в семье наиболее часто связывают четыре социально-психологических фактора, имеющих отношение, как к супружеским парам, так и к пожилым людям, а именно стресс, общественную изоляцию, алкоголизм и изначальную приверженность к насилию.

Жестокое обращение тесно связано с социальным стрессом в семье. Среди множества проблем, которые могут повысить уровень напряженности и привести к жестокости, следует назвать такие как разногласия в воспитании детей, секс, беременность, денежные затруднения, безработица, необходимость в долговременной медицинской помощи. Постоянное раздражение отчасти можно объяснить хроническим беспокойством о нерешенных проблемах и взаимоисключающими требованиями, которые предъявляет общество, несовпадением между желаниями и возможностями [4].

Предметом широких исследований были и психологические факторы. В психологии существует множество объяснений насилия. Так психоанализ видит в нем перенесение индивидом примитивного влечения к смерти (которое Фрейд называл «инстинктом смерти») с самого себя на внешние объекты. Необихевиоризм считает насилие следствием фрустраций, претерпеваемых личностью в процессе социального научения (Дж.Доллард, Н. Миллер, А. Бандура). Интеракционизм – следствием объективного «конфликта интересов», «несовместимости целей» отдельных личностей и социальных групп (Д. Кэмпбелл, М. Шериф).

Обобщая сказанное о причинах и факторах насилия в семье, можно отметить, что существует большое количество причин, вызывающих или влияющих на проявления насилия. Но какими бы ни были причины насилия, оно всегда влечет за собой отрицательные последствия, с которыми жертва насилия чаще всего не в состоянии справиться самостоятельно.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что семейная жестокость является наиболее распространенной в современном мире. Причины и корни насилия весьма многочисленны и при их анализе встречается ряд трудностей. Семейную жестокость можно назвать латентной, так как данные о ней тщательно скрываются как родителями, так и их жертвами и поэтому они редко доходят до сведения правоохранительных органов и широкой общественности, что так же затрудняет ее исследование. Несмотря на все эти сложности в последнее время многие исследователи обращают свое внимание на эту проблему и выдвигают свои предположения о ее природе и возможных последствиях. А последствия могут быть и будут очень серьезными, ведь жертвами семейной жестокости чаще всего становятся дети, в результате нарушается их психика и ломается внутренний мир.

Литература

1. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – М., 2000.
2. Рутман А. Оказание медико-психологической и правовой помощи детям и подросткам, пострадавшим от насилия: метод. рекомендации. – Ярославль, 1996.
3. Сафронова Т.Я., Цымбал Е. И., Ярославцева Н. Плата за жестокость: проблемы профилактики жестокого обращения с детьми в семье // Народное образование. – 1995. – №5.
4. Черепанова Е. Психологический стресс. – М., 1997.

***Клеменчук С.П., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: д. п.н., профессор Сляднева Л.Н.***

ФОРМИРОВАНИЕ ТЕЛЕСНОЙ ПЛАСТИЧНОСТИ КАК СПОСОБ ПРЕВЕНЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Существенные изменения, происходящие в социально-политической и экономической жизни нашего общества, экологические и социальные катаклизмы, нестабильность жизни, разрушение привычных устоев и нравственных ориентиров, создают реальный гуманистический кризис человечества, неблагоприятные условия для взросления и развития молодежи в нашем обществе вызывают тревогу [3, с. 6]. Проявление жестокости и агрессивности среди подростков, демонстративное и вызывающее поведение, по отношению к взрослым и сверстникам стало нормой современного подростка (В.В. Ковалев, И.С. Кон, В.Г. Степанов). Степанов В.Г. отмечает, что воз-

никновение проявлений девиантного поведения обусловлено не только внешними условиями, но и внутренними психологическими изменениями, связанными с пубертатным периодом [7, с. 8].

Подростковый возраст – это тот период, когда происходит определения собственного отношения к себе и миру, становления Я-концепции, формирование мировоззрения и моральных ценностей. Процесс значительно усложняется неустойчивостью общественной жизни, быстрым и необратимым разрушением старых стереотипов поведения, норм и ценностей. Как отмечает Кон И.С., у подростков на основе совершенно новой, впервые возникающей социальной мотивации развития, происходят коренные изменения в содержании и соотношении основных мотивационно – ценностных тенденций, которые проявляются в упорядочивании, интегрировании всей системы потребностей их формирующимся мировоззрением [4, с. 32].

По мнению Э. Эриксона, на пути реализации мотивационно-ценностных ориентаций возникает множество фрустрирующих факторов, которые осложняют достижение оптимального результата и оказывают воздействие на деятельность подростка. Это воздействует на его жизнедеятельность и социализацию, что приводит к снижению самооценки и подавлению естественной двигательной активности.

Между тем, двигательная активность является одной из основных функций растущего организма до полового созревания, т.е. намного позже, чем заканчивается анатомическое сформирование ЦНС и захватывает в полной мере возраст детей до 16 лет. Это обстоятельство уже указывает на то, что в значительной мере сущность развития моторики в онтогенезе заключается не в биологическом обусловленном созревании морфологических субстратов, а в накоплении на основе этих субстратов и с их помощью индивидуального опыта человека. Самые первоначальные фундаментальные приобретения этого опыта по своему содержанию имеются, действительно. К началу возмужания и в течение всей последующей жизни индивид продолжает пополнять этот психомоторный опыт, развивать физические качества, приобретать новые навыки, умения, при определенных условиях среды воспитания. Поэтому двигательную активность в этом возрасте необходимо мотивировать, иначе в дальнейшем произойдет утрата уже приобретенных навыков или автоматизмов, что приведет к многочисленным двигательнo-координационным проблемам, которые повлияют не только на физическое, но и психическое состояние подростка [6, с. 22].

Известно, что в формировании мотивации двигательной активности детей подростков, играет эмоциональная привлекательность двигательных действий, которые влияют на стабилизацию чувственной сферы и душевное состояние индивида, составляющие любовь и доверие к окружающим близким людям, ощущение порядка, красоты, гармонии, душевного равновесия, эмоционального и телесного комфорта (Б. Спиноза, З. Фрейд, Н.Я. Грот, Г. Мюнстербенг, С.Л. Рубенштейн, В.К. Вилюнас, Р.С. Немов). Пси-

хическое и душевное здоровье подростка коренится в эмоционально-телесных процессах [4, с. 76].

Впервые на эти процессы указал Н.А. Бернштейн, назвав их пластикой. По его мнению, – это «определенное по рисунку и ритму движения человеческого тела, отражающие его духовный и внутренний мир» [2, с. 96].

Телесную пластику мы понимаем как сложную гипотетическую систему. Основными компонентами этой системы являются телесное движение, установка на восприятие телесного движения, опыт предметно-двигательной активности, образ движения, понимание причинности, катарсическое переживание как системообразующий компонент.

Единство телесности и движения, естественность, сложность, многомерность, разномасштабность, темпоральность, бесконечность, непрерывность, симметричность – основные свойства телесной пластичности, которые способствуют развитию не только эмоционально-чувственной сферы, а также оптимальному развитию физических и психических качеств подростка, его соматическому благополучию (В.Н. Никитин, Л.Д. Назаренко, В.Н. Курысь, Л.Н. Сляднева, А.Ш. Хвостов и т.д.) [6, с. 74]. Однако не всякое движение становится пластичным, а лишь то, которое осознанно выстроено в процессе обучения и освоено как необходимое действие. Сознательный уход от автоматизма в движении, ощущение развития движения как единого процесса, точность и оригинальный колорит жеста, умение выстраивать пластичное движение на основе хорошо освоенных навыков – все это слагаемые, которые являются системообразующими компонентами телесной пластичности [1, с. 118].

Таким образом, формирование телесной пластичности может являться способом превенции девиантного поведения у подростков, так как пластичное движение воплощает и формирует взаимодействия между Я подростка и Миром, оно воздействует, с одной стороны на Мир, с другой – на подростка тем самым воссоздавая гармонично развитую личность.

Литература

1. Бродецкий А.Я. Внеречевое общение в жизни и в искусстве: Азбука молчания: Учебное пособие. – М., 2000.
2. Бернштейн Н.А. Физиология движений активность/ Под ред. О.Г. Газаренко. – М., 1990.
3. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения. – М., 2003.
4. Кон И.С. Психология ранней юности: Кн. для учителя. – М., 1989.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983.
6. Сляднева Л.Н. Основы познания двигательной пластики. – Ставрополь, 2002.
7. Степанов В.Г. Психология трудных школьников: Учебное пособие для учителей и родителей. – М.: Академия, 1997.
8. Эрик Г. Эрикссон. Детство и общество. – СПб., 1996.

ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЯ КАК ФОРМА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Одну из наиболее заметных областей в исследовательской и терапевтической практике психологов по праву занимает психология зависимости. Учение о зависимостях, или аддиктология, сформировалось на стыке психологии и медицины; определенный вклад вносят также педагогика и социология. Наряду с поиском и совершенствованием средств борьбы с развивающимися по эпидемической модели традиционными видами зависимостей, такими, как наркотическая (включая токсикоманию), алкогольная или табачная, наблюдается отчетливая тенденция к выработке более широкого представления о зависимости. Фактически ставится вопрос о многообразии способов «ухода» из реальной жизни путем изменения состояния сознания. Проблематика измененных состояний сознания, как известно, пользуется немалой популярностью в психологии.

В публикациях отечественных авторов рассматривается почти исключительно зависимость от химических веществ. Вместе с тем все более отчетливо проявляется тенденция к расширительному пониманию аддикций: наряду с традиционными (так называемыми химическими) все чаще упоминаются поведенческие зависимости [3, 4].

Исследователи следуют реалиям современной жизни: и в бытовой речи, и в научных сочинениях постоянно упоминаются «телемания» (постоянный просмотр телепрограмм), трудоголизм, увлеченное коллекционирование, исключительная забота о собственном здоровье (следование диетам, изнурение себя физическими упражнениями, избыточная вера в целителей и т.п.), страсть к азартным играм, стремление к частой смене половых партнеров, привычка к посещению магазинов и приобретению товаров длительного пользования, беспрестанные разговоры по телефону... Не последнее место в перечне поведенческих видов зависимости занимает зависимость от Интернета. Практически любое человеческое увлечение в своих крайних формах позволяет говорить о развитии психологической (но, как правило, не физической) зависимости.

Чаше всего зависимость от Интернета понимается максимально расширительно – в нее включаются:

- а) обсессивное пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности);
- б) компульсивная навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных;
- в) патологическая привязанность к опосредствованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам;
- г) зависимость от социальных применений Интернета, т.е. от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к

замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными [5].

По данным М. Х. Орзака, специфичными для кибераддикции являются следующие группы симптомов:

Психологические: хорошее самочувствие или эйфория за компьютером, невозможность прервать киберобщение, увеличение количества времени, проводимого за компьютером, пренебрежение семьей и друзьями, ощущения пустоты и раздражения вне компьютера, ложь членам семьи и окружающим о своей деятельности, проблемы с работой или учебой.

Физиологические: сухость в глазах, головные боли, боли в спине, нерегулярное питание, пренебрежение личной гигиеной, расстройство сна, изменение режима сна – бодрствования 2, 5].

Исходя из представленной симптоматики, исследователь предлагает различать кибераддикции первого и второго порядка. При этом основанием типологии выступают два показателя:

- а) преследуемая человеком цель взаимодействия с компьютером;
- б) характер отношения к виртуальному пространству.

Так, аддикты первого порядка чувствуют себя в приподнятом настроении во время компьютерного общения. Они любят играть группами в сети, получают позитивное подкрепление со стороны группы, когда становятся победителями – именно это является для них главным. Другими словами, компьютер для данной категории людей есть средство получения социального вознаграждения.

Аддикты второго порядка, напротив, используют компьютер в качестве компенсаторного средства разрешения глубоких внутриличностных конфликтов. Предвестником возникновения зависимости от виртуальной реальности служит навязчивое стремление субъекта с особой педантичностью проверять электронную почту, предвкушение очередного сеанса в сети Интернет, увеличение доли времени, проводимого в этом пространстве.

В целом, аддиктивное поведение, опосредованное компьютерной зависимостью, становится своеобразным стилем жизни субъекта. Причем, это – добровольный уход от реальной действительности в состояние измененного сознания. Об этом свидетельствует и крепнущая с каждым годом субкультура компьютерных пользователей, для которой характерно и наличие особого языка, непонятного для «непосвященных», и специфичные ритуалы, символика виртуального взаимодействия [1, 3].

В качестве достоинств овладения компьютерной грамотой можно отметить, что виртуальность развивает воображение, актуализирует когнитивную мотивацию, стимулирует поисковую активность, расширяет границы коммуникативного взаимодействия субъектов общения. Кроме того, несмотря на все возрастающую «обыденность» компьютеризации, этот процесс не теряет своей повседневной новизны, т.к. потенциал компьютерного мира не изучен до конца. Вероятно, именно этим и объясняется столь пристальный интерес и притягательность виртуального мира для растущего человека, и

особенно в подростковом и юношеском возрастах – возрастах предельной увлеченности и ощущения всемогущества.

Очевидно, что вопросы предупреждения и профилактики возникновения кибераддикций в детском возрасте носят в настоящее время междисциплинарный характер. Экспериментальное исследование интернет-аддикций у детей младшего школьного и подросткового возраста, проведенное А. В. Лядской, А. С. Рущих (2002) показал, что 7 % опрошенных характеризуются наличием глубокой психологической зависимости от виртуальной реальности, причем 14 % из них – представители женского пола. Кроме того, обнаружилось, что «группу риска» по кибераддикциям составляют преимущественно 16-17-летние юноши с техническим складом ума и мальчики 10-11 лет как с технической, так и гуманитарной ориентацией. На основе полученных данных можно предположить, что возникновение аддикций, связанных с виртуальным пространством, у девочек носит латентный характер, и вероятно, труднее будет поддаваться коррекции. Пристального внимания в психопрофилактических целях, на наш взгляд, заслуживает раннее подростничество, и именно в плане переориентации поисковой активности детей из области виртуальной в сферу непосредственного общения [4].

Исследование также показало, что независимо от пола, возраста и склада ума, преобладающее большинство школьников предпочитает использовать компьютер (приставку) для игр, «путешествий» по Интернету и для текстовой графической деятельности. 14 % школьников используют компьютер для просмотра фильмов, программирования, хакерства и слушания музыки.

Подобные результаты свидетельствуют о необходимости осуществления тщательного психологического изучения и анализа широкого спектра проблем, связанных с явлением «виртуальной зависимости». Кроме того, требует содержательного наполнения и само понятие «кибераддикция». Не менее важной является и задача разработки психометрически адекватных методов, позволяющих определять степень «виртуальной зависимости» субъекта, равно как и своевременный поиск средств, способов и форм коррекции кибераддикций [4].

Подводя краткий итог, отметим, что проблема девиантного поведения, связанного с «виртуальной зависимостью» субъекта, до настоящего времени мало изучена в нашей стране, а значит, ее актуальность и значимость будут несомненны в ближайшем будущем.

Литература

1. Войскунский А.Е. Феномен зависимости от Интернета // Гуманитарные исследования в Интернете. – М., 2000.
2. Войскунский А.Е. Психологические исследования феномена Интернет-аддикции // Тезисы докладов 2-й Российской конференции по экологической психологии. – М., 2000.
3. Войскунский А.Е. Исследования Интернета в психологии // Интернет и российское общество / Под ред. И. Семенова. – М., 2002.

4. Лядская А. В., Рудких А. С., Белобрыкина О. А. Тенденция развития зависимости от виртуальной реальности у современных школьников// Актуальные проблемы специальной психологии в образовании: сб. докл. меж-регион. науч.-практ. конф.: в 2-х ч. – Новосибирск, 2002.

5. Шавамиш В.В. Зависимое поведение школьников. – СПб., 2001.

6. Янг К.С. Диагноз – Интернет-зависимость // Мир Интернет 2000. № 2.

Литвинова И.Н., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ

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

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Отклоняющееся поведение можно считать актуальной проблемой современного общества. Тревожным симптомом является рост числа подростков с девиантным поведением, проявляющимся в асоциальных, конфликтных и агрессивных поступках, отсутствии интереса к учебе, аддиктивных тенденциях.

Девиантное поведение, по мнению В.М. Целуйко, – это система поступков, отклоняющихся от общепринятых, будь то сфера психического здоровья, права, культуры или морали, то есть это поведение, нарушающее какие-либо социальные нормы [5].

Данной проблематикой занимались такие ученые, как Я.И. Гилинский, В.Н. Кудрявцев, Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, Н.И. Озерецкий, Г. Шнайдер, Айхорн К. Роджерс, А. Бандура.

В научной литературе выделяют следующие группы факторов, детерминирующих отклоняющееся поведение личности:

- внешние социальные условия;
- внутренние наследственно-биологические и конституциональные предпосылки;
- внутриличностные причины и механизмы отклоняющегося поведения.

Гораздо более важным фактором, действующим на поведение личности, как считает Авдулова Т.П., следует признать внешние социальные условия. К ним относятся:

- общественные процессы (социально-экономическая ситуация, государственная политика, традиции, мода, средства массовой информации);
- характеристики социальных групп, в которые включена личность (расовая и классовая принадлежность, этнические установки, субкультура, социальный статус, принадлежность к учебно-профессиональной группе, референтная группа);
- микросоциальная среда (уровень и стиль жизни семьи, психологический климат в семье, личности родителей характер взаимоотношений в семье, стиль семейного воспитания, друзья, другие значимые люди) [1].

Коррекция девиантного поведения – социально-педагогический и психологический комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных операций и процедур, направленных на регуляцию мотиваций, ценностных ориентации, установок и поведения личности, а через нее – на систему различных внутренних побуждений, регулирующих и корректирующих личностные качества, характеризующие отношение к социальным действиям и поступкам.

Основными задачами психокоррекционной работы с девиантными подростками является:

- 1) способствовать распознаванию у подростков трудных для него ситуаций;
- 2) научить анализировать проблемы;
- 3) выработать алгоритм поведения подростка в критических для него ситуациях [4].

Коррекция девиантного поведения подростков включает в себя пять основных этапов:

- 1) выявление учащихся, проявляющих девиантное поведение;
- 2) определение причин отклонений в поведении и нравственном развитии, а также индивидуальных психологических особенностей личности:
 - анализ семейного окружения, выявление типа семейного неблагополучия;
 - выявление акцентуаций характера;
 - установление форм отклоняющегося поведения методом наблюдения, экспертного опроса, обобщением независимых характеристик.
- 3) составление плана и проведение психолого-педагогической коррекции по устранению причин нравственной деформации, отклонений в поведении (определение целей педагогического воздействия, задач, средств, этапов, исполнителей);
- 4) изменение характера межличностных отношений девиантов со сверстниками, взрослыми и условий семейного воспитания;
- 5) вовлечение в различные виды социально полезной деятельности и обеспечение успеха в ней [2].

Важным условием успеха в преодолении девиантного поведения, является желание ребенка изменить самого себя. Выбор методов психологической коррекции должен, проводится в тесном контакте с подростком.

Обязательным шагом в психокоррекции девиантного поведения подростка является выявление особенностей его мотивации, поиск любых видов деятельности, связанных с положительными эмоциями.

В работе с подростками «группы риска» эффективно использовать методы групповой психологической коррекции, ролевые игры. Это дает возможность подростками рассмотреть свое поведение, как бы со стороны другого человека, то есть объективно. Кроме этого ролевые игры дают возможность отработать навыки реагирования в сложных ситуациях.

При комплектовании подростковых групп как указывает Беличева С.А., желательно, чтобы количество участников не превышало 5-7 человек, с учетом пожелания ребят. Желательно объединение в одной группе подростков с различной акцентуацией [3].

Во время работы распознавания и высказывания чувств подростка, добавляется такое упражнение, как работа в триадах. Когда один подросток говорит, другой слушает, а третий наблюдает, а потом оценивает их общение по определенным параметрам.

Далее обсуждаются параметры невербальной коммуникации, для того, чтобы обратить внимание школьников на неиспользованные резервы передачи чувств, переживаний, состояний.

Формирование позитивного «Я» включает рефлексия и ранг собственных положительных качеств. Участнику по очереди остальные члены группы высказывают только положительные отзывы о нем, его способностях. Такие упражнения помогают, подросткам научиться находить в себе и в других положительные качества, уметь высказывать их другим и уметь правильно воспринимать похвалы других людей. Все это способствует развитию эмпатии и рефлексии, формированию позитивного образа «Я», и таким образом повышает самооценку и самоуважение ребенка.

Для овладения навыками анализа своего поведения и способов принятия решений, на групповых занятиях, с точки зрения Беличевой С.А., практикуется обсуждение произведений художественной литературы, кинофильмов, герои которых сталкиваются с такими же проблемами, что и участники занятий. В начале обсуждения подросткам предлагается перечислить возможные альтернативные варианты решения проблемы, без учета возможных последствий. После этого им предлагается выбрать одно-два решения с описанием их положительных и отрицательных последствий с учетом чувств героя, его окружения, давления, которое оказывают на него, его личностные особенности [3].

На современном этапе психологическая наука и практика имеет большое количество различных групповых игр и тренингов, которые психолог должен использовать в соответствии с поставленными задачами для подростков с девиантным поведением на основе психолого-педагогических комплексных программ.

Литература

1. Авдулова Т.П. Психология подросткового возраста (1-е изд.). Учеб.пособие. – М., 2012.
2. Бандура А., Уолтерс Р. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений. Пер. с англ. – М., 1999.
3. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. – 2-е изд. – М.: Норма, 2003.
4. Намаканов Б.А. Девиантное поведение подростков – проблема школьного воспитания // Наука и школа. – 2011.
5. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи: книга для педагогов и родителей. – М., 2003.

*Маслова М.А., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.психол.н. Погребная О.С.*

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОДРОСТКАМИ

Эпоха перемен, современная социально-экономическая ситуация резко обострили проблемы, связанные с коррекцией отклоняющегося, аномального поведения. Изменения, происходящие в нашем обществе, практически разрушили ранее существовавшие представления о норме в поведении. При отсутствии внятных социальных перспектив это не может не влиять на физическое и душевное здоровье подростков и юношей. Осмысление накопленного опыта и его систематизация нашли отражение в трудах современных отечественных исследователей Я.И. Гилинского, В.Н. Кудрявцева, Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, Н.И. Озерецкий и зарубежных исследователей Г. Шнайдера, Айхорн К. Роджерс, А. Бандура и других.

Современные знания о девиантном поведении позволяют утверждать, что мы имеем дело с чрезвычайно сложной формой социального поведения личности, детерминированного системой взаимосвязанных факторов. К сожалению, единая теория отклоняющегося поведения личности еще не создана. В то же время обширные сведения по данному вопросу накоплены в различных научных дисциплинах: социологии, медицине, биологии, психологии. Более того, в некоторых отраслях знания выделяются специальные подразделения, изучающие девиацию [1].

Отклоняющееся поведение подростка как категория представляет собой взаимодействие с микросоциальной средой, нарушающее его развитие и социализацию вследствие отсутствия адекватного учета средой особенностей его индивидуальности и проявляющееся его поведенческим противодействием, предлагаемым нравственным и правовым общественным нормативом.

Кудрявцев В.Н. выделяет следующие группы подростков с девиантным поведением [5].

Первую группу представляют подростки, у которых вследствие ряда причин оказываются не развитыми высшие чувства (совесть, чувство долга, ответственность, привязанность к близким) или представления о добре и зле, что искажает их эмоциональную реакцию на поступки.

Ко второй группе можно отнести подростков с гипертрофированными возрастными реакциями, что указывает на преходящий характер их оппозиционного и антисоциального поведения (при прочих благоприятных условиях).

Третью группу составляют те, кто устойчиво воспроизводит девиантное поведение своего непосредственного окружения и для кого такое поведение является привычно нормальным (с отрицательным образом самого себя, отсутствием навыков самоконтроля, слабо развитой совестью, потребительским отношением к людям).

К четвертой группе относят подростков с психическими и невротическими расстройствами (у них наряду с девиантным поведением присутствуют болезненные симптомы или признаки интеллектуального недоразвития).

Наконец, выделяется пятая группа подростков, сознательно выбирающих девиантное поведение (не страдающих психическими расстройствами, обладающих достаточным самоконтролем и понимающих последствия своего выбора).

Показателем социальной зрелости человека служит его готовность быть активным членом общества, выполнять разнообразные внутрисемейные обязанности, различные роли в социуме, в межличностном общении в группе [3]. Вместе с тем наличие неблагоприятных социально-педагогических обстоятельств, негативных макро- и микросоциальных условий ведет к социальной дезадаптации, т. е. неадекватности поведения подростков нормам и требованиям той системы общественных отношений, в которую они включаются по мере своего социального становления и развития. Наряду с социальной дезадаптацией происходит и процесс десоциализации – отчуждения индивида от институтов социализации (семьи, группы, учебного коллектива), которые являются носителями норм морали и права.

Поэтому перед педагогами, психологами, родителями встает проблема своевременного предотвращения отчуждения подростка от социальных институтов, профилактики (предупреждения) негативного влияния макро- и микросреды, способствующего формированию и развитию отклоняющегося поведения.

Чтобы ликвидировать или предупредить болезнь, необходимо устранить ее источники и корни. Чтобы преодолеть или предупредить отклоняющееся поведение, необходимо в первую очередь нейтрализовать негативное влияние социальной среды, ограничить отрицательное воздействие социальных факторов (неблагополучной семьи, асоциальной группы, противоправного межличностного общения).

С.А. Беличева считает, что эффективная ранняя профилактика девиантного поведения несовершеннолетних может быть обеспечена лишь путем применения широких комплексных мер социально-педагогического, организационно-административного и медико-педагогического [4].

1. В воспитательной работе с подростками важным условием эффективной воспитательно-профилактической деятельности является повышение уровня психолого-педагогических знаний воспитателей, родителей, что позволит избавиться от педагогических ошибок, которые особенно часто совершаются из-за незнания либо непонимания возрастных психофизиологических ошибок «трудного», «кризисного» подросткового возраста.

2. Необходимость создания специальных центров социальной реабилитации, повсеместно действующих консультационных пунктов, психологических служб, оказывающих органам профилактики помощь в диагностике, определении характера трудновоспитуемости, состояния нервно-психического здоровья, уровня интеллектуального развития, в определении наиболее оптимальных коррекционно-реабилитационных программ.

3. Ведущая роль в предупреждении правонарушений отводится мерам общего социально-педагогического характера, то есть совершенствованию системы образования и воспитания подрастающего поколения, оздоровлению ближайшего окружения детей и подростков и, прежде всего, условий их семейного воспитания.

В.А.Никитин выделяет следующие основные направления педагогической деятельности по профилактике и преодолению девиантного поведения детей и подростков [4]:

1. Повышение роли семьи в профилактике социально-отклоняющегося поведения у детей.

В рамках данного направления требуется решить проблему подготовки будущих родителей к семейной жизни и воспитанию своих детей; создание благоприятной нравственной обстановки в семье и во внутрисемейных взаимоотношениях; предупреждение ошибок в семейном воспитании; формирование у ребенка твердых нравственных ориентиров, нравственной позиции; формирование у ребенка нравственно-волевых качеств; недопущение насилия над ребенком; предотвратить приобщение подростков к спиртным напиткам, курению, азартным играм.

2. Повышение воспитательной роли образовательных учреждений в предупреждении и преодолении девиантного поведения детей и подростков.

Пути повышения воспитательной роли образовательного учреждения автор видит в создании благоприятной обстановки в условиях образовательного учреждения, профессионализме преподавательского состава, в развитии системы внеучебной воспитательной работы с детьми и подростками, в создании социальной службы, оказывающей помощь учителю и родителям в работе с подростками девиантного поведения – побуждение преподавательского состава к самосовершенствованию, повышению своего педагогического мастерства и педагогической культуры;

3. Развитие целесообразного взаимодействия семьи и школы; семьи, школы и административных органов по месту жительства в предупреждении и преодолении девиантного поведения детей и подростков.

4. Управление наиболее целесообразным влиянием на круг общения, взаимодействия ребенка в процессе его развития, воспитания.

5. Развитие внешней системы консультирования и помощи семье и детям в преодолении девиантного поведения.

6. Повышение роли специальных учреждений по перевоспитанию и исправлению девиантного поведения детей и подростков.

7. Развитие сети центров по преодолению социально-педагогических проблем детей, подростков, юношества; педагогической коррекции, педагогической реабилитации; медико-социально-педагогических по преодолению детского и юношеского алкоголизма, наркомании, а также реабилитации жертв насилия, социальной виктимологии.

8. Использование позитивных возможностей средств массовой информации и ограждение детей и подростков от их негативного влияния.

9. Приобщение детей и подростков к участию в общественных центрах, организациях (спортивных, культурно-досуговых, туристских, театральных и др.).

10. Активизация самовоспитания, самовоспитательной деятельности по исправлению и преодолению негативных качеств и привычек, помощь молодому человеку в работе над собой.

Процесс перевоспитания, должен строиться с учетом индивидуально-психологических свойств подростка, конкретных обстоятельств и неблагоприятных условий воспитания, которые способствовали возникновению разных асоциальных проявлений и отклонений. В ходе психолого-педагогической коррекции необходима опора на положительные качества подростка [5].

Не менее важным в воспитательно-профилактической деятельности является формирование будущих жизненных устремлений подростка, связанных с профессиональной ориентацией, с выбором и освоением будущей профессии.

Таким образом, в профилактике и преодолении девиантного поведения необходима правильная диагностика причин и мотивов поступков, изучение типичных признаков отклонений, умение отделить случайные внешние проявления от существенных изменений в сознании, чувствах и поведении подростков. Точный диагноз позволяет правильно выбрать оптимальную методику оказания социальной помощи детям с девиантным поведением, обеспечивающую торможение отрицательных и усиление положительных тенденций в его поведении.

Литература

1. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. – Томск, 1994.
2. Здравомыслова О.С. Молодежь: поведение, отклоняющееся от нормы // Народное образование. – 2001. – №9.
3. Клейберг Ю.А. Профилактика и коррекция девиантного поведения подростков в условиях общеобразовательной школы: учебное пособие / О. В. Коповая, А. С. Коповой. – Саратов, 2008.
4. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: Учеб. пособие для вузов. – М., 2001.
5. Хомич А.В. Психология девиантного поведения: Учеб. пособие. – Ростов-на-Дону, 2006.

***Миронова О. М., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к. психол.н. Гостунская Я.И.***

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ДЕВИАНТНОЙ ВИКТИМНОСТИ

В настоящее время теоретический и практический интерес к проблеме девиантной виктимности чрезвычайно высок. Это обусловлено как актуальной необходимостью переосмысления понятия «норма» в социальном взаимодействии и приемлемых вариантов отклонения от неё (например, твор-

чество, творческое самовыражение в таких направлениях искусства как перформенс) так и расширением толкования понятия «жертва».

Термин «виктимность» был введен в криминалистическую науку Л. В. Франком и подразумевает «предрасположенность», вернее, способность стать при определенных обстоятельствах жертвой преступления или, другими словами, неспособность избежать опасности там, где она объективно была предотвратима» [1]. Однако данное определение относится к реализованной способности, тогда как очевидно, что человек может обладать потенциальной предрасположенностью стать жертвой в силу ряда как субъективных, так и объективных факторов.

Исследования внутренне противоречивых процессов и результатов социализации личности позволили А. В. Мудрику [3] расширить базисное для виктимологии понятие «жертва» как жертва неблагоприятных условий социализации. Так, с одной стороны, успешная социализация способствует интеграции и адаптации субъекта в обществе, а с другой – выработке определенных механизмов противостояния тем жизненным коллизиям, «которые мешают развитию, самореализации, самоутверждению человека» [5]. В таком контексте виктимность характеризует предрасположенность человека стать жертвой тех или иных обстоятельств (субъективных и объективных факторов).

С точки зрения психологии девиантного поведения виктимность – психологическое свойство личности, возникающее вследствие дефекта интерактивного культурогенеза и характеризующееся предрасположенностью личности стать жертвой фрустрации социогенных и персоногенных воздействий, ведущих к деформации развития личности. В результате дефекта интерактивного культурогенеза и дефицита условий развития личности формируется деформированная личность, возникает ситуация девиантного паттерна, личность компенсирует свою «ущербность» в различных формах девиантного поведения и виктимности. Ввиду своей социальной некомпетентности личность становится жертвой отклоняющегося поведения – наступает девиантная виктимизация [3].

Виктимная личность характеризуется следующими показателями:

- снижением уровня мотивации;
- заниженной самооценкой;
- дефицитом ценностных ориентации;
- высоким конформизмом и т.д. [1].

Виктимная личность как психологический феномен имеет следующие основные индикаторы:

1. Тревожность – состояние, которое хорошо знакомо каждому человеку. По сути дела, любое изменение равновесия системы «человек – внешняя среда», ведущее к нарушению удовлетворения актуальной потребности, тем более к ломке самой системы потребностей или же к предвидению такой ломки, порождает состояние тревоги.

2. Эмоциональная ригидность – второй психологический индикатор интерактивного дефекта развития личности, приводящий к виктимности.

В.В. Бойко (1996) определяет эмоциональную ригидность как неподатливость, жесткость, негибкость, которая выражается в том, что личность слабо и очень избирательно, негибко и в ограниченном диапазоне эмоционально реагирует на различные внешние и внутренние воздействия.

3. Эмоциональная вязкость – третий психологический индикатор интерактивного дефекта развития личности, реакции которого сопровождаются фиксацией аффекта и внимания на каких-либо значимых событиях, объектах [6].

Анализ теоретических исследований по проблеме позволяет заключить, что девиантная виктимность является частным случаем виктимности и важным индивидуально-характерологическим основанием девиантного поведения. Подросток, обладающий специфическими чертами, позволяющими диагностировать его как жертву неблагоприятных условий социализации, может не проявлять девиантных форм поведения (данный факт в большей мере характерен для потенциальных и латентных типов жертв). Так, ребенок с определенными задатками, например, музыкальными, не сможет их полностью реализовать или даже узнать о них, если живет и воспитывается в условиях, не позволяющих это сделать («глухой» поселок, другие семейные приоритеты и т.п.). В то же время виктимность как психологическое свойство личности, приобретаемое в процессе онтогенетического развития может стать причиной и определять механизмы девиантного поведения [4, 6].

Началом формирования девиантной виктимности можно считать младший подростковый возраст. Формирование виктимности возможно еще с процессов внутриутробного развития, тогда как её окончательное становление и закрепление характерного типа относится к подростковому возрасту. В отношении девиантности и девиантного поведения исследователи четко проводят возрастную грань, для того, чтобы не смешивать многочисленные детские «нарушения норм» по их незнанию, неосознанности, неинтериоризированности со зрелыми, зачастую осознанными, устойчивыми формами девиации. Об отклоняющемся поведении можно говорить только начиная с 11-12 лет, окончательное его формирование, как правило, происходит в старшем подростковом возрасте. Следовательно, о сформированной девиантной виктимности правомерно говорить при достижении ребенком 11-12 лет [4, 5].

Девиантная виктимность может быть двух видов: позитивная и негативная. Учитывая тот факт, что к отклоняющемуся поведению относятся и крайне выраженные формы творчества и креативности (например, гениальность) и, как правило, связанные с ними нарушения адаптации (высокий уровень виктимности), выделяют позитивную девиантную виктимность. Иными словами, субъективные (высокие творческие и интеллектуальные способности) и объективные (например, уровень притязаний родителей в отношении собственного ребенка) факторы виктимизации подростка, способствуют формированию позитивного девиантного поведения [3, с. 258-260].

Существует ряд субъективных и объективных факторов, обуславливающих формирование негативной девиантной виктимности. Так, роль семьи как психолого-педагогического фактора социализации в формировании девиантной виктимности подростка определяется рядом условий семейного воспитания: формально-социологических характеристик, внутрисемейных отношений, родительских позиций, стилях семейного воспитания. Неблагополучная семья девиантного (делинквентного) подростка рассматривается в работах Т.В. Аганиязовой, И.А. Горьковой, Т.А. Гурко, И.И. Гуртовой, Г.Г. Зайдуллиной, Е.Н. Тумановой [2, 5].

Анализируя характер негативных внутрисемейных отношений и их влияния на развитие девиантной виктимности, Ю.М. Антонян, Е.Н. Кондрат, приходят к выводу, «...чем менее тесными являются внутрисемейные связи, тем более вероятным становятся связи подростка вне семьи, и, соответственно, снижается ее значение как социализирующего института, возникает риск негативной девиантной виктимности». Социально-психологический портрет родителей также является одним из факторов деструктивной социализации подростков в следствие негативной девиантной виктимности. Е.Н. Кондрат, Е.В. Змановская, отмечают, что низкий культурный и образовательный уровень родителей, алкоголизация, служит тем интегрирующим началом девиантной виктимности, присутствуя во всех сферах жизнедеятельности семьи, и с определенной долей вероятности предопределяет делинквентное поведение подростков [7].

Следовательно, резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить что, одним из первостепенных факторов развития деструктивной социализации личности делинквентного подростка, является девиантная виктимность – устойчивое свойство личности как жертвы неблагоприятных субъективных и объективных факторов социализации, выражающее ее дезадаптивность и проявляющееся в различных формах отклоняющегося поведения.

Литература

1. Андроникова О.О. Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков: автореф. дисс. ... канд. псих.наук. – Новосибирск, 2005.
2. Гостунская Я.И. Девиантная виктимность как антропологическая проблема. // Теоретические и прикладные проблемы педагогической антропологии: материалы III Международной научно-практической конференции (18 – 20 октября 2006 г., СГПИ) / Под ред. Л.Л. Редько, Е.Н. Шиянова. – Ставрополь, 2006.
3. Гостунская Я.И. Причины виктимизации современных подростков// Современное гуманитарное знание о проблемах социального развития: Сборник научных трудов: В 2-х частях / Под ред. Е.Н. Шиянова, О.И. Лепилкиной. – Ч.1. – М., 2002.
4. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения. – М., 2001.
5. Мудрик А.В. Социальная педагогика. – М., 1999.

6. Руденский Е.В. Психология отклоняющегося развития личности. – Новосибирск, 1998.

7. Савельев А.В. Девиантная виктимность как фактор деструктивной социализации личности делинквентного подростка// Материалы. IV Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Научный потенциал студенчества в XXI веке». Том второй. Общественные науки. – Ставрополь, 2010.

*Новичихина Е.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: ассистент Кlemenчук С.П.*

СОВРЕМЕННЫЙ ТАНЕЦ КАК КОРРЕКЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Рост девиантного поведения различных возрастных категорий населения несовершеннолетней молодежи обозначил актуальность проблемы организации профилактической работы с детьми старшего школьного возраста. Как отмечают исследователи К.Н. Вентцель, А.С. Макаренко, С.Т. Шацкий, В.А. Сухомлинский, Т.Е. Конникова, А.В. Петровский, Л.И. Белозёрова, Е.А. Горшкова, О.В. Лушин, С.В. Березин, Р.В. Овчарова, С.А. Расчётина, В.Г. Степанов и др., в последнее время девиантное поведение приобрело массовый характер в молодежной среде. Проблема предупреждения правонарушений несовершеннолетних, которая была всегда актуальной, в настоящее время приобрела особую значимость. При обвальном росте преступности процесс ее омоложения достиг кульминации. Это обусловлено интенсивным ростом в российском социально-культурном пространстве негативных социальных явлений. Ему была присуща ориентация на доминирование внешнего контроля. В настоящий же момент, в период глобальных перемен в России, в нашем обществе внешний контроль значительно ослаблен, а самоконтроль личности оказался недостаточно развитым [6, с. 7].

В период резких переломов в обществе всегда нарушается единство бытия и сознания, возникает несоответствие взаимодействия субъектов и социальных институтов, неадекватность социальной политики и морали. Размытость социальных норм, ослабление социальной регуляции искажает духовные и культурные устои. Происходит разрыв между стремлением к быстрому росту материального благосостояния и отсутствием рычагов саморегуляции, основанных на высокой культуре, духовности, религиозных убеждениях [2, с. 10].

Нарастает рассогласованная реакция на перемены, как на индивидуальном уровне, так и на уровне социальных институтов. Данная ситуация провоцирует рост различных проявлений девиантного поведения.

Негативные тенденции общественного развития особенно болезненно отразились на преобладающей части подростков, обусловив «кризис социализации», девальвацию традиционных культурных ценностей, что неизбежно

но нашло свое отражение в различных формах девиантного поведения. Такие явления, как социальная дифференциация и сопутствующий ей рост асоциальности, стремление к созданию субкультурных форм бытия существенно обострили противоречия в подростковой среде, тем самым обусловив рост криминогенных проявлений. Озлобленность, ощущение социальной бесперспективности на одном полюсе молодежного сознания и культивирование элитарности на другом закладывают основы длительного социального конфликта. В этих условиях государство не может полноценно выполнять функции гаранта семьи и детства, как в материальном, бытовом, финансовом, так и в нравственном плане, возрастает правовая незащищенность несовершеннолетних перед бытовыми и социальными проблемами [4, с. 25].

В связи с этим ответственность за нравственное воспитание легло в основу воспитательной деятельности в общеобразовательных учреждениях и учреждениях дополнительного образования (Г.С. Абрамова, О.С. Богданова, Е.В. Бондаревская, В.И. Новикова, Н.Е. Щуркова). Для эффективного формирования нравственности, как показывает практика, необходимо систематически заниматься одним видом искусства – будь то танцевальное, музыкальное, изобразительное, литература или театр – закладывают моральную основу, на которой в дальнейшем строится «здание» нравственных и эстетических ценностей личности. Особая роль в развитии нравственной личности принадлежит хореографическому искусству. В условиях, когда с помощью средств массовой информации оно вошло в каждый дом и приобрело всепроникающий характер, возросла его значимость в духовной жизни подрастающего поколения, расширился диапазон идейно-эмоционального воздействия на подростка [3, с. 64].

Среди множества средств нравственного воспитания подрастающего поколения хореография занимает особое место. Занятия танцем не только учат понимать и создавать прекрасное, они развивают нравственные качества личности, а также образное мышление и фантазию, дают гармоничное пластическое развитие [5, с. 197].

Однако в сравнении с музыкой, пением, изобразительным искусством, имеющими постоянное место в сетке школьного расписания, танец так и не занял подобающего ему места в числе обязательных предметов образования школьников.

Между тем хореография обладает огромными возможностями для полноценного нравственного совершенствования подростка, для его гармоничного духовного и физического развития. Синкретичность хореографического искусства подразумевает развитие не только музыкальных, двигательных навыков, но и прививает основы нравственной культуры. Современные танцы как вид хореографической деятельности с их стремительными ритмами, необычными и сложными положениями тела хорошо тренируют выносливость, вестибулярный аппарат, систему дыхания и сердце. Кроме того, современные танцы наиболее привлекательны для подростков [1, с. 38].

Таким образом, можно констатировать, что превенцией девиантного поведения у старших школьников необходимо использовать современный танец, который оказывает непосредственное воздействие на формирование целостной личности.

Литература

1. Гваттерини М. Азбука балета. – М., 2001.
2. Кривцова С.В. Подросток на перекрестке эпох. – М., 1997.
3. Кулагина И.Ю. Возрастная психология (Развитие ребенка от рождения до 17 лет) Уч. пособие – М., 1996.
4. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. – М., 1998.
5. Щугарева И.Н. Развитие творческих способностей детей средствами танцевальной культуры // Непрерывное образование: региональный аспект: Материалы конференции. – Ростов н/Д, 2007.
6. Лебединская К.С., Райская М.М., Грибанова Г.В. Подростки в аффекторной сфере. – М., 1998

***Рабичева А.С., г. Ставрополь, ГБОУ ВПО СГПИ
Научный руководитель: к.биол.н. Носенко М.А.***

ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРЕВЕНЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Многие поступки не подпадают под нормы и вместе с тем не являются отклонениями от них просто потому, что они лежат в сфере отношений, не регулируемых конкретными нормами (процесс художественного или научного творчества). Социальные отклонения столь же разнообразны, сколь сами социальные нормы. Более того, разнообразие отклонений превышает разнообразие норм, ибо норма типична, а отклонения могут быть весьма индивидуализированы. Аморальный поступок одного человека может быть совершенно не похож на поступок другого, даже преступления, признаки, которых четко зафиксированы в уголовном кодексе, так же разнообразны, как и сами люди, их совершающие [3].

Между различными формами девиантного поведения существуют взаимосвязи, при этом одно негативное явление усиливает другое. Например, алкоголизм способствует усилению хулиганства. Некоторые **причины девиантного поведения** носят не социальный характер, а биопсихический. Например, склонность к алкоголизму, наркомании, психические расстройства могут передаваться от родителей детям. В исследовании девиантного поведения выделяется несколько направлений, объясняющих причины его возникновения [4]. В рамках направления, базирующегося на теории конфликта, утверждается, что социальные образцы поведения являются отклоняю-

щимися, если они основаны на нормах другой культуры. Например, преступник рассматривается как носитель определенной субкультуры, конфликтной по отношению к господствующему в данном обществе типу культуры. Ряд современных отечественных ученых считает, что источниками девиации являются социальное неравенство в обществе, различия в возможностях удовлетворения потребностей для разных социальных групп.

Наркомания – одна из наиболее опасных форм проявления девиантного поведения в молодежной среде. По статистическим данным, в стране официально зарегистрировано свыше 1 млн. наркоманов. Однако надо иметь в виду, что официальная статистика не дает возможности реально оценивать ситуацию, поскольку медики регистрируют только «добровольно сдавшихся» на лечение, а полиция, наоборот, – только принудительно доставленных. Поэтому Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) рекомендует умножить официальные цифры в 8-10 раз. Снижается возрастной порог потребления наркотиков: если несколько лет назад он составлял 15-16 лет, то сегодня – 11-13 лет [5].

Наркотизация – процесс распространения наркотиков, вовлечение в потребление психоактивных (наркотических, токсикоманических) веществ отдельных индивидов, групп людей. Следствием наркотизации выступает наркомания. По определению Всемирной Организации Здравоохранения – это состояние эпизодического или хронического отравления, вызванного повторяющимся введением в организм наркотика, т.е. вещества растительного или синтетического происхождения, которое может изменить нормальные функции организма, а при многократном употреблении приводит к психической или физиологической зависимости. Признаками наркотической зависимости являются:

- потребность дальнейшего приема, которую нельзя преодолеть волевым усилием;
- потребность со временем увеличивать дозу;
- невозможность испытывать положительные эмоции без наркотика;
- абстинентный синдром («ломка»), т.е. возникновение физиологической зависимости организма от наркотика.

В реальной жизни наркотизация и наркомания взаимосвязаны и в своей совокупности приносят огромный ущерб личности и обществу в целом. Социальные последствия наркотизации тяжелы. Наркоманы выбывают практически из общественной жизни. Рабская зависимость от наркотиков заставляет их совершать аморальные поступки, преступления. Злоупотребление наркотиком ведет к росту смертности, развитию целого «букета» соматических и психических заболеваний. Наркомания крайне отрицательно сказывается на потомстве. Наносится огромный ущерб экономике и морально-нравственным устоям общества. Не случайно наркотизация в настоящее время рассматривается как угроза национальной безопасности, а уровень потребления наркотиков, когда их начинают принимать 5 % населения, может рассматриваться как угрожающий генофонду нации. В докладе ВОЗ «Молодежь и наркотики»

отмечается, что основные этиологические гипотезы наркомании связывают ее возникновение и развитие с 1) особенностями характера наркомана; 2) психическими или физическими расстройствами у данного лица; 3) социально-культурным влиянием или социальными невзгодами [7, с. 34].

Причинами обращения к наркотикам выступает неудовлетворенность жизнью, обусловленная самыми разнообразными обстоятельствами: неустроенностью быта; невозможностью в данных условиях реализовать себя (неудачи в работе, учебе, творчестве или личной жизни); социальной несправедливостью; разочарованием в людях.

Среди причин обращения к наркотикам, характерных именно для молодежи, в докладе ВОЗ приводятся следующие: удовлетворение любопытства к действию наркотика; символика принадлежности к определенной социальной группе; выражение собственной независимости, а иногда и враждебного отношения к окружающим; познание приносящего удовольствие нового, волнующего или таящего опасность опыта; достижение «ясности мышления» или «творческого вдохновения»; достижение чувства полного расслабления; уход от чего-то гнетущего. Анализируя факторы, детерминирующие наркоманию, следует иметь в виду, что:

- ни один из факторов не является основополагающим, решающим;
- даже некоторая совокупность факторов ничего не предопределяет однозначно, поскольку и в этом случае злоупотребление психотропными веществами может быть, а может и не быть: сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание, уровень окружающего микросоциума влияют на многих людей, однако далеко не все из них становятся наркоманами;
- неблагоприятные психофизиологические предпосылки (акцентуации характера, психопатологическое развитие личности, наследственная отягощенность) не являются фатальными, и сами по себе (т. е. без сочетания с социальными факторами) не могут стать основной детерминантой наркологической зависимости, поскольку факты свидетельствуют, что многие подростки, юноши, обладающие указанными предпосылками, в дальнейшем вполне нормально социализируются [1, 3, 5].

Под предупреждением (профилактикой) различных форм девиантного поведения понимается воздействие общества, институтов социального контроля, отдельных граждан на причины девиантного поведения. В современной зарубежной литературе различают 3 уровня превенции (профилактики): 1) «общесоциальная профилактика» – воздействие на среду, экологию, экономические, социальные условия жизни с целью их улучшения; 2) «специальная профилактика» – она рассчитана на обеспечение мер безопасности, воздействие на «группы риска», устранение обстоятельств, способствующих совершению преступлений; 3) «индивидуальная профилактика» в отечественной криминологии [6, с. 258-260; 8, с. 78].

Такие девиации, как алкоголизм, наркомания, бродяжничество, насилие в семье требуют, прежде всего, организации различной социальной помощи:

наркологической, психологической, открытие кризисных центров, домов для бездомных, организация бесплатных обедов, трудоустройство, «телефоны доверия». В то же время в отношении преступного поведения нужны запрети-тельно-репрессивные меры. Проблема социального контроля сегодня является актуальной проблемой во всем мире. Общая стратегия достаточно ясна: необходим перенос акцента с наказания на превенцию, т.е. предотвращение, профилактику. Превенция предполагает воздействие на причины девиантно-го поведения, факторы, ему способствующие [1; 4, с. 84-88].

Таким образом, осознание неизбежности отклонений в поведении части людей не исключает необходимости постоянной борьбы общества с различными формами социальной патологии. Под социальным контролем в широком социологическом смысле понимается вся совокупность средств и методов воздействия общества на нежелательные (отклоняющиеся) формы поведения с целью их элиминирования или минимизации. Основные механизмы социального контроля: 1) собственно контроль, осуществляемый извне в том числе путем наказаний и иных санкций; 2) внутренний контроль, обеспечиваемый интериализацией социальных норм и ценностей; 3) косвенный контроль, вызванный идентификацией с референтной законопослушной группой; 4) «контроль», основанный на широкой доступности разнообразных способов достижения целей и удовлетворения потребностей, альтернативных противоправным или аморальным.

Литература

1. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости (монография). – М., 2001.
2. Бетелева Т.Г. Нейрофизиологические и психофизиологические особенности лиц, употребляющих алкоголь// Предупреждение вредных привычек у школьников. – М., 1990.
3. Братусь В.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М., 2008.
4. Бузина Т.С. Феномен «поиска ощущений» и проблема профилактики СПИДа в наркологии// Вопросы наркологии. – 1994. – № 2.
5. Василенко Т.Д., Никишина В.Б. Психология: Учебное пособие. – М., 2008.
6. Гульдан В.В., Романова О.Л., Данилин А.Г. и др. Наркомания с точки зрения социолога, врача, правоведа и журналиста//Социологические исследования. – 2009. – №2.
7. Кошкина, Е. А. Распространенность психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением наркотических и иных ПАВ в Российской Федерации в 1999-2012 гг. / Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова // Наркотизация населения в современной России: специфика, субъекты, динамика. – М., 2012.
8. Тинькова Е.Л., Носенко М.А. Изучение психофизиологических механизмов предрасположенности к употреблению ПАВ в молодежной среде/ Материалы XIII региональной научно-практической конференции «Педагогическая наука и практика – региону», Ставрополь, 2011.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Семья, в которой есть дети-инвалиды – особый объект внимания. Получив информацию о такой семье, составив план оказания ей помощи, разрабатываются рекомендации родителям, как следует ухаживать за таким ребенком. План реабилитации составляется совместно с детским врачом на каждого ребенка-инвалида. Чаще всего с ребенком работают психолог, невропатолог, психоневролог, логопед, массажист, дефектолог и инструктор по лечебной физкультуре.

Учитывая, что эти дети плохо ориентируются в жизни, составляются программы, которые включили бы ребенка в окружающий мир. Часть из них относится к личности ребенка, его личному поведению и часть – к его поведению в обществе. Работа педагогов и родителей направлена на то, чтобы помочь ребенку приобрести умения и навыки общения в окружающей его среде.

Долг родителей – успокоить ребенка, облегчить его переживания, создать в семье атмосферу оптимизма. Важно построить работу так, чтобы преодолеть одиночество и подавленность ребенка, в этом поможет социальный педагог. Понимание, великодушие, милосердие, терпимость и вера в ребенка – вот главные лекарства. И еще – полнокровная, радостная, яркая, наполненная трудом, общением и заботой о других, жизнь. Только так больной ребенок сможет почувствовать себя полноценным человеком.

Дефекты нарушения в усвоении нравственно-правовых норм, принятых в данном обществе, наблюдаются «по вине» семьи в следующих случаях:

1) Родители словесно и на деле (своими поступками) утверждают аморальные или антисоциальные образцы поведения. В этом случае может произойти прямое усвоение ребенком норм асоциального поведения.

2) Родители придерживаются общепринятых нравственных норм поведения (словесно), но совершают действия, им противоречащие. В этом случае у детей воспитываются лицемерие, ханжество, что порождает аморальные установки.

3) Родители вербально и на деле придерживаются общепринятых норм, но при этом не удовлетворяют эмоциональных потребностей ребенка, что ведет к затруднению нормального процесса социализации.

4) Родители применяют неправильные методы воспитания, основанные на принуждении, насилии, унижении личности ребенка [2].

Семьи, для которых характерны наиболее глубокие дефекты правовой социализации, провоцирующие детей на совершение правонарушений и преступлений, криминологи называют неблагополучными.

Выделяют следующие виды неблагополучных семей: А) Криминогенная семья – семья, члены которой совершают преступления. Б) Аморальная семья – семья, характеризующаяся алкогольной и сексуальной деморализацией. В) Проблемная семья – семья, характеризующаяся постоянной конфликтной атмосферой. Г) Неполная семья – семья, отличающаяся дефектами в структуре. Д) Псевдоблагополучная семья – семья, применяющая неправильные методы воспитания, отличается ярко выраженным деспотическим характером, жесткостью взаимоотношений, применение физического наказания как основного средства воспитания [1].

Необходимо отметить, что именно дефекты социализации в семье, являются одними из главных формирующих психологических факторов формирования личности с криминальным поведением.

Вопросы семейного воспитания и влияния взаимоотношений в семье на ребенка стали разрабатываться в рамках психолого-педагогического подхода (Е.А. Аркин, А.Н. Леонтьев, А.В. Запорожец, Н.И. Лисина, В.К. Копырло и др.). Авторы, занимающиеся этой проблемой, отводят важную роль раннему опыту воспитания ребенка в конкретной культурной среде, семейным традициям и эмоциональному фону отношений родителей к ребенку.

Р.С. Сирс, Е.Е. Маккоби, К. Левин в своем исследовании также выявили два главных фактора, определяющих возможное развитие агрессивности в поведении ребенка: 1) Снисходительность, т.е. готовность родителей прощать поступки, понимать и принимать ребенка. 2) Строгость наказания родителями агрессивных проявлений ребенка.

Итак, формирование агрессивных тенденций у детей происходит несколькими путями: 1) Родители поощряют агрессивность в своих детях непосредственно, либо показывают пример соответствующего поведения по отношению к другим и окружающей среде; 2) Родители наказывают за проявление агрессивности. Из исследований видно, что: родители, которые очень подавляют агрессивность у своих детей, воспитывают в ребенке чрезмерную агрессивность [4].

Родителями, разумно подавляющими агрессивность у своих детей, как правило, удается воспитать умение владеть собой в ситуациях, провоцирующих агрессивное поведение.

В настоящее время, проблема влияния недостатков семейного воспитания на формирование криминального поведения у детей с нарушениями зрения является очень актуальной, так как часто происходит неприятие родителями своих детей, имеющих отклонения в развитии. Родители не знают как себя вести, как развивать, обучать и воспитывать своих детей-инвалидов. Часто неправильное воспитание ребенка в семье приводит к очень тяжелым последствиям, ребенок может замкнуться в себе, плохо усваивать материал, не выполнять пожелания взрослых, мало того у него могут появиться невротические отклонения. Для полноценного психического развития детей нужно понимание и эмоциональная поддержка взрослых, признание в семье и в среде

сверстников. В общении с другими многим детям не хватает непосредственности, уверенности в себе, непринужденности в отношениях, бодрости и настроения – многое из перечисленного воспитывается в семье.

Литература

1. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи: Записки детского психиатра. – М., 2008.
2. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Курс лекций. – СПб., 2011.
3. Гончарова Т. Неблагополучные семьи и работа с ними // Народное образование. – 2009.
4. Мудрик А.В. Социальная педагогика. – М., 2009.
5. Социальная педагогика: Курс лекций/ Под общей ред. М.А. Галагузовой. – М., 2008.

Содержание

РАЗДЕЛ I. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В ОБЛАСТИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ	
<i>Асланукова Л.О.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПОДРОСТКОВ	3
<i>Боченкова М.Ю.</i> ЛЕВОРУКОСТЬ: ПРОБЛЕМА ИЛИ ОСОБЕННОСТЬ? ...	7
<i>Иванова К.А.</i> РОЛЬ БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО В ДИНАМИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНЩИН	11
<i>Конonenko Е.А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ (БОС) В КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	14
<i>Кулинцова А.А.</i> К ВОПРОСУ НАРУШЕНИЯ ПРЕНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА КАК ФАКТОРА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ	16
<i>Малиновская В., Редько А.</i> СЛОВЕСНО-ЖЕСТОВЫЙ БИЛИНГВИЗМ ГЛУХИХ	19
<i>Макарова О.С.</i> АУДИОВИЗУАЛЬНЫЙ МЕТОД В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	22
<i>Марченко А.В.</i> К ВОПРОСУ ОБ ОГРАНИЧЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	26
<i>Пяткова А.С.</i> ЗНАЧЕНИЕ РАБОТ МЕЛАНИ КЛЯЙН ДЛЯ СОВРЕМЕННОГО ПСИХОАНАЛИЗА	29
<i>Расстончина А.Н.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ	33
<i>Уманская А.К.</i> КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПОНИМАНИЮ СУЩНОСТИ МУЖСКОЙ МОДЕЛИ ИДЕНТИЧНОСТИ	36
<i>Чубова Е.Д.</i> ПРОФИЛАКТИКА ГОЛОСОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ РЕЧЕВЫХ ПРОФЕССИЙ	39
<i>Чубова Е.Д.</i> ВКЛАД В ТЕОРИЮ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ Д. ВИННИКОТА	42

РАЗДЕЛ II. АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Алиева Т.Г. ОСОБЕННОСТИ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	47
Анненкова А.В. СТРЕТЧИНГ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭЛАСТИЧНОСТИ МЫШЦ И ПОДВИЖНОСТИ СУСТАВОВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	51
Богданович Н.О., Калюжнин В.Г. РАЗВИТИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ РУК В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	55
Боченкова М.Ю. ВЛИЯНИЕ ГИПОДИНАМИИ НА ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	59
Григорян Л.А. РЕАЛИЗАЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПЕДАГОГИКИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ	62
Дрововозова Я.А. ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВУЗА	66
Калюжнин В.В. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	72
Кононенко Е.А., Кулинцова А.А. ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА ...	76
Манохина Н.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ НА ОСНОВЕ БОС В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ ПО УЛУЧШЕНИЮ ВЕГЕТАТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ	79
Панежина Ю.В. ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПУТЕМ ПРИВЛЕЧЕНИЯ УЧАЩИХСЯ К РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ СПОРТА	82
Новикова О.В., Калюжнин В.Г. АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ РАВНОВЕСИЯ У ШКОЛЬНИКОВ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ	86
Писаренко А.Б., Калюжнин В.Г. РАЗВИТИЕ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СРЕДСТВАМИ АФК ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ 4–5 ЛЕТ	90
Попова М.Р. ВОЗМОЖНОСТИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	93

Солоха Ю.А. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СРЕДИ ИНВАЛИДОВ: РЕАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ	95
Тютюникова В.И. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	98
Ханыгинат Е.В., Калюжнин В.Г. АДАПТАЦИЯ СРЕДСТВАМИ АФК МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ЛЁГКОЙ СТЕПЕНИ	101
Чудинова М.Н. АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	105

РАЗДЕЛ III. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ботковели М.В. КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ	110
Давдагджиева З.М. ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ВУЗАХ	114
Долженко А.Е. ВОЗМОЖНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ОДИНОЧЕСТВА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	118
Захарченко Э.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	122
Колоколова Е.Б., Прилепко Ю.В. СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	125
Корсунова И.Ю., Трущелева А.В. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИСТЕМЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	128
Коршикова Ю.С. АНАЛИЗ ОПЫТА ИНКЛЮЗИВНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	131
Кузнецов Ю.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИК ТЕХНОЛОГИЙ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ	134
Куликова М.Ю. ДОСТУПНОСТЬ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	137

Литвинова В.А., Приленко Ю.В. ТЮТОРСТВО В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ	139
Морозова Ю.Н. К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОЙ ПРАКТИКИ	142
Соловьева О.В., Трущелева А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРИРОВАННОМУ ОБРАЗОВАНИЮ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ РАЗВИТИЯ	145
Шаталова А.А. ВОЗМОЖНОСТИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	148
Шыхыева П.А. ИНСТИТУТ СЕМЬИ В СТРУКТУРЕ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕБЁНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	152

РАЗДЕЛ IV. ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Абраш П.Р. ИГРА КАК МЕТОД РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОНР	155
Бойченко К.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ	159
Волкова А.Г. БИЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОБУЧЕНИИ ГЛУХИХ	162
Гонкало Г.М. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛОГОРИТМИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ	165
Дементьева Е.А. ИНТЕГРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	168
Донцова А.В. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ	171
Дровадь Е.Д. ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	174
Егорова Т.С. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЛУБОКИМИ ЗРИТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	176
Зайцева А.А. ВОСПИТАНИЕ В СЕМЬЕ СЛЕПОГО РЕБЕНКА	179
Зеленева Л.В. РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ И ЗРЕНИЯ	183

Золотарева Ж.Э. РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОГРАММ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	186
Каратаева Н.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЫ В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРОИЗНОШЕНИЯ СЛОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ФОРМОЙ ДИЗАРТРИИ	190
Ковригина О.С. ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ И ЗРЕНИЯ	192
Криволапова А.А. РИСОВАНИЕ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У МЛАДШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	196
Магутина А.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ЖЕСТОВОЙ РЕЧИ ПРИ ОБУЧЕНИИ НЕСЛЫШАЮЩИХ ДОШКОЛЬНИКОВ СЮЖЕТНО-РОЛЕВОЙ ИГРЕ	199
Милёхина И.С. О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ СТАНОВЛЕНИЯ СЛОВАРЯ У ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	203
Насибова Л.В. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	206
Никиткина А.Ю. СПЕЦИФИКА ДИСГРАФИЧЕСКИХ ОШИБОК УЧАЩИХСЯ 2-Х КЛАССОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ РАЗНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ	209
Оленникова М.В. ОСОБЕННОСТИ ОВЛАДЕНИЯ НАВЫКОМ ЧТЕНИЯ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТА	213
Петрик Н.С. ЗНАЧЕНИЕ ДИДАКТИЧЕСКОЙ ИГРЫ В РАЗВИТИИ И КОРРЕКЦИИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ III УРОВНЯ	216
Петьюк В.П. К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕКСИКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ	218
Рец Л.В. ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ	220
Руденко И.В. ДИДАКТИЧЕСКИЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ЛЕКСИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ	223
Сальникова О.Д. НЕТРАДИЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	226

Сафронова А.А. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РИТМИКА КАК МЕТОД АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ	230
Семернина Е.А. РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	234
Силукова А.В. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	237
Токарева А.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЖЕСТОВ В ШКОЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	240
Ульянова В.В. ПРЕОДОЛЕНИЕ ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИХ ОШИБОК У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ СРЕДСТВАМИ ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР	244
Шевченко Е.В. ОРГАНИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА ПРИ ПОМОЩИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ПРОГРАММ	248
Щербакowa Ю.В. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ КАК ИННОВАЦИОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ	251

РАЗДЕЛ V. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Алексеева З.А. ТЕАТРАЛИЗОВАННАЯ ИГРА КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ЭМОЦИЙ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ	256
Гончарова А.Н. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	259
Гонкало Г.М. ПОДГОТОВКА К ОБУЧЕНИЮ ГРАМОТЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ В СИСТЕМЕ ПРЕДШКОЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ	262
Денищикова Е.Б. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЖИЗНЕННЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У УЧАЩИХСЯ 1 КЛАССА С ГЛУБОКИМ НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА ...	266
Домницкая Е.А. ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ	269
Зейналова З.М. ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ	272

Карташова В.Н. РАЗВИТИЕ КРЕАТИВНОСТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АКТИВНОЙ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ У УЧАЩИХСЯ-ИНВАЛИДОВ	276
Костин Д.В. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НЕДОСТАТКАМИ РЕЧИ	280
Литвинова И.Н. МНЕМОТЕХНИКА КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА	284
Мельникова Е.Н. КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ИМЕЮЩИМ ДЦП (НА ПРИМЕРЕ МБДОУ №76 Г. СТАВРОПОЛЯ)	286
Миленко О.Н. КОММУНИКАТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ	290
Мустафаева А.Г. ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РЕЧЕВЫМ НЕДОРАЗВИТИЕМ	294
Олабенко М.Н. РАЗВИТИЕ ПСИХОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	297
Панасенко Л.В. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДМЕТНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ НА ЗАНЯТИЯХ ПО СОЦИАЛЬНО- БЫТОВОЙ ОРИЕНТИРОВКЕ	300
Перкун О.А. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА В СОЦИУМЕ	303
Пятков А.С. ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	307
Свиридова А.В. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ	310
Фурманова О.В. ВЛИЯНИЕ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ “ОСОБОГО” РЕБЕНКА	314
Шумейко М.В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	317
Ярмоц В.А. К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ	321

РАЗДЕЛ VI. ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ: ФАКТОРЫ РИСКА И МЕХАНИЗМЫ ПРОФИЛАКТИКИ

<i>Алексеева М.Н.</i> АЛКОГОЛЬНАЯ (НЕБЛАГОПОЛУЧНАЯ) СЕМЬЯ КАК ФАКТОР ДЕСТРУКЦИИ В ЛИЧНОСТНОМ РАЗВИТИИ РЕБЁНКА ...	326
<i>Ангархаева В.В.</i> ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ПО ТЕЛЕФОНУ ДОВЕРИЯ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ)	330
<i>Брусник А.В.</i> ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ: ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА	334
<i>Бутунина А.Д.</i> ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ: ПОСЛЕДСТВИЯ И ПРОФИЛАКТИКА	338
<i>Голуб В.Ю.</i> ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ В ДЕТСКИХ ДОМАХ .	342
<i>Даудгаджиева З.М.</i> ИДЕИ ГУМАНИЗМА И ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ ОТ НАСИЛИЯ В ТРУДАХ МЫСЛИТЕЛЕЙ АНТИЧНОСТИ И СРЕДНЕВЕКОВЬЯ: ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ	345
<i>Добрынина А.В.</i> ПРОФИЛАКТИКА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ: СУБЪЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ	351
<i>Исюмова О.А., Горлачева А.А.</i> ПРАВО НА ДЕТСТВО	354
<i>Кищенко Е.С.</i> ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ В СЕМЬЕ	358
<i>Ключникова И.В.</i> ВЛИЯНИЕ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА	361
<i>Лежнева М.В.</i> НАСИЛИЕ НАД ДЕТЬМИ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА	365
<i>Панченко В.М.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПОДВЕРГШИМСЯ СЕКСУАЛЬНОМУ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ	367
<i>Сучкова А.В.</i> ВЛИЯНИЕ НАСИЛИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	371
<i>Танова Е.Н.</i> ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	375

РАЗДЕЛ VII. ПРЕВЕНЦИЯ И ИНТЕРВЕНЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

<i>Бровкина М.В., Скомарохова В.А.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ	379

Григорьева О.С. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	382
Долов Р.В. ТАНЦЕВАЛЬНАЯ КАЗАЧЬЯ КУЛЬТУРА КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТИВ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ	385
Карпинская К.И. ПРОБЛЕМА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ В СЕМЬЕ	387
Клеменчук С.П. ФОРМИРОВАНИЕ ТЕЛЕСНОЙ ПЛАСТИЧНОСТИ КАК СПОСОБ ПРЕВЕНЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	391
Колесникова В.В. ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЯ КАК ФОРМА ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	394
Литвинова И.Н. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ	397
Маслова М.А. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ С ПОДРОСТКАМИ	400
Миронова О.М. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ДЕВИАНТНОЙ ВИКТИМНОСТИ	403
Новичихина Е.С. СОВРЕМЕННЫЙ ТАНЕЦ КАК КОРРЕКЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	407
Рабичева А.С. ОСОБЕННОСТИ НАРКОМАНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРЕВЕНЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ	409
Чугункин С.А. ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	413

Редактор Т.Б. Кузнецова,
Компьютерная верстка П.Г. Немашкалов

Формат 60х84 $\frac{1}{16}$	Усл.печ.л. 24,65	Подписано в печать 12.11.12
Бумага офсетная	Тираж 100 экз.	Уч.-изд.л. 22,01
		Заказ 62

Отпечатано в ООО «Бюро новостей».