

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Материалы I Всероссийской
научно-практической
конференции
(17–18 октября 2011г.)



Москва, 2011

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



**Коррекция и профилактика
нарушений поведения у детей
с ограниченными возможностями
здоровья**

Материалы I Всероссийской
научно-практической конференции
(17–18 октября 2011г.)



Москва
2011

Содержание

1. *Абдукамалова Л. А.* Опыт работы коррекции проблемного поведения у детей с множественными нарушениями психо-неврологического и сенсорного характера8
2. *Александрова Р. В., Есенина С. А.* Некоторые особенности семей девочек с риском нарушений пищевого поведения.....10
3. *Алферова Н. Л.* Сенсорная комната и девиантное поведение.....12
4. *Андреева О. В.* Спортивно-туристическая деятельность как средство социализации и реабилитации молодежи с ограниченными возможностями здоровья.....14
5. *Балыкина-Милушкина Т. В.* Коррекция психоэмоционального состояния и профилактика неадекватного поведения детей с использованием аппаратно-программного комплекса «ИПЭР».....17
6. *Басилова Т. А.* Проблемы нарушения поведения у детей с сенсорными недостатками.....19
7. *Белопольская Н. Л.* Проблемы психологической диагностики и коррекции нарушений поведения у детей.....22
8. *Wlasyński Jacek J.* Education of disabled people in Poland- changes in statistics and the approach to “the Other”26
9. *Бобкова Т. С.* Нарушения полоролевой идентификации, как фактор девиантного поведения воспитанников детского дома.....31
10. *Бочарова Е. Е.* Особенности возрастной идентификации у подростков с нормативным и нарушенным интеллектом в ситуации жизненного кризиса34
11. *Бурлакова Н. С., Самойлова Т. Г.* Особенности самосознания мальчиков дошкольного возраста с опытом длительного внутрисемейного насилия..37
12. *Варпаховская О. Г., Василевич И. А.* Зеленый дом Ф. Дольто – ранняя комплексная профилактика нарушений поведения у детей и подростков...41
13. *Васильченко Н. П.* Изучение зоны ближайшего развития у детей, как перспективное направление в работе по психолого-педагогической коррекции нарушений развития.....44
14. *Визель Т. Г., Яковлева Т.С, Кошелева Н.В., Аптекарь Г.И., Семечев Н.С.* Роль предметно-практической деятельности в коррекции поведения детей с органическими заболеваниями центральной нервной системы.....47
15. *Воробьева Г. Е.* Пути совершенствования воспитательно-коррекционной работы с несовершеннолетними детьми спецшкол.....51
16. *Глушкова О. В.* Опыт исследования типологических психолого-педагогических и медико-социальных особенностей воспитанников специальных школ для детей с девиантным поведением.....53
17. *Горбушина И. А.* Ребенок с нарушениями в развитии в семье и среди нас: что делать? как помочь?.....57
18. *Добиш Н. А., Овчинникова Ю. Н.* Формирование мотивации к самостоятельному передвижению и приобретению навыков самообслуживания у детей с ДЦП.....59
19. *Донская М. В. , Куликова Н. В.* Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков с нарушениями слуха...62

20. Дробинская А. О. Дифференцированный подход к коррекции агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра.....	65
21. Евсикова Н. И., Курбанов Р. А. Комплексная психолого-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья и нарушением поведения в условиях инклюзивного образования.....	66
22. Жерихина С. В. Психолого-педагогическое сопровождение процесса адаптации учащихся с задержкой психического развития при переходе из начальной школы к среднему звену обучения.....	69
23. Заорска М. Специальная помощь слепоглухим с генетическими синдромами, вызывающими нарушения слуха и зрения в Польше.....	72
24. Заречнова С. В. Установление контакта с детьми, имеющими множественные нарушения и проблемное поведение.....	76
25. Игумнов С.А., Гелда А.П. Комплексный план профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009-2012 г.г.....	79
26. Казанцева Н. В., Воробьева Е. В. Вмешательства, направленные на развитие родительской компетентности при коррекции аутистического поведения у детей.....	81
27. Каркашадзе Г. А., Маслова О. И. Актуальные проблемы комплексного лечения детей с СДВГ.....	85
28. Корнилов А. А. Роль семьи в психотерапии детей и подростков.....	87
29. Костин И. А. О повышении социальной компетентности людей, страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС).....	90
30. Крыжановская Л. М. Современные технологии коррекции девиантного поведения подростков.....	93
31. Кузнеченкова С. О. Нейройога. Здоровьесберегающие технологии в воспитании и развитии детей.....	94
32. Кузьмичёва О. В., Ревенко М. Н. Использование элементов музыкотерапии как направления нейрореабилитации детей с нарушениями речи.....	96
33. Куракина Е. А. Проблема нарушений поведения у незрячих и слабовидящих школьников.....	99
34. Летуновская С. В. О необходимости проведения специальной работы с умственно отсталыми детьми по формированию у них здоровьесберегающего поведения.....	102
35. Лыкова Н. С. Особенности морально-нравственной регуляции поведения детей с умственной отсталостью.....	104
36. Маллер А. Р. Направление коррекционной работы с тяжело умственно отсталыми детьми.....	107
37. Малыгин В. Л., Искандирова А.И., Феклисов К.А., Меркурьева Ю.А. Интернет-зависимое поведение у подростков. Факторы риска формирования, клинические проявления, профилактика.....	108
38. Манузина Е.Б. Педагогическая поддержка как метод коррекции нарушений поведения детей и подростков.....	111
39. Мильке Е. А., Свистунова Е. В. Особенности восприятия своего тела подростками с ожирением.....	114

40. Москоленко Н. В. Коррекционно-развивающая работа специалиста-дефектолога в образовательном учреждении открытого типа (из практического опыта).....117
41. Николаева Н.О, Кукина А.А. Неудовлетворенность своим телом как фактор риска нарушений пищевого поведения.....120
42. Ноздрунова Е. Н., Сорокин В. М. Психосемантика родительского поведения в условиях воспитания детей с интеллектуальными недостатками.....121
43. Панишина О.Н. Сотрудничество с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, в вопросах профилактики нарушений поведения у детей.....124
44. Переверзева М. В. Организация деятельности детей с тяжелыми нарушениями развития по формированию навыков самообслуживания как профилактика проблемного поведения.....126
45. Польская Н. А. Феноменология актов самоповреждения у подростков с нарушениями развития.....129
46. Прохорова О. Б. Развитие речевого общения, как основа профилактики отклонений поведения у умственно отсталых дошкольников с использованием комплексно-игрового метода обучения.....132
47. Рубан О. В. Коррекция аффективного взаимодействия матери и ребенка с эмоционально – волевыми нарушениями (метод пестования).....136
48. Савельева Е. К. Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков с сенсорными нарушениями.....139
49. Сергеева Л. Н., Чугунова А. И. Эффективность индивидуально-ориентированных программ работы с семьей в лекотеке.....142
50. Сиднева Н. И. Программа профилактики отклонений поведения у умственно отсталых школьников.....145
51. Сидоров Н. Р. Концепция девиантного поведения подростков с позиций культурно-исторической психологии.....147
52. Сорокин В. М. Психологическое содержание реакций родителей на факт рождения ребенка с отклонениями в развитии.....150
53. Султанова А. С. Эффективность нейропсихологической коррекции девиантного поведения детей с задержкой психического развития.....152
54. Улькина Н. А. Организация летнего отдыха для детей-инвалидов с психоневрологическими заболеваниями в целях психологической коррекции их поведения.....155
55. Фатхатдинова Е. В., Баз Л. Л. Апробирование программы по формированию произвольной регуляции деятельности у детей 4-6-ти лет с задержкой психического развития.....158
56. Хохлова А. Ю., Казакова А. Д. Развитие представлений о себе у глухих детей с эмоционально-поведенческими нарушениями.....162
57. Цветков А. В. Нейропсихологический подход к коррекционно-развивающему обучению детей, перенесших черепно-мозговую травму 165
58. Цубина Т. В. Профессиональное самоопределение подростка с девиантным поведением.....168

59. *Шашкина О. В.* Психологическое сопровождение подростка с ограниченными возможностями здоровья на этапе перехода к юношескому возрасту..... 170
60. *Шевченко Ю. С.* Этологически ориентированные подходы к профилактике нарушений поведения у воспитанников сиротских учреждений.....174
61. *Шельшакова Н. Н.* Структура эмоциональных состояний детей со сложными вариантами нарушений психического развития.....178
62. *Щербакова А. М.* Значение личностно-ориентированного подхода в профилактике нарушений социализации детей и подростков с умственной отсталостью.....181
63. *Щербаткина Л. В.* Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей с аутистическим спектром поведения.....183
64. *Якимова Т. В.* Особенности общения сиблингов в условиях детского дома185
65. *Яремчук М. В.* Командный подход к помощи семье, воспитывающей ребенка с особенностями развития.....189

**Опыт работы коррекции проблемного поведения у детей с
множественными нарушениями психо-неврологического и сенсорного
характера**

Абдукамалова Л.А.

Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих

За последние годы значительно расширился контингент наших воспитанников, имеющих множественные врожденные нарушения и проявляющих проблемное поведение (агрессия, направленная на окружающих, самоагрессия и т.д.).

В детском доме уже несколько лет успешно используется методика по коррекции проблемного поведения доктора Яна Ван Дайка (Нидерланды). Группа наших педагогов прошла обучение на его семинаре по подготовке «семейных терапевтов». Согласно этой методике поведение ребёнка подвергается всестороннему анализу со стороны всех специалистов и сотрудников, работающих с ним (методисты, психологи, врачи, педагоги, воспитатели и т.д.). По результатам такого всестороннего анализа поведения ребенка, выдвигается гипотеза по определению причины проявления проблемного поведения. Далее определяется индивидуальная программа работы с ребёнком, подбираются специальные приёмы работы, позволяющие снять негативные проявления в поведении ребёнка.

Семейные терапевты работают в тесном контакте с родителями. Для оказания эффективной помощи очень важным условием является доверие, которое оказывают родители специалистам. Для организации оптимального взаимодействия между родителями и ребёнком семейному терапевту необходимо иметь информацию не только о составе семьи, но также об атмосфере, царящей в ней. Об уровне общей культуры родителей, о форме общения с ребёнком дома, о характере трудностей, испытываемых родителями в отношениях с ребёнком, об отношении семьи к ребёнку и его проблемам. Часто родители, имеющие таких детей, страдают от того, что чувствуют себя виновными в случившемся. Одним из важнейших условий для преодоления негативных переживаний родителей, имеющих ребёнка с ограниченными возможностями, является включение их в активную деятельность, связанную с воспитанием ребёнка. Важно подвести родителей к осознанию того, что ребёнок с ограниченными возможностями под влиянием воспитания и обучения способен развиваться в психическом и личностном отношениях.

Многие родители, имеющие детей с ограниченными возможностями, испытывают значительные затруднения в общении с ними. Зачастую именно взаимное непонимание является фактором, провоцирующим проблемное поведение. Некоторые родители неадекватно оценивают ситуацию и первоначальной задачей в развитии ребёнка они ставят завышенные требования (устная речь, обучение чтению, письму). На встречах с семейным терапевтом родители учатся по-иному смотреть на взаимоотношения с ребёнком, правильно реагировать на те или иные негативные проявления в поведении.

Часто мы сталкиваемся с фактом, что ребёнок, спокойный и не имеющий проблемного поведения в детском доме, в домашних условиях показывает ярко выраженные отрицательные аффекты. Поэтому одним из обязательных условий воздействия на проблемное поведение воспитанников является сотрудничество и партнёрство педагогов и родителей. Только единство требований, соблюдение всех необходимых рекомендаций для

конкретного ребёнка является одной из главных составляющих успешного развития ребёнка и установления взаимопонимания и тесного контакта между родителями и детьми, имеющими проблемы в поведении.

В семьях, где вместе воспитываются нормально развивающиеся дети и ребенок с нарушением в развитии могут возникать проблемы в общении между детьми. Задача семейных консультантов – помочь родителям правильно выстроить общение между всеми членами семьи, активно вовлекая каждого из них в позитивное сотрудничество.

Часто в семьях устанавливаются особые отношения к больным детям. Родители стараются оградить ребёнка от любых физических усилий, выполняют за него многие действия, даже те, с которыми он мог бы успешно справиться сам, лишая его тем самым элементарной самостоятельности. Такое воспитание только вред. Помощь в воспитании ребёнка с ограниченными возможностями в семье начинается с обучения родителей, ознакомления их с теми приёмами, которые способствовали бы формированию оптимально возможных путей успешного взаимодействия и коммуникации с ребёнком. Видеоматериалы, отражающие общение с ребёнком в семье в разных ситуациях, подготовленные родителями, позволяют выявить те моменты, которые явились провоцирующими в возникновении проблемного поведения. Родители учатся оценивать, что предшествовало этому поведению, и как следовало поступить в данном случае, чтобы избежать негативной реакции ребёнка.

Родители с помощью семейных терапевтов фиксируют ситуации, в которых проявляется проблемное поведение ребенка. Формулируется гипотеза относительно причины проявления проблемного поведения, определяется программа (ряд приёмов) воздействия на ребёнка и организации взаимодействия и общения между ребёнком и родителями, с помощью которой корректируется проблемное поведение в семье. Определяется ряд доступной деятельности, в который можно активно привлекать ребёнка в семье. Выстраивается цепочка действий, последовательность выполнения

которой помогает организовать общение между ребёнком и родителями, используя те средства общения, которыми овладел ребёнок за время обучения в детском доме.

Ребёнок с ограниченными возможностями, обучаясь в детском доме, получает доступные средства общения, с помощью которых он может выразить желание, просьбу, сообщить о чём-то. Важно, чтобы, находясь дома, он не растерял те навыки коммуникации, которые уже сформировали специалисты. Эти навыки должны переноситься в домашние условия и закрепляться родителями. Доступная адаптированная речь, адекватные жесты, дактилология, предметы-символы, картинки, - весь спектр допустимых средств общения в каждом конкретном случае предоставляется родителям семейными консультантами. Им объясняют, как правильно применять эти средства общения, какие требования предъявлять ребёнку дома, какие приёмы использовать при построении взаимодействия с ребёнком обучают родителей семейные терапевты.

Семейные терапевты, консультируя семью, помогают установить контакт с детьми, организуют такие формы взаимоотношений родителей и детей, при которых формируется взаимопонимание между ними. Общение переходит на другой уровень и становится не тягостным бременем, а формой коммуникации, приносящей удовольствие.

Семейные терапевты должны проявлять не только профессиональную грамотность, но и деликатность, такт и сочувствие, а также последовательность и настойчивость. Желание родителей систематически заниматься воспитанием ребёнка, участвовать в его обучении, в значительной мере зависит от того, насколько педагоги смогут установить с родителями контакты личного и делового порядка, увлечь своим примером работы с детьми, в доступной форме объяснить и продемонстрировать методы и приёмы работы по различным направлениям.

Установление тесного контакта между педагогами и родителями, соблюдение единых требований является залогом успешного воздействия на проблемы в поведении ребёнка с ограниченными возможностями в семье.

Некоторые особенности семей девочек с риском нарушений пищевого поведения.

Александрова Р.В., РГУ им. С.А. Есенина, Рязань
(аспирант МГППУ, научный руководитель Т.А. Мешкова)

В последние годы многие исследователи, занимающиеся вопросами нарушений пищевого поведения (НПП), тщательнее изучают условия жизни и воспитания детей в семьях, где имеются дети и подростки (преимущественно девочки) с нарушениями или риском нарушений пищевого поведения. В России такие исследования практически не проводились.

Нами было проведено исследование особенностей пищевого поведения и семейного воспитания девочек, учащихся массовых школ г. Рязани. Выборку составили девочки в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст 14,7 лет), учащиеся 7, 8, 10 и 11 классов, общей численностью 200 человек.

Для проведения исследования были использованы следующие методики:

- Скрининговый опросник пищевого поведения ЕАТ-26 (Eating Attitude Test).
- Опросник «Факторы риска нарушений пищевого поведения», составленный Т.А. Мешковой.
- Опросник «Подростки о родителях» (ADOR- Adolescent o rodicich) в адаптации Л.И. Вассерман, И.А. Горьковой, Е.Е. Ромицыной.

Традиционная обработка ответов на опросник ЕАТ-26 предполагает, что ответы «всегда», «обычно» и «часто» оцениваются баллами 3, 2, и 1, соответственно, а остальным ответам приписываются нули. Суммарный балл

выше 20 при таком способе обработки считается критическим для риска НПП. В соответствии с этим критерием 12 девочек (6%) были отнесены к группе повышенного риска возникновения НПП. С исследовательскими целями для оценки ответов на опросник ЕАТ-26 нами была использована также 5-балльная шкала (оценки от 0 до 5 баллов). Суммарный балл при такой оценке дает более выраженные индивидуальные различия. Используя такой вариант обработки, мы методом квартильного деления выделили крайние группы с высокими (>33) и низкими (<15) суммарными баллами ЕАТ-26. 40 человек с высокими баллами рассматривались как группа риска, 42 человека с низкими баллами как контрольная группа.

Сравнение указанных групп показало наличие значимых различий по некоторым пунктам и шкалам двух других используемых опросников. Так, по опроснику «Факторы риска нарушений пищевого поведения» было выявлено, что для семей девочек группы риска характерны строгость в воспитании, гиперопека и семейное увлечение диетами.

Анализ методики «Подростки о родителях» показал, что девочки группы риска по сравнению с контрольной группой значительно отличаются по шкале «позитивный интерес матери». Показатель позитивного интереса матери к дочери значительно выше у девочек группы риска, причем положительное отношение со стороны матери девочки описывают как подобное отношению к маленькому ребенку, который постоянно требует внимания и заботы. Такие матери часто одобряют обращение за помощью дочерей в случаях ссор или каких-либо затруднений и ограничивают их самостоятельность. Наряду с этим девочки отмечают, что мать находится как бы "на побегушках" и стремится удовлетворить любое желание дочери.

Кроме того, наметились тенденции к различиям по шкалам враждебности матери (этот показатель меньше у девочек группы риска) и позитивного интереса отца (этот показатель больше у девочек группы риска). При увеличении выборки они могут перейти в разряд значимых.

Результаты исследования позволяют предположить, что в семьях девочек с риском нарушений пищевого поведения на фоне кажущегося благополучия (повышенное внимание к дочери как со стороны матери, так и отца), прослеживается влияние чрезмерно опекающей матери, которая ограничивает самостоятельность своей дочери и нарушает процесс ее взросления. Возможно, особенности пищевого поведения девочек отражают своеобразный протест и являются защитной реакцией на такую опеку.

Сенсорная комната и девиантное поведение

Алферова Н.Л.

Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

Тел. 8-926-607-49-95

На сегодняшний день многих занимает мысль о создании немедикаментозных методов лечения для снятия нервного и мышечного напряжения и восстановления работоспособности.

Учеными доказано, что мощным антистрессорным фактором являются положительные эмоции. Периоды эмоционального напряжения у человека даже в самых острых ситуациях не опасны для здоровья, если они завершаются периодами активного отдыха, расслабления, сопровождаются положительными эмоциональными ощущениями.

Ученые доказали, что чем беднее мир сенсорных ощущений (сенсорная депривация) ребенка, тем медленнее он развивается. В таком состоянии ребенку нужно повышенное внимание, ласки, нежные прикосновения. Все это помогает малышу раскрыться, чувствовать себя нужным и любимым.

Мировыми и отечественными педагогами доказано, что направленный на дидактические цели комплекс сенсорных и моторных упражнений положительно влияет на общее, эмоциональное, речевое и социальное развитие.

Одним из современных методов сенсорной реабилитации является специально разработанная установка «Снузлин».

У детей с девиантным поведением имеются проблемы, которые можно определить как недостаточная способность в следующих сферах: познавательной, социальной, психологической, эмоциональной, сенсорной и физической.

Эти проблемы могли быть вызваны отсутствием внимания семьи, сексуальным или физическим насилием, нахождение под постоянным стрессом, ограниченной окружающей средой.

У детей, которых не ценят и которым не оказывают должного внимания, недостаточно развиваются навыки адаптивного поведения.

Для того чтобы эффективно снизить риск девиантного поведения, чрезвычайно важно создать полноценное для ребенка окружение, которое максимально позволяет повысить качество его жизни и установить добрые отношения между ребенком и терапевтом.

Такого эффекта помогает достичь сенсорная комната.

Сенсорная комната является прекрасным инструментом для терапии детей с девиантным поведением, чрезмерно утомляемым, эмоционально истощенным, непоседливым, вспыльчивым, замкнутым, с высоким уровнем тревожности, с задержками психического и речевого развития, а также страдающим психосоматическими заболеваниями. Поскольку в ней создается обстановка, наиболее благоприятная для устранения вышеуказанных проблем у этой категории пациентов, а также для воздействия на причины, их вызывающие. При этом процесс терапии происходит в атмосфере обоюдного доверия.

Организованы сенсорные комнаты были в 1970 году в Голландии. Поначалу они использовались только в лечебных целях: в релаксирующей обстановке сенсорной комнаты проводились занятия с больными ДЦП и с людьми, подверженными психическим расстройствам. В таких комнатах все было продумано: источники света разной интенсивности, успокаивающая

музыка, массажеры, фонтаны и живые растения. После занятий со специалистами в сенсорных комнатах больные быстрее успокаивались, начинали увереннее себя чувствовать, легче шли на контакт с окружающими.

Второй шаг в развитии методики сенсорных комнат был сделан учеными Великобритании. Они использовали эти комнаты не только для лечения, но и для профилактики стрессов и неврозов. Тогда же было замечено, что маленьких пациентов сенсорные комнаты приводят в восторг. С этого и началось использование сенсорных комнат в педагогических целях.

Основными целями сенсорной комнаты являются:

- стимулирование сенсорного развития детей;
- компенсация сенсорных впечатлений;
- сохранение и поддержка индивидуальности ребенка через гармонизацию его внутреннего мира;
- создание положительного эмоционального фона;
- преодоление нарушений в эмоционально – волевой сфере;
- возбуждение интереса к исследовательской деятельности;
- коррекция нарушений высших корковых функций;
- развитие общей и мелкой моторики;
- коррекция двигательных нарушений;
- снятие эмоционального и мышечного напряжения;
- корректировка психоэмоционального состояния;
- расширение кругозора ребёнка;
- составление пространственных представлений, восприятие разнообразных свойств предметов;
- развитие воображения и творческих способностей;
- фиксирование и управление вниманием.

Продуманное применение различных стимулов повышает эффективность занятий, создавая дополнительный потенциал для развития его познавательной мотивации и произвольного внимания как одного из методов коррекции снижения темпа психоречевого развития ребенка.

В сенсорной комнате создаются условия для тренировки процессов торможения, необходимые при повышенной возбудимости работе с детьми, обладающими высокой активностью и саморазрушительными тенденциями в поведении. Для оптимизации активности и поведения таких детей применяются упражнения, направленные на релаксацию. Спокойная, доброжелательная обстановка, присутствие понимающего взрослого в сочетании с мощным положительным влиянием эффектов сенсорной комнаты успокаивающей музыки, мягкого света, теплого, наполненного водой матраца, звуков природы помогают ребенку максимально расслабиться и успокоиться, ощутить защищенность, спокойствия и уверенности в себе, сформировать понятия и качества, основанные на доброжелательности, умение общаться.

Пребывание в новой, особой среде обитания — сенсорной комнате с обилием положительных стимулов, эмоций, красочной и безопасной, создающей условия для преобладания процессов торможения в центральной нервной системе, является благоприятным фоном для работы с этими детьми многих специалистов — психологов, педагогов, логопедов и других.

Спортивно-туристическая деятельность как средство социализации и реабилитации молодежи с ограниченными возможностями здоровья

Андреева О.В.,

Центр «Лидер», Москва

junior.lider@mail.ru

В настоящее время в городе проживают более 1,3 млн. инвалидов, из них 260 тыс. – лица трудоспособного возраста, 28 тыс. – детей-инвалидов. Проблема реабилитации инвалидов и интеграции их в социальную среду остается в России и в Москве крайне актуальной. Правительство Москвы одобрило Стратегию повышения качества жизни инвалидов в городе Москве на период до 2020 года. Эта Стратегия основана на Конвенции о правах инвалидов N 61/106 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных

Наций: общие принципы деятельности, цели и задачи органов государственной власти города Москвы по решению проблем инвалидов и членов их семей.

Важнейшим аспектом социальной политики является реабилитация и социальная интеграция инвалидов в общество. Под реабилитацией понимается система медицинских, психологических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Проблемы работы с молодыми инвалидами обусловлены рядом причин психологического и социального характера. Для многих молодых инвалидов характерны низкий уровень образования и личностного развития, неадекватная оценка своих возможностей в обществе и самого общества. У многих инвалидов присутствует комплекс иждивенчества, страх перед взаимодействием с обществом. Все эти факторы в комплексе являются причиной отчуждения и неустойчивого положения их в обществе. Интеграция молодых инвалидов в общество возможна только при проведении с ними комплексной работы целым рядом специалистов.

Данные статистики показывают, что в последние годы в число общечеловеческих ценностей активно входит здоровье, которое выступает системообразующей ценностью для большинства людей. Эта ценность выходит на первое место как ценность государственная. Поскольку здоровье нации является необходимым условием не только для развития и роста, но и для выживания общества, очевидна потребность в формировании нового, основанного на идее сохранения здоровья, сознания человека, общества, государства, что, в свою очередь, требует подбора средств, содержания, организационных форм, обеспечивающих целостность желаемых изменений. Учреждения социальной сферы выступают в этом процессе как звенья формирования новой системы ценностей и ценностных моделей поведения у части населения. Учреждение социальной сферы является одной из сред, способных активно воздействовать на сознание развивающейся личности.

Условия занятий спортивно-оздоровительной деятельностью в учреждениях социальной сферы позволяют существенно улучшить содержание и увеличить объем организованной и самодеятельной двигательной активности детей, подростков и молодежи с целью сохранения и укрепления здоровья, развития физических качеств, формирования устойчивой потребности в систематических занятиях спортивно-оздоровительной деятельностью и в приобретении знаний, умений и навыков здоровьесберегающего поведения.

Все вышесказанное относится и к такой категории, как дети, подростки и молодежь с ограниченными возможностями здоровья. Спортивно-оздоровительная деятельность является мощным средством социализации и адаптации детей, подростков и молодежи с ОВЗ, частью психокоррекционной работы. К сожалению, немногие учреждения, работающие в сфере реабилитации инвалидов, применяют спортивно-оздоровительную деятельность в своей работе, предпочитая другие методы и средства. Здесь следует говорить о комплексной терапии различными средствами, как о наиболее эффективном средстве адаптации и реабилитации воспитанников с ОВЗ.

Одним из новых проектов использования спортивно-туристической деятельности, как средства адаптации молодежи с ОВЗ, стал проект «Открытие» Дмитрия Шпаро, апробированный в 2009 году и успешно действующий по сей день.

Программа «Открытие» (далее - Программа) рассчитана на компенсацию и исправление эмоционально-волевых проблем у подростков и молодежи с различными вариантами нарушений психического и физического развития. Групповой формат в психокоррекционной работе используется достаточно широко, особенно когда речь идет о коррекции эмоциональной и волевых сфер. Наиболее важной особенностью группового опыта для детей с проблемами в развитии является возможность поделиться переживаниями и при поддержке группы преодолеть те препятствия, которые поставлены

перед всей группой в целом и перед каждым участником персонально. «Чувство команды» в участниках культивируется в первые же часы пребывания на Программе. Это одно из необходимых условий для прохождения препятствий. Задумывая Программу, основатели проекта всерьез были озабочены тем фактом, что у подростков с различного рода ограничениями может просто физически не хватить сил для преодоления тех или иных препятствий. Поэтому в Программе реализуется один из основных принципов - «от простого к сложному». Первый этап Программы позволяет ведущему инструктору понять и оценить физические возможности каждого участника и, конечно, группы в целом. Для этого существуют специально сконструированные проблемные упражнения с конкретными задачами и оговоренными правилами, так называемый курс «Создание команды». Этот этап в Программе является командообразующим. Чтобы преодолеть подобные препятствия, ребятам приходится актуализировать и активизировать психологические ресурсы, как групповые (взаимоуважение, умение слушать, конструктивное лидерство и т. д.), так и личностные (планирование, самоконтроль, ответственность за партнера, доверие). Степень сложности каждого испытания варьируется в зависимости от физического и психологического потенциала каждой отдельно взятой группы. Весь полученный опыт работы в группе обобщается и связывается с будущей жизнью вне Программы.

Многие ребята признавались, что именно участвуя в Программе, они попытались доверить другому человеку не только свои мысли и чувства, но отчасти и безопасность. Иногда инструкторам приходилось подсказывать ребятам, что нужно поддержать друг друга словом, а иногда и действием, элементарно протянув руку помощи.

В Программе совместно с группой инструкторов работает психолог, деятельность которого является курирующей. Работа под патронированием психолога позволяет команде инструкторов быстро осваивать новые навыки. Успешное сотрудничество различных специалистов дает возможность

существенно расширить спектр коррекционных воздействий. Разумеется, определенный блок информации возможно использовать в разработке коррекционных программ для лиц с отклонениями в развитии. Именно поэтому программы такого типа, как «Открытие» являются крайне актуальными в области психокоррекционной работы.

Еще один пример социального проекта и партнерства в сфере адаптации и интеграции инвалидов является сотрудничество ГУ МЦ «Лидер» и Автономной некоммерческой благотворительной организации «Центр социализации молодых инвалидов». В 2009 году родился совместный проект: соревнования с участием молодых инвалидов, доступные для всех ребят с ограниченными возможностями здоровья. Наш проект создавался с учетом особенностей психофизического развития молодежи с ограниченными возможностями. Включение в проект ребят из Центра социализации молодых инвалидов несет адаптивный характер и направлено на социализацию не только молодежи с ограниченными возможностями здоровья, но и на адаптацию общества по отношению к проблеме инвалидности.

Соревнования носят коллективный характер, адаптированы под участие лиц, не имеющих специальную физическую подготовку. Этапы продумываются организаторами в части исполнения, как несложные задания, требующие небольшого промежутка времени (до 10 минут). Существенное отличие нашего проекта от Программы «Открытие», это ее доступность, мобильность и сжатые сроки проведения (4-6 часов). На соревнованиях по синхронному многоборью команда выполняет задания относительно различной сложности и направленности, объединенные одной общей идеей: ни одно задание невозможно выполнить в одиночку — только вместе, действуя как единый слаженный организм. Такие соревнования необходимы для развития у молодежи лидерских качеств и инициативы, способности быстро принимать решения в нестандартных ситуациях, настойчивости в решении задач.

Проект был задуман в сотрудничестве со специалистами МЧС г. Москвы, АНБО Центр социализации молодых инвалидов под руководством А.Г. Баскакова и впервые осуществлен 15 мая 2009г. в районе «Выхино-Жулебино» в лесопарковой зоне. В течение трех лет в рамках проекта проводятся Открытые командные соревнования с участием молодежи г. Москвы на базе Московской усадьбы Деда Мороза. В соревнованиях в 2009-2011 г.г. приняли участие более 400 человек, среди которых более 80 имеют тяжелые нарушения жизнедеятельности и ограниченные возможности здоровья. Нельзя оценить тот вклад в социализацию ребят, который достигнут за последние годы реализации подобных проектов.

Человек с ограниченными возможностями в современном обществе все реже рассматривается как инвалид. И чаще - со специфическими потребностями. Поэтому более всего необходимы программы, которые позволят достигнуть главной цели – социализации подростков и молодежи с ограниченными возможностями здоровья в нашем обществе, вовлечении всех инвалидов в полноценную жизнь наравне с другими членами общества.

**Коррекция психоэмоционального состояния и профилактика
неадекватного поведения детей с использованием аппаратно-
программного комплекса «ИПЭР»**

Балыкина-Милушкина Т.В.

РГУФКСМиТ, Москва

b2000t@yandex.ru

Способ коррекции психоэмоционального состояния (патент РФ №2373965) и профилактики неадекватного поведения детей заключается в определении проблемной зоны психоэмоциональной напряженности ребенка, влияющей на его дезадаптацию в жизненной сфере, и последующей коррекции выявленной проблемной зоны путем использования аппаратно-программного комплекса «ИПЭР» (индикатор психоэмоциональных

реакций). Это устройство позволяет выводить на монитор персонального компьютера регистрируемых величин тонических составляющих и амплитудно-частотных показаний фазических составляющих кожно-гальванических реакций (КГР) ребенка на аудио или видео раздражители. Для определения проблемной зоны ребенка в качестве раздражителя используют режим интервьюирования по информационным шаблонам тестирования, отражающим посттравматические события (факторы) основных жизненных сфер ребенка.

При регистрации на аппаратно-программном комплексе «ИПЭР» резкого максимального падения амплитудных показаний фазической составляющей КГР на фоне регистрируемых абсолютных величин тонических составляющих, при воздействии названным раздражителем из информационного шаблона тестирования, диагностируют доминирующий посттравматический фактор, влияющий на психоэмоциональную дезадаптацию ребенка в его жизненных сферах. Выявленный доминирующий посттравматический фактор корректируют с использованием в качестве раздражителей, не воздействующих на аппаратно-программный комплекс «ИПЭР», пассивных шаблонов коррекции.

При регистрации на аппаратно-программном комплексе «ИПЭР» плавных частотно-амплитудных показаний фазической составляющей КГР на фоне уменьшающегося значения абсолютной величины тонической составляющей указанной реакции от ее начально зарегистрированных величин при выявлении доминирующего посттравматического фактора судят о психоэмоциональной мобилизации ребенка к его личностной адаптации к выявленному доминирующему посттравматическому фактору. Определение проблемной зоны психоэмоциональной напряженности ребенка с ограниченными возможностями здоровья и ее последующую коррекцию осуществляют в режиме непрерывного сеанса реального времени.

Пример. Мальчик (13 лет). Жалоба – сложности в усвоении русского языка. При интервьюировании по шаблону тестирования

посттравматических факторов ребенок держал электродную часть аппаратно-программного комплекса «ИПЭР», измеряющего КГР. Во время использования шаблона тестирования посттравматических факторов выяснилось, что у ребенка на словах «учительница» и «глагол» аппаратно-программный комплекс «ИПЭР» зарегистрировал резкое максимальное показание падения амплитудно-частотной кривой фазической составляющей КГР на фоне тонической составляющей (признак подавления эмоций, невысказанность, эмоциональная или физическая боль). Используя шаблон коррекции и ориентируясь на реакцию «ИПЭР», мальчик вспомнил случай, когда одна из его первых учительниц кричала на него и била линейкой по рукам. Неоднократно вспоминая этот случай и выдавая все подавленные в тот момент эмоции (в режиме коррекции психоэмоционального состояния по выявленному доминирующему посттравматическому фактору), мальчик начал находить в своей школьной жизни много случаев, где он был неадекватен в отношении учителей. Мальчик осознал, что причиной его неадекватных реакций и сложностей во взаимоотношениях с учителями, как и усвоение учебного материала, является случай с первой учительницей. Далее проходила коррекция по слову «глагол» и было выявлено первичное непонимание смысла данного понятия. После прояснения этого понятия до полного понимания, ребенок увидел его последствие в изучении русского языка. В результате осознания источника своих проблем произошла мобилизация психоэмоционального состояния ребенка к выявленному доминирующему посттравматическому фактору проблемной зоны, что подтвердилось его психофизиологическими показаниями на индикаторе «ИПЭР». Через три месяца мальчик похвастался, что начал получать первые четверки по русскому языку.

Способ коррекции психоэмоционального состояния (патент РФ №2373965) и профилактики неадекватных реакций у детей с использованием аппаратно-программного комплекса «ИПЭР» обеспечивает диагностику существующих не активированных проблемных зон, способствует

предотвращению неадекватных реакций, позволяет устранять субъективные причины нарушения поведения. Можно с уверенностью сказать, что данный способ является инновационным в коррекции и профилактике нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Проблемы нарушения поведения у детей с сенсорными недостатками

Басилова Т.А., МГППУ

basilova@eandex.ru

Диагностика особенностей нарушения психического развития у ребенка предполагает определение сложности и тяжести первичного нарушения. Тяжесть нарушения складывается не только от выраженности и времени поражения нарушенных психических функций, но от определения уровня их поражения. И.А.Соколянский уже в 30-ые годы прошлого века отделял истинную слепоглухоту как поражение периферических отделов слухового и зрительного анализаторов от церебральной недостаточности у ребенка в результате глубокого поражения мозга и выраженной умственной отсталости с нарушением зрения и слуха коркового генеза. Ряд отечественных и зарубежных авторов в 60-ые годы XX столетия отмечали существование двух видов сенсорной недостаточности, принципиально по-разному относящихся к умственному развитию. Это собственно ограничение чувственного опыта ребенка из-за нарушений периферических отделов анализатора и поражения коры головного мозга в других случаях, также ведущие к сенсорной недостаточности. Выделялись периферическая и центральная сенсорная недостаточность [O'Connor N., 1966; М.С.Певзнер, 1966].

Вторичный дефект или социально-психологические последствия первичного, биологического нарушения зависят от своевременной диагностики нарушения и особенностей воспитания и обучения ребенка в семье и образовательных учреждениях. Многие годы исследования психологических особенностей детей с сенсорными нарушениями

ограничивались вопросами их интеллектуального развития. Поведенческие нарушения в случаях сенсорной депривации обычно относились к случаям глубокой педагогической запущенности [И.А.Соколянский, 1962] или реакцией на потерю зрения и слуха в подростковом возрасте [Т.А.Басилова, 2002].

Большая часть детей со сложными сенсорными нарушениями в настоящее время – это дети, родившиеся глубоко недоношенными. Многие такие дети в результате преждевременных родов страдают энцефалопатическими расстройствами, такими как гипертензионно-гидроцефальный, судорожный, церебрастенический синдромы и другими, а также имеют слабое физическое здоровье. Это дополнительно затрудняет их развитие, т.к. обуславливает повышенную утомляемость, нарушения внимания, памяти, поведения и требует медикаментозной коррекции и щадящего режима как в повседневной жизни, так и в занятиях [Т.А.Басилова, Н.А.Александрова, 2008;] .

В настоящее время принято считать группу детей с врожденной глухотой достаточно разнородной по составу. В зависимости от причин нарушения слуха, примерно третья часть этой группы может иметь дополнительные нарушения: недостатки зрения, костно-мышечной системы; интеллектуальную недостаточность, соматические заболевания и пр. Наряду с этими видами дополнительных нарушений при глухоте в западных странах широко обсуждается частота проявления эмоциональных и поведенческих расстройств у детей со слуховым ограничением. Согласно данным этих исследований, примерно треть учащихся школ для глухих имеет поведенческие проблемы. Особенно высокий процент проблемного поведения (54%) был выявлен в отделениях для глухих детей с дополнительными нарушениями. Наряду с дополнительным нарушением, в зарубежных исследованиях рассматриваются еще три фактора, имеющих важное значение при возникновении проблем поведения: недостаток коммуникативных навыков со стороны ребенка, проблемы отношения

родителей к глухому ребенку и нарушенное взаимодействие между родителями и ребенком [Т.А.Басилова и др.,2010] .

В очень немногочисленных отечественных исследованиях эмоциональных особенностей людей с нарушением слуха встречается мнение о свойственной им излишней невротизации и характерологических нарушениях объясняемых прежде всего сенсорной и социальной депривацией [В.М.Матвеев,1997].

В течение ряда лет нами наблюдаются более 100 глухих детей с сложным нарушением. Выраженность и уникальность нарушений у части этих детей сделало невозможным их обучение в классах, поэтому в разное время они были переведены на индивидуальное обучение. Все они имели сложные нарушения, такие как слепоглухота, нарушения опорно-двигательного аппарата, выраженные интеллектуальные нарушения и педагогическую запущенность, хронические соматические заболевания, эпилепсию.

Но среди них мы выделили особую группу детей, отличающуюся особой эмоциональной неуравновешенностью, трудностями в общении (в использовании жестовых, и словесных средств общения), агрессивными и самоагрессивным поведением, своеобразием свободного (спонтанного) поведения и рисунка, несформированностью произвольной деятельности. Многие из них отставали в психическом развитии, испытывали большие трудности и даже невозможность обучения по традиционным программам школы глухих. При этом нельзя было отнести все трудности этих детей к умственной отсталости, от умственно отсталых детей их отличала асинхрония в развитии разных психических функций.

Опыт индивидуального обучения и воспитания этих детей в школе показал разную природу их поведенческих и эмоциональных нарушений. В ряде случаев, трудности общения и обучения объяснялись нарушением привязанности. В других случаях в основе особенностей поведения лежали сложные неврологические расстройства. Понимание природы этих

нарушений позволило подобрать адекватные методы психологического сопровождения и обучения этих детей и существенно нормализовать их поведение. Меньшие успехи наблюдались в случаях раннего детского аутизма и психических расстройств у глухих детей со сложными нарушениями.

Самыми сложными для обучения являются дети с нарушениями общения и поведения, которых мы обозначили как глухих детей с эмоциональными нарушениями. Их редко удается социализировать для обучения в классе, для них достаточно трудно подобрать содержание и методы обучения. Огромное беспокойство вызывает будущее этих детей [Т.А.Басилова,2005]. .

Глубокая недоношенность является частой причиной тяжелых поражений зрения. Ретинопатия недоношенных в последние десятилетия стала наиболее часто встречаемой причиной слепоты. В течение многих лет мы наблюдали около 60 детей с врожденной и рано наступившей слепотой и консультировали их семьи. Слепота переживается большинством родителей как самое тяжелое и ужасное нарушение. Родители часто признаются, что не могут смириться со слепотой ребенка и в пять и в восемь лет. Слепота осознается как главное и ведущее нарушение, именно ее родители хотят преодолеть любым способом. Многие дети с ретинопатией недоношенных переносят по 5 и даже 8 операций в течение первых 2-3 годов жизни и результаты таких операций часто почти незначительны. Постоянная смена образа жизни семьи, мучительный для ребенка период подготовки к операции и наркоз, вынужденная неподвижность после операции, а также возможные осложнения после нее не могут не сказаться на психическом здоровье ребенка. Но надежда на возвращение зрения у родителей долго не утихает, попытки излечения слепоты продолжаются и иногда занимают почти весь дошкольный период в развитии слепого ребенка. В таких семьях часто наблюдается длительное полное слияние матери и слепого малыша, которые никогда не расставались. Понимание желаний своего слепого

ребенка, как правило, не выходило за пределы органически-телесного чувствования его состояния. Как результат такого симбиотического слияния матери и слепого ребенка и сенсорной изоляции возникает стойкая эмоциональная зависимость ребенка от матери, который реагирует на малейшее изменение ее настроения нарушением своего поведения. В сложных случаях это выражается в постоянных навязчивых движениях и самоповреждающем поведении [Т.А.Басилова,2009] .

Причины и методы коррекции нарушений поведения у ребенка с врожденными сенсорными нарушениями требуют комплексного подхода со стороны разных специалистов. Такой ребенок и его ближайшие родственники нуждаются не только в психоло-педагогической, но и в психиатрической помощи.

Литература

1. Басилова Т.А.Проблемы психического здоровья лиц, потерявших слух и зрение в подростковом возрасте// Дефектология,2002,№4,с.23-28;
2. Басилова Т.А.Глухие дети с эмоциональными и поведенческими расстройствами. //Альманах ИКП РАО, 2005, №9
<http://www.ise.edu.mhost.ru/almanah/9/p07.htm> [10.01.2006];
3. Басилова Т.А.О слепых детях с дополнительными нарушениями и проблемах их семейного воспитания..-М.: Рос.гос.б-ка для слепых,2009;
4. Басилова Т.А.,Александрова Н.А.Как помочь малышу со сложным нарушением развития.М.,Просвещение,2008;
5. Басилова Т.А., Моисеева И.В.,Саприна Е.А.,Хохлова А.Ю. Современный глухой ученик специальной школы и факторы, влияющие на его психическое здоровье// Психологическая наука и образование, 2010, №2.
6. Матвеев В.М. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха.- М.: “Медицина”,1987;

7. Певзнер М.С. Психические особенности детей при осложненных формах слепоты. Психическое развитие в условиях сенсорных дефектов. Материалы ХУШ Международного психологического конгресса. М., 1966. С. 236-239;
8. Соколянский И.А. Некоторые особенности слепоглухонемых детей до поступления их в школу-клинику // Обучение и воспитание слепоглухонемых. - М., 1962. - с. 112 - 142. - (Изв. АПН РСФСР; Вып. 121).
9. O'Connor N. Sensory defects & Mental development. Психическое развитие в условиях сенсорных дефектов. Материалы ХУШ Международного психологического конгресса. М., 1966. С. 30-43.

Проблемы психологической диагностики и коррекции нарушений поведения у детей

Белопольская Н.Л., МГППУ

Психологическая диагностика и коррекция нарушений поведения у детей дошкольного и младшего школьного возраста до настоящего времени является недостаточно разработанной областью детской клинической и специальной психологии. Такое состояние проблемы имеет несколько причин. Основной причиной является то, что психологическая диагностика не располагает надежными методами, позволяющими выявлять предпосылки появления трудностей поведения, выходящие за рамки нормативного развития. Фактически основным методом является метод наблюдения, который требует от психолога высокой квалификации и большого опыта, но, в большинстве случаев, не имеет экспертной оценки. Второй причиной является то, что нарушения поведения у дошкольников и младших школьников часто принимают за результат неправильного воспитания в семье или, наоборот, за результат пребывания в детском доме. И, наконец, третьей причиной является недостаточное представление специалистов о резервах детского организма в целом и детского психического развития в

частности. Возникает опасность, как недооценки, так и переоценки возможных изменений в поведении ребенка.

Таким образом, в дошкольном возрасте, как правило, диагностируют достаточно грубые нарушения поведения, например, такие, которые предполагают наличие аутизма или детской шизофрении. Однако и в этом случае многое зависит от родителей, которые не всегда торопятся обратиться к специалистам.

Существенным моментом в диагностике и коррекции нарушений поведения является состояние интеллекта исследуемого ребенка. С одной стороны, снижение интеллекта обуславливает неправильное поведение ребенка, а с другой стороны, нарушения поведения могут маскировать снижение интеллекта, так как создают большие проблемы в общении. Психологическая коррекция, как известно, всегда опирается в своей работе на сохраненные звенья психики. Если у ребенка нарушено и эмоционально-личностное развитие, и интеллект коррекционная работа сильно усложняется.

Наибольшие трудности диагностики вызывают случаи первичного нарушения поведения (психопатии), а также нарушения поведения у детей с сенсорными и двигательными дефектами развития.

Проблемы коррекции беспокойного, неадекватного, некритичного, агрессивного или, напротив, очень замкнутого, боязливого поведения приобретают все большую актуальность в связи с необходимостью адаптации детей в детских садах и школах, а также для эффективного общения ребенка с родителями.

Несомненно, в формировании некоторых форм нарушений поведения большое значение имеют социальные факторы развития, обучения и воспитания современных детей. Родители стали чаще поощрять эгоцентрические позиции и агрессивное поведение детей, так как считают, что такой ребенок сможет «постоять за себя». Стало популярным воспитывать в детях недоверие к людям в целях безопасности ребенка, а

воспитанию сопереживания и сочувствия к животным и людям уделять немного внимания.

Имеет значение и разнообразная информация, которая, поступая к ребенку, часто абсолютно неадекватна потребностям его психического развития на данном возрастном этапе. Неадекватно полученная информация может спровоцировать как появление невротических состояний, так и нарушения поведения.

Если у ребенка существуют биологические предпосылки для отклонений в поведении, то такие современные тенденции только усугубляют формирование трудного поведения.

Не смотря на проблемы диагностики нарушений поведения у детей, существует потребность в психологической коррекции этих нарушений, о чем свидетельствуют многочисленные обращения к специалистам педагогов, воспитателей и родителей.

Психологическая коррекция нарушений развития становится необходима именно тогда, когда общепринятые методы воспитания и обучения не могут обеспечивать гармоничный процесс развития ребенка. Психологическая коррекция всегда пользуется обходными путями воздействия на ребенка. Трудности воспитания детей с предпосылками нарушений поведения в более старшем возрасте заключаются именно в том, что традиционные методы воспитания не дают позитивных результатов. Этим можно объяснить распространенный факт, что в одной семье порой вырастают абсолютно разные по стилю поведения дети, хотя установки и методы их воспитания были схожими.

Психологическая коррекция предполагает системное воздействие на развитие ребенка, направленное как на его эмоционально-личностное, так и на интеллектуальное развитие.

Тем не менее, психологическая коррекция нарушений поведения, в целом, является мало разработанной областью, не смотря на то, что именно ею и занимается большое количество как специалистов, так и энтузиастов.

Поведение ребенка дошкольного и младшего школьного возраста всегда отражает особенности его психического развития, как интеллектуального, так и эмоционально-личностного. Для психологической диагностики, предшествующей проведению коррекционной работы, важно проанализировать как типичные формы поведения ребенка, так и отдельные, на первый взгляд, неадекватные или сверхсильные эмоционально-личностные проявления, которые могут находиться в зоне его ближайшего развития.

Можно выделить четыре основные группы детей, нуждающиеся в психологической коррекции нарушений поведения:

1) дети с ОВЗ с нормативным интеллектом, особенности поведения которых обусловлены, прежде всего, спецификой их основного заболевания;

2) дети с ОВЗ, нарушение поведения которых сочетается с снижением интеллекта;

3) дети с исходно трудным поведением (наблюдающегося с младшего дошкольного возраста и раньше, стабильно, на протяжении продолжительного времени);

4) дети с нормативным развитием, у которых на определенном возрастном этапе обнаружили нарушения поведения.

Психологическая коррекция нарушений детского развития может решать в разных случаях следующие задачи:

1. нормализация хода психического развития ребенка;
2. компенсация нарушений развития;
3. профилактика нарушений развития.

Эти задачи в полной мере соответствуют и задачам психологической коррекции нарушений поведения.

Психологическая коррекция всегда системна. Составляя коррекционные программы, необходимо учитывать максимальное количество разнообразных факторов, обусловивших возникновение тех или иных нарушений развития. Отдельные игры и тренинги, направленные на развитие когнитивных или

личностных навыков, конечно, необходимы, но непременно должны быть включены в контекст общей коррекционной программы. Эффективность психологической коррекции нарушений поведения может быть оценена такими факторами как адекватность и критичность ребенка. Развитие таких качеств как сопереживание, сочувствие, эмоциональное предвосхищение ситуации требует длительного времени, мастерства психолога, но не всегда в полной мере эффективно.

Понятно, что ребенок самостоятельно никогда не обращается к психологу с просьбой научить его хорошо себя вести. Как правило, его приводят родители, которые и формулируют свои пожелания. Можно выделить две противоположные и трудные модели детского поведения, которые младшие школьники и особенно дошкольники демонстрируют психологу. Первая – это боязливое, тормозимое поведение, когда ребенок плохо вступает в контакт или отказывается от него; второе – это излишне свободное, бойкое и беспокойное поведение. С первым вариантом психологи справляются легче, чем со вторым.

Распространенная ошибка родителей, которые воспитывают ребенка с трудным поведением, заключается в том, что они слишком много беседуют с ребенком на тему поведения. В большинстве случаев это приводит к тому, что ребенок вообще перестает слушать, что говорят родители. Родители в отчаяние пытаются объяснить, что нельзя себя вести так или иначе, но ребенок вообще перестает на них реагировать. Среди детей с трудным поведением встречаются дети с нарушенным чувством дистанции, которые свободно чувствуют себя даже с незнакомыми взрослыми людьми и, тем более, с родителями. Они очень быстро научаются манипулировать своими родителями, задают им множество отвлекающих вопросов, уводят разговор в сторону.

В свете этого следует отметить еще одну важную проблему процедуры проведения психологической коррекции: это имидж психолога и его специальные профессиональные навыки. Наши многолетние наблюдения и

исследования показали, что дети могут приходить на коррекционные занятия с негативными установками, страхами, неприязнью, агрессией и абсолютным непониманием происходящего. Помимо этого, как известно, жалобы родителей на «плохое» поведение ребенка могут быть преувеличены, преуменьшены, некорректно сформулированы или не соответствовать действительности. Психолог должен создать свой имидж в соответствии со своими возрастными и прочими данными, чтобы произвести на ребенка хорошее впечатление и вызвать его доверие. Кроме этого, надо учитывать, что восприятие ребенком времени и временной перспективы сильно отличаются от тех же переменных у взрослого человека. Дети часто воспринимают взрослых людей как инопланетян, которые живут по другим правилам и не в состоянии понять ребенка. Наши исследования показали, что некоторые дошкольники считают, что тот или иной взрослый человек никогда не был маленьким, не ошибался, не боялся и не совершал плохих поступков. А многие младшие школьники считают, что их учителя и родители всегда были отличниками. К тому же система детских ценностей сильно отличается от системы ценностей взрослых. Представления же о себе у многих детей с нарушением развития в целом, и поведения в частности часто оказываются не сформированы или сформированы неверно. Так у детей с нарушениями поведения могут быть не сформированы понятия: «хороший»-«плохой» ребенок, «добрый»-«злой» человек. Так как психологическая коррекция подразумевает неоднократное общение с ребенком, психолог должен обеспечить его позитивное отношение к процедуре занятий. Постепенное продвижение от легких и приятных заданий, содержащих когнитивную и аффективную составляющие, к более сложным и менее приятным, в совместной с психологом деятельности, постепенное продвижение от ситуаций абсолютного успеха к ситуациям преодоления трудностей и выработке адекватного поведения в ситуации неуспеха, а также навыков соблюдения определенных правил помогут

выработать общую стратегию коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения поведения.

Education of disabled people in Poland- changes in statistics and the approach to “the Other”

Błeszyński J.J.

Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

The fact that educational and caring systems in special pedagogy change and evolve is a very important element correlated with the changes happening in social, cultural and economic spheres. This symbiotic and elementary characteristics oriented on taking actions in a given pedagogic system allows not only to join the current changes but also to initiate the changes – as in the case of changes of integration and social acceptance of the disabled. Political, economic and social systems have shaped a new look at placing such people – so far separated and margined –into building an open society that is polarised and personified. The changes in questions are of great importance in discussions concerning globalisation and alternative approaches –frequently extreme ones.

These crucial phenomena are both based on and caused by the social options that keep changing as far as the approach to an individual, to a group and to the whole humankind is concerned.

1. Education of disabled people in Poland

Polish education system underwent major transformations in the 90’s when the process of conformation with the requirements and postulates of the EU was initiated. These changes have triggered a series of further modifications in 2010, when the Ministry of Education began to modify the system of special education by introducing “inclusion”. I have described the initial changes in a book edited by Czesław Kosakowski (Błeszyński, 2001). I have analyzed the changes in special pedagogy, in particular, in the field of educating people with special educational need,. I attempted to enumerate the factors influencing pedagogy that would

transform the requirements of the educational market and influence the change of the whole system. It was essential to present the priorities connected with the system changes, a place and tasks of non-segregation / integration teaching in the system of special education.

2. Changes in statistics

Among the changes in the situation of the disabled one encounters in the new geopolitical situation of Poland are the following:

1. Referring to the previously presented direction of changes in education (educating individuals with special needs) and to the data provided by Central Statistical Office, it can be stated that much of the actual transformation has been foreseen.
2. The number of children and youth learning in resocialisation institutions (institutions for the socially maladjusted and individuals with conduct disorder) and rehabilitation institutions (institutions for mentally disabled, individuals with combined disability and physically disabled) has risen. These developmental changes in the education system highlight the problem of social dysfunction.
3. The number of individuals with visual and hearing impairment using the state help has neither risen nor fallen – no crucial changes in educating sensory impaired persons have been observed.
4. The number of students (and at the same time educational institutions for them) with physical disability and combined disability, lingering diseases (the Rabka Institution was closed in 2005), autistic children (autism has been treated as combined disability since 2002), and mentally disabled is decreasing.
5. Children with mild disability have been incorporated by mass-education. Additionally, a number of private institutions offering help and tuition for disabled individuals has been set up (subsidies for institutions helping autistic children is the highest).

6. Mass-education offers integration classes for both disabled and healthy children, especially in primary education. Individuals with mild mental and physical disability, who are presently learning in mass-education will require increased specialist help in further education.

Present tendencies are undoubtedly connected with the lowering number of students attending gimnazjum (lower secondary school). This tendency can also be observed in special education system.

As foreseen, these preferences were shaped by social difficulties. These difficulties, on one hand, caused the introduction of integration classes (mainstreaming) in mass-education (which encourages transfer of dysfunctional children from special education to mainstream classes and mass classes) and on the other hand, the establishment of special educational institutions connected with resocialisation pedagogy, as a result of social pathology escalation. This phenomena is undoubtedly, the result of behavior problems reported by mass education teachers and counselors working in dormitories and similar welfare institutions, usually catering for the needs of children and teenagers without developmental disorders. Troublesome charges of these educators are frequently sent to special education institutions for individuals with mild mental disability, whilst they should actually be called individuals with intellectual disability. (Błeszyński, 2006).

Today, it can easily be stated that after years of non-segregation system in special education for mentally (and otherwise) disabled children and youth some alarming phenomena appeared. These problems are mostly connected with late admission of students to special education system. Unsuccessful stimulation attempts of intellectually disabled children in mass-education result in education failure and antisocial behavior (especially negativism and social maladjustment). Another drawback is an escalating threat of addictions to which younger and younger children are prone. Additionally, family environment is often unable to cater for the special needs of their children and therefore shifts the responsibility of upbringing onto educational institutions and church.

It is often the case that students who finally find themselves in a special education institution, are faced with adaptation difficulties resulting from an actual lack of ability to acquire the necessary knowledge and master essential skills at school. Intensification of deficiencies, negative school experience (before special education institution) determine the measures taken in special education.

Unfounded delay of placing a child in a special education institution may primarily be caused by the society's negative attitude towards such schools (segregating) and inability to understand the actual role of these institutions in the education system. Special education system should not be seen as rejecting (stigmatizing, condemning, branding) but rather as supporting, providing a chance for functioning in society and minimizing the differences connected with impairments.

The tendency of leaving special education among chronically ill children and youth may result from the change in terminology, as well as from a massive closure of special education institution for the benefit of welfare centres in the actual place of residence. It is connected with the reform conducted by the Ministry of Health and Welfare, which aimed at limiting the cost of treatment and increasing the role of outpatient treatment. In most cases, chronically ill children attend mass schools in the vicinity of their place of residence, frequently undertaking compulsory education in a form of individual tuition accounting for the special education needs of an individual.

Support delay is a problem that mostly concerns children with mild disabilities. Their dysfunctions expand and accumulate in mass-education system. Distance from a special institution, lack of development possibility (especially in rural areas- villages and small towns) are major factors delaying intervention and rendering the prevention of developmental disorders impossible. The number of children placed in special needs kindergartens has been increasing which may be the evidence of a factual need for the existence of special needs kindergarten as such. Furthermore, it may demonstrate the necessity of welfare and tuition for disabled pre-school children.

The necessity of establishing a larger number resocialization and rehabilitation institutions has been acknowledged. We can observe a growing inefficiency of mass-welfare and education. Aggression, violence and addictions are more frequent among children and teens. The problems of self-inflicted injuries, suicidal attempts, under-age prostitution have not been solved. The aforementioned problems increase the risk of spreading infectious diseases (including AIDS), which, in turn, may affect health condition of the whole society.

The described dangers have an obvious influence on special education and they may become more serious and frequent. This is strictly connected with the rise in the number of crimes committed by the disabled. This may well be a result of the inefficiency of family environment, its pathology and lack of sufficient support for the parents, environment of disabled. The help and support should not only be limited to the financial matters but also intervene with the sphere of upbringing and culture. It would be advisable for social institutions and societies to provide means of spending free time, offering opportunities for counseling, supporting and building up childcare skills, in general, helping families with problems. In particular, parental guidance could help parents of a disabled child requiring special care and need of constant support.

Such approach is an outcome of a series of actions promoting tolerance, acceptance and normalization. The actions should be taken on a larger scale than up to now as Stanisław Kowalik suggests (2005; compare with Tøssebro, 2003, p. 19). According to him the activity should be directed at deinstitutionalization (giving the disabled and opportunity for real life experience instead of placing them in institutions), integration (enabling the disabled, including intellectually disabled, to perform everyday actions such as learning, working, spending free time just as it is done by other members of society), normalization (providing the disabled with the developmental chances offered to the other citizens). For the aforesaid to be successful, society needs to provide support. Non-segregation / integration activity is visible, and more widely appreciated despite encountering obstacles and limitations. It can be said that this activity is systematically organized and has legal

grounding. Nevertheless, there is a compulsive need of going beyond the system. Integration should be aided by informal proceedings, which would help to verify the usability of undertaken measures in reality. It can be determined whether the society accepts and absorbs the activity. Disability commences to be perceived not as a limitation but possibility of non-stereotypical interaction.

Discussion

The attempts of organizing postgraduate oligophrenopedagogy courses show the actual lack of broader understanding of the MR (which undoubtedly has influence on their education) and wrong focus point. The problem of mental retardation is seen in isolation, forgetting about the possibility of complex disability and the newest educational achievements in the field of special education. The term “inclusion” does not solely relate to the problem of disability and special needs education. It is more of a direction of change in the field of human functioning in the modern world. This concerns groups, categories taken into account in analyses (for instance: disability and attitude towards disabled individuals), social groups, which are considered unacceptable and are excluded from, or barely tolerated in the society. The people entering human interaction in unusual ways, are perceived ambiguously by the environment. Attitudes towards “the Other”, which category the disabled were often placed in, are extremely varied.

Bibliography

Błęszyński J. J. (2001). *System kształcenia specjalnego na przełomie wieków* [w: C. Kosakowski red. n., *Nauczanie i wychowanie osób lekko upośledzonych umysłowo*. Toruń: Akapit.

Błęszyński J. J. (2009). *Inkluzja i ekskluzja społeczna osób z niepełną sprawnością*. [w:] red. n. Dycht, L. Marszałek, *Inkluzja i ekskluzja społeczna osób z niepełną sprawnością. Współczesne konteksty i kontrowersje pedagogiki wspierającej*, Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.

Gustavsson A., Tøssebro J., Zakrzewska - Manterys E. red. n. (2003), *Niepełnosprawność intelektualna a style życia. Perspektywy podmiotowe, wybory życiowe, systemy usług w Szwecji, Norwegii i w Polsce*. Warszawa: IFiS PAN.

Kowalik S. (2006). *Humanizm i niepełnosprawność – promowanie jakości życia*, [w:] W. Zeidler red. n. *Niepełnosprawność. Wybrane problemy psychologiczne i ortopedagogiczne*, s. 231–271. Gdańsk: GWP.

Rocznik Statystyczny 1997 (1998). Warszawa: ZWS.

Rocznik Statystyczny 2004 (2005). Warszawa: ZWS.

Rocznik Statystyczny 1996 (1997). Warszawa: ZWS.

Rocznik Statystyczny 2009 (2010). [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rs_rocznik_statystyczny_rp_2009.pdf, 29.11.10].

Tóssebro J. (2003). *Stosunek do osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz rodzaj świadczonych usług we współczesnej Norwegii*, [w:] A. Gustavsson, J.Tóssebro, E. Zakrzewska-Manterys red. n., *Niepełnosprawność intelektualna a style życia. Perspektywy podmiotowe, wybory życiowe, systemy usług w Szwecji, Norwegii i w Polsce*. Warszawa: IFiS PAN.

Zeidler W. red. n. (2006), *Niepełnosprawność. Wybrane problemy psychologiczne i ortopedagogiczne*. Gdańsk: GWP.

Нарушения полоролевой идентификации, как фактор девиантного поведения воспитанников детского дома

Бобкова Т.С.,

Детский дом, г. Сызрань,

tsbobkova@mail.ru

Среди многочисленных проблем воспитания и обучения детей-сирот красной строкой можно выделить проблему девиантного поведения во всех формах его проявления: противоправные действия, табакокурение, употребление алкоголя и ПАВ, проституция, сексуальные девиации, т.е. поведения, отклоняющегося от морально-нравственных норм человеческого общежития. Особое внимание мы хотим обратить на девиации, связанные с нарушениями в полоролевой сфере воспитанников интернатных учреждений, имеющие как биологическую (наличие явной или скрытой психопатологии), так и социальную природу (А.А. Аладьин, И.А. Фурманов, Н.В. Фурманова) [7]. Решение данной проблемы требует серьезного пересмотра как в рамках профилактики отклоняющегося поведения воспитанников, так и в области полового воспитания и просвещения.

Проблема социального сиротства с каждым годом приобретает катастрофические масштабы, являясь одной из негативных тенденций современного общества. Детерминантами данного явления выступают не только меняющаяся социально-экономическая ситуация в стране, но и, прежде всего, падение морально-нравственных устоев, ценностей семьи и

брака, потеря ответственности взрослых за судьбу своих детей и семей. Сегодняшние воспитанники детских домов в большинстве случаев являются социальными сиротами, имеющими родителей, которых государство лишило родительских прав по причине ненадлежащего воспитания [3]. За последнее время контингент воспитанников детских домов изменился, он характеризуется более сложной структурой недоразвития.

По мнению зарубежных и отечественных ученых, причины серьезного отставания в темпах физического и психического развития, поведенческие нарушения и трудности социально-психологической адаптации детей-сирот кроются в дефицитности общения и депривации, особенно материнской в раннем детстве [6]. Это позволило ученым поставить вопрос об особом варианте их психического развития, а не о простом отставании по сравнению с обычными детьми (Д.Боулби, М.Клейн, М. Лангмейер, З.Матейчек, И.В. Дубровина, М.И. Лисина, В.С. Мухина, Л.М. Щипицына и др.). Мы разделяем точку зрения Т.И. Юферовой, Н.Н. Крыгиной об отсутствии адекватной модели полоролевого поведения по женскому и мужскому типу в условиях сиротства, что зачастую нарушает процесс половой идентификации и сказывается на развитии «Я» - концепции [5]; [9].

Нарушения процесса формирования полоролевой идентификации, как утверждает И.С. Кон, детерминируют развитие раздражительного и депрессивного состояний у подростков, а в некоторых случаях агрессивного поведения и сексуальных девиаций [4]. В детских домах и школах-интернатах нередко онанизм, гомосексуализм и другие сексуальные отклонения. Одной из причин, по мнению А. Молля, является существование особого периода – подростковой интерсексуальности, когда половая возбудимость очень велика, а объект влечения не определен [4]. Д.Мармор предлагает считать гомосексуальные контакты преходящими, временными, ситуативно обусловленными в условиях закрытого учебного заведения и типичными только для определенной фазы психосексуального развития (подростковое сексуальное экспериментирование) [7]. Также в числе прочих

причин выступает деформированная компенсация недостающей любви, недостаточных положительных эмоций, нормального человеческого общения: сниженная интимность и доверительность, эмоциональная уплощенность общения взрослых с детьми; дефицит возможностей установления прочных и длительных взаимоотношений ребенка с определенным взрослым; наличие и высокая частота сменяемости взрослых с несовпадающими программами поведения. Родители социальных сирот являются носителями негативных моделей социального поведения, которые усваиваются детьми в силу особенностей их отношения к родителям. Негативный опыт раннего проживания в кровной семье, халатное выполнение материнских функций, отсутствие теплоты и привязанности, насилие, побои, научение агрессивному поведению через наблюдение за кем-либо в семье, демонстрирующим власть, в последствие порождает жестокость [8].

Особая психологическая проблема - отсутствие свободного помещения, в котором ребенок мог бы побыть один, передохнуть от взрослых и других детей (скученность детей в одном месте). Необходимо отметить, что у значительной части воспитанников (особенно в коррекционных учреждениях) наблюдается ЗПР и интеллектуальная недостаточность, что может служить причиной отклонений в психосексуальном развитии (Н.Л. Белопольская, Л.М. Щипицына) [1]; [8]. Неустойчивость внутренней ценностно-нормативной системы сирот, ведомость и слабовольность, ограниченный социальный опыт являются предпосылками для вовлечения таких детей в криминальную среду в качестве исполнителей преступлений. Умственная отсталость сирот воспринимается в такой среде как возможность снижения ответственности за противоправные действия.

Отклонения, связанные с изменением стереотипа полового поведения, относятся к одной из групп сексуальных девиаций.

В результате эмпирического исследования выявлены проявления феминности личности при внешней агрессивности (самозащитного

обвиняющего характера) у 33,4% мальчиков ($\rho=0,441$; $p\geq 0,05$ - $p\leq 0,01$) детского дома и маскулинности ($\rho=0,523$; $p\geq 0,05$ - $p\leq 0,01$) у 28% девочек-сирот. Проявления феминности мальчиков, возможно, связаны с тем, что воспитанники во внутреннем плане действий на эмоционально-волевом уровне не способны выносить самостоятельные решения, зависимы от мнения окружающих взрослых и сверстников. В силу группового «мы» девочки заимствуют агрессивные формы поведения. Это форма выживания, утверждения себя среди таких же обездоленных или среди чужих, которые оцениваются как «они» [6].

Нередко встречается гипермаскулинная роль, в качестве компенсаторного поведения, у подростков, стремящихся утвердиться как в собственных глазах, так и в глазах сверстников. Нарочитая агрессивность, грубость, готовность в любой момент вступить в драку, курение, алкоголизация и употребление наркотиков выступают лишь как средство утверждения в мужской роли. Наблюдается склонность к антисоциальным поступкам. Стремление к лидерству в группе поддерживается не столько силой и уверенностью, сколько жестокостью и проявляется издевательствами над животными, младшими детьми или более слабыми сверстниками [2].

Г.С. Васильченко указывает на то, что у девочек при изоляции от матери, недостаточной материнской любви и отсутствии ласки в детстве, может выявиться полоролевая трансформация, приводящая в последствии к несвойственным в норме женщинам агрессии и черствости, отсутствию материнского инстинкта [2]. Как правило, это сопровождается ранним началом половой жизни и беспорядочными кратковременными связями, которые начинаются в подростковом возрасте и обусловлены отсутствием межличностного барьера, т.е. короткие, «на равных» отношения девочек-воспитанниц со сверстниками воспринимаются правильно, а с мужчинами старшего возраста – как доступность, «самореклама». Сексуальная распущенность, низкий уровень морально-нравственных ценностей воспитанников детских домов как мальчиков, так и девочек, обычно

сопровождается различными отрицательными явлениями - плохой успеваемостью, преступностью, алкоголизмом, нервно-психическими расстройствами и т.д. Вопросы полового и сексуального образования очень актуальны для воспитанников детских домов, так как у них нет других источников получения информации, кроме школы и специалистов детского дома, а сексуальная активность наступает достаточно рано [7].

В условиях данной социально-педагогической ситуации психического развития трудности подросткового возраста усугубляются, особенно провоцируется появление ранее скрытой акцентуации или патологии. Как указывает В.С. Мухина, отклонения в половой идентификации в меньшей степени имеют врожденную природу, они больше возникают из-за нарушенного процесса становления половой идентичности, искажений в воспитании взрослыми, микросоциальным окружением и т.д. [6].

Резюмируя вышесказанное, профилактика девиантного поведения, связанного с психосексуальной сферой воспитанников детского дома должна начинаться как можно раньше с контроля за играми и общением со сверстниками, для того чтобы правильно ориентировать на ценности половых ролей; сублимирование агрессии за счет вовлечения детей в творческую, созидательную деятельность при возможности самоутвердиться через достижение положительного результата; психолого-педагогическая подготовка воспитателей; обеспечить каждому ребёнку своё биологическое пространство, дать возможность уединения и общения; устройство детей-сирот в гостевую семью, с расширением социальных контактов, образцами нормальных семейных, межполовых отношений и т.д. Эти меры несут в себе рациональное зерно, однако кардинальное решение проблемы требует государственной поддержки.

Литература

1. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования детского самосознания. - М., 1995.

2. Васильченко Г.С., Решетняк Ю.А. Сексуальные нарушения при акцентуациях характера и психопатиях // Сексопатология. - М., 1990.
3. Дубровина И. В., Лисина М. И. Особенности психического развития детей в семье и вне семьи. Возрастные особенности психического развития детей. - М.,1982. С. 190.
4. Кон И. С. Психология ранней юности. - М.: Просвещение, 1989.
5. Крыгина С.Н. Особенности психологической защиты подростков, воспитывающихся в условиях детского дома, в ситуации общения со сверстниками из семей: Дис. канд. псих. наук / М., 1993.
6. Мухина В. С. Особенности развития личности ребенка, лишенного родительского попечительства. Дети с отклоняющимся поведением // Под ред. В. С. Мухиной - М., 1989.
7. Фурманов И.А. Психология детей с нарушениями поведения: пособие для психологов и педагогов/ И.А.Фурманов. – М.: ВЛАДОС, 2004.
8. Щипицына Л.М., Иванов Е.С., Виноградова А.Д. и др. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации. - СПб, 1997.
9. Юферева Т. И. Особенности формирования психологического пола у подростков, воспитывающихся в семье и в интернате // Возрастные особенности психического развития детей. - М., 1982.

Особенности возрастной идентификации у подростков с нормативным и нарушенным интеллектом в ситуации жизненного кризиса

Бочарова Е.Е.

Межшкольный учебный комбинат, г.Домодедово, Московская область

bocharova.ee@gmail.com

(аспирант МГППУ, научный руководитель Н.Л.Белопольская)

Подростковый возраст является наиболее сложным, противоречивым периодом в жизни человека. Одним из центральных компонентов личности, развивающихся в подростковый период, является самосознание [Н.Л.

Белопольская, С.Р.Иванова, Е.В. Свистунова и др.]. Важной характеристикой самосознания является идентичность [Н.Л. Белопольская].

Возрастная идентификация является центральной составляющей идентичности человека. Как показали исследования, в ее формировании одинаково задействованы и когнитивные, и эмоциональные компоненты [Н.Л. Белопольская].

Нарушения возрастной идентификации в подростковом возрасте могут повлечь за собой такие искажения в структуре личности, как нарушение самооценки, неспособность объективно оценивать внешние обстоятельства, адекватно воспринимать свое настоящее и представлять свое будущее [Н.Л. Белопольская, Е.Е.Бочарова].

Формирование идентичности зависит как от личностных особенностей детей и подростков, так и от уровня их интеллектуального развития. Выбор в качестве привлекательного образа следующей возрастной роли указывает на стремление к развитию и принятию своей нынешней и будущей социальной роли, готовность и возможность формирования нормативной половозрастной идентичности [Н.Л. Белопольская].

Подростковый возраст всегда рассматривался психологами, педагогами и врачами как сложный кризисный период в жизни человека. При этом имелся в виду именно возрастной кризис [Л.Ф. Обухова]. Однако, возрастной подростковый кризис нередко сопровождают драматические события, которые усугубляют тяжесть его протекания. Эти события могут приводить к негативным изменениям в структуре и без того «незрелой» и уязвимой личности. Кроме того, в подростковый период вступают и дети из неблагополучных семей, чье развитие уже было подвержено негативным воздействиям, и дети с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, достаточно часто «трудный подросток» на самом деле находится в ситуации двойного, если так можно выразиться, кризиса: возрастного и жизненного.

Жизненный кризис - сложное и многогранное понятие, которое может оказывать на личность как положительное, так и отрицательное воздействие [А.А. Кроник, Р.А. Ахмеров]. В поле зрения психологов, конечно же, попадают подростки, чей возрастной кризис усугублен различными негативными средовыми факторами: проблемами в семье, школе, конфликтами со сверстниками, а также пребыванием в детских домах и приютах. Возникновение кризиса часто связано с какими-то потерями (близких, любимых, работы, здоровья) [Ф.Е.Василюк].

Временное помещение подростка в приют, когда он остался без попечения родителей, является тем внешним обстоятельством, которое способствует развитию переживания подростком жизненного кризиса. Подросток оказывается в ситуации неопределенности: он не знает и не понимает, что будет с ним дальше, вернется ли он домой. Как правило, этому событию предшествуют и другие негативные события в жизни подростка: изъятие из семьи, тяжелая болезнь или гибель родителей, осуждение одного или обоих родителей судом с последующим отбыванием в местах заключения, лишение родительских прав и другие. «Временное помещение» не имеет строгого ограничения во времени, и подростки не знают, сколько времени они проведут в приюте. Среди подростков, попавших в приют, достаточно часто встречаются подростки с сниженным интеллектом.

Переживание подростком жизненного кризиса, несомненно, затрагивает процесс формирования его самосознания. Исходя из этого, мы предположили, что важным индикатором в психологической диагностике личности таких подростков может выступить возрастная идентификация.

Нами была проведена серия экспериментальных исследований, направленных на изучение особенностей возрастной идентификации у подростков с нормативным и нарушенным интеллектом, находящимися в ситуации жизненного кризиса, а также их благополучных сверстников с нормативным интеллектом. В исследованиях приняли участие более 80-ти

подростков в возрасте от 12, 1 до 17,11 лет, которые представили четыре экспериментальные группы: 1) подростки, находящиеся в приюте и имеющие нормативный интеллект; 2) подростки, находящиеся в приюте со сниженным интеллектом (с диагностированной умственной отсталостью легкой степени); 3) подростки из приюта, у которых в школьном возрасте была диагностирована задержка психического развития; 4) благополучные подростки, обучающиеся в массовой школе (контрольная группа).

Проведенные исследования позволили выделить некоторые особенности возрастной идентификации:

1. Результаты исследования показали, что у подростков с нормативным и с нарушенным интеллектом, находящихся в приюте, имеются характерные для переживания жизненного кризиса нарушения возрастной идентификации.

2. Выполнение заданий на возрастную идентификацию подростками, находящимися в ситуации жизненного кризиса, отличается наличием выраженных аффективных реакций. Благополучные подростки воспринимают задания на возрастную идентификацию как когнитивные и оценивают их как сверхлегкие.

3. Помещение в приют тяжело переживается всеми подростками. Это доказывается тем, что выборы предпочтительного возрастного образа для подростков с нормативным развитием и подростков с интеллектуальной недостаточностью оказались одинаковыми в отличие от подростков, находящихся вне жизненного кризиса и вне приюта.

4. Подростки со сниженным интеллектом обнаруживают слабые представления о своем жизненном пути и смене своих возрастных позиций. Они менее склонны размышлять о своем будущем, чем подростки с нормативным интеллектом в ситуации жизненного кризиса.

5. Умственно отсталые подростки, в отличие от подростков с ЗПР имеют неадекватную самоидентификацию, что, несомненно, мешает

адаптации к новым жизненным трудностям и формированию правильного поведения в социуме.

6. Психологическая коррекция возрастной идентификации у подростков, находящихся в приютах, и формирование позитивных представлений об их будущем пути являются необходимыми аспектами работы психолога с подростками как с нормативным, так и со сниженным интеллектуальным развитием.

Литература:

1. Ахмеров Р. А., Биографические кризисы личности, Автореферат на соискание ученой степени кандидата психологических наук, Москва: Институт психологии РАН, 1994 г.

2. Белопольская Н. Л., Когнитивные а аффективные детерминанты решения задач на возрастную идентификацию. В кн. «Познание и общение», - М.2009

3. Белопольская Н. Л., Половозрастная идентификация. Методика исследования детского самосознания. Руководство, М: «Когито-Центр», 2002

4. Белопольская Н.Л. Психологическое исследование возможностей половозрастной идентификации у детей с интеллектуальной недостаточностью, Дефектология, 1992, №1

5. Белопольская Н.Л., Экспериментальное исследование возрастной идентификации у людей, совершивших суицидальную попытку //Психологическая наука и образование, 2010, №2

6. Белопольская Н.Л., Бочарова Е.Е., Экспериментальное исследование возрастной идентификации у подростков в ситуации жизненного кризиса // Специальная психология, 2010, №3

7. Белопольская Н.Л., Иванова С.Р., Свистунова Е.В.и др., Самосознание проблемных подростков, М: Институт психологии РАН, 2007

8. Василюк Ф.Е. «Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций», Журнал практической психологии и психоанализа, декабрь 2001, №4, электронная версия

9. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия. Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути.- М.: «Смысл», 2008.

10. Обухова Л.Ф. Возрастная психология, М: Российское педагогическое агентство, 1996

Особенности самосознания мальчиков дошкольного возраста с опытом длительного внутрисемейного насилия

Бурлакова Н.С., Самойлова Т.Г.

МГУ им. М.В.Ломоносова,

naburlakova@yandex.ru

Актуальность проблемы насилия (физического, эмоционального, сексуального) определяется как его всё большей распространённостью в современном мире, так и психосоциальными последствиями. Нестабильность внутри семьи, проблематичные отношения привязанности, пренебрежение родительскими обязанностями, жестокость, враждебность по отношению к ребенку, психологическое, эмоциональное, физическое, и в особенности, сексуальное насилие практически с неизбежностью приводят к тяжелым нарушениям личности, аффективным расстройствам, девиантному поведению[3;5;6]. Так, около 80% пациентов, имеющих диагноз «пограничное расстройство личности», обнаруживают в детстве случаи сексуального насилия. Есть данные, позволяющие считать сексуальное и физическое насилие предиктором пограничной личностной патологии. Вместе с тем, есть и другие факты, когда наиболее травматичный вид насилия – сексуальное (к которому относятся не только реальные сексуальные действия, но и демонстрация действий сексуального характера перед ребенком[4]), могут не оставить длительного следа в эмоциональной жизни ребенка, а затем и взрослого, в том случае, если ребенок – жертва насилия находится в заботливом и поддерживающем семейном окружении,

готового открыто и искренне обсуждать случившееся. Все вышесказанное ставит проблему факторов и условий переживания опыта насилия с особой остротой.

Богатый эмпирический материал представлен в описаниях психотерапевтических случаев ретроспективного восстановления и изучения факта насилия, пережитого в детстве, а также их связи с внутренним опытом взрослого человека. Однако, исследований динамически прослеживающих актуальное развитие ребёнка, находившегося в условиях длительного внутрисемейного насилия на ранних стадиях своего развития, рассматривающих ближайшие и отдаленные последствия пережитого насилия, имеется в недостатке. Отметим также, что при отслеживании ближайших и отдалённых последствий пережитого насилия, значимо меньше работ посвящено изучению последствий пережитого насилия для мальчиков, особенно в дошкольном возрасте. Меняются ли, и в каком направлении отношения «Я – Другой» в самосознании ребенка в связи с его взрослением и спецификой семейного окружения, каковы содержательные особенности образа Я и образа Другого по мере временного удаления от травматического опыта, какие процессы в самосознании ребенка могут выступить в качестве ресурсных для организации психологической работы с таким ребенком? Актуальность таких работ бесспорна не только для научного знания о развитии личности ребёнка в особо неблагоприятных для этого условиях, о стратегиях компенсации, но и для практики психологического вмешательства и психотерапии.

В данном проблемном контексте строился замысел настоящего исследования, выполненного на материале двухлетнего лонгитюдного изучения внутреннего опыта 3 мальчиков 5,5-7 лет с опытом длительного внутрисемейного насилия в раннем детском возрасте (3-5 лет), включая эмоциональное, физическое и сексуальное насилие (наблюдение откровенных сексуальных действий взрослых), сопряжённое с эмоциональной нестабильностью, алкоголизмом родителей. Указанные

условия развития детей в одном случае усугублялись убийством матерью новорожденного брата и последовавшей за этим ее собственной смертью на глазах у мальчика. Родители всех мальчиков были лишены родительских прав, дети воспитывались бабушками, которые взяли на себя функцию опеки. Развитие всех трех детей шло по «пограничному типу». В группу нормы вошли 10 мальчиков 5,5-7 лет без переживания опыта насилия.

Несколько слов о диагностическом инструментарии. Несмотря на разнонаправленность теоретических интересов исследователей, имеется сходство во мнении, что диагностическая работа с детьми жертвами насилия достаточно трудна и требует особой, высокой квалификации исследователя, особых методов или же их модификаций. Вместе с тем, в настоящее время универсальный набор методических средств для задач диагностики эмоционально – личностного развития ребёнка, пережившего насилие, не создан и является предметом дискуссий [7]. Наиболее информативным для исследования самосознания, становления Я, защитных образований, определения условий, благоприятствующих или препятствующих личностному развитию, а также выявления позиций риска для формирования патологии в нашей практике стал Детский Апперцептивный Тест (САТ) в нетрадиционном его проведении; предполагался анализ не только высказываний ребёнка, но и условий их получения, учёт активности психолога [1;2]. Диагностически оправданным стало применение «свободного рисунка», «свободной игры» и «лепки из пластилина» при постановке их в плане обследования после основной проективной методики – САТ, в результате чего получили своеобразное драматическое продолжение попыток разрешения конфликтов, проекции и яркие эмоциональные переживания, актуализировавшиеся под влиянием стимулов САТ. Значимый вклад в получение данных о специфике самосознания обследуемых детей внесла игровая техника со специально подобранными игрушками. В целом диагностическое обследование потребовало гибкости, нестандартных

решений по приспособлению к личностным особенностям детей, поскольку не срабатывали привычные условия предъявления и проведения методик.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Отдаленные последствия пережитого длительного внутрисемейного насилия у исследованных детей характеризуются следующими нарушениями: а) в поведении мальчиков отмечались: дезорганизованность, импульсивность, двигательное возбуждение, разрушительные тенденции, агрессивно-садистические проявления; б) характер устанавливаемых связей с взрослым отличался диффузностью, нестабильностью и кратковременностью контактов. Переживание близости возникало на фоне интенсивных негативных реакций; в) в эмоциональной палитре преобладали переживания гнева, страха оставленности и исчезновения, недоверие к окружению. В целом эмоциональные и поведенческие реакции детей были весьма инфантильны и более свойственны детям 3-4 лет.

2. Проективные рассказы мальчиков с длительным переживанием опыта внутрисемейного насилия характеризовались прерывистостью, неразвёрнутостью. Создание рассказов нуждалось в специально организованной помощи. Авторская позиция была слабой и нестабильной, что указывает на слабость интегративной функции Я. Проективные рассказы мальчиков группы нормы представляли собой сложившуюся семиотическую форму с видением сюжетного целого. Авторская позиция была устойчива и рационально проработана.

3. Самосознание мальчиков 6-7 лет без переживания опыта насилия, характеризовалось стабилизацией обратимости между позициями Я и Другого, что делало возможным организацию совместной деятельности. Присутствовал обобщённый образ авторитетного взрослого, доминировало стремление следовать взрослым правилам и нормам. Образ Другого был стабилен и положительно окрашен. Дети могли свободно

идентифицироваться с Другим и перерабатывать в символической форме опыт отношений. По результатам лонгитюдного исследования в самосознании детей-жертв длительного внутрисемейного насилия отмечались глубокие нарушения: а) во внутреннем диалоге в структуре самосознания ребёнка доминировал образ «токсичного», враждебного, подавляющего Другого, в связи с чем преобладали страхи исчезновения, оставленности; б) отношения между полюсами «Я- Другой» в самосознании ребёнка нестабильны, слабо рационально проработанны, отсутствовало живое взаимопротекание опыта между ними; в) с установлением положительной привязанности к ухаживающему за ребёнком взрослому на втором году наблюдения за детьми появились черты положительного образа Другого, усиливалось регрессивное стремление к Другому, что часто подвергалось защитному отрицанию.

4. Трансформация травматического опыта за время лонгитюдного прослеживания развития ребёнка в условиях недостатка семейного принятия происходило не за счёт проработки, а за счёт нарастания малоустойчивых защитных образований, камуфлирующих травматический опыт без реальной его проработки. Среди ведущих защитных стратегий можно выделить: а) внешнее, защитное, формальное усвоение социальных нормативов, интерес к замещающим отсутствию контакта в семье дружественным связям; б) защитное стремление к обладанию, грандиозные мечтания; в) сложность символической переработки опыта, как способ ухода от травматических переживаний проявлялся в «натурализации», буквализмности в восприятии персонажей и их действий. Сложность идентификации с Другим и символической её переработки и усвоение проявляется, в том числе, в отсутствии понимания причинности действий и наказаний (которые предстают как случайные); в) отрицание, вытеснение травматического опыта; г) регрессивные проявления, с одной стороны, как способ дополучить положительный эмоциональный отклик, который не был пережит в полной мере, с другой стороны, как манипулятивный момент в виде избегания

наказания. Наряду с регрессными проявлениями отмечался страх приближения к раннему травматично окрашенному детскому опыту.

5. В процессе лонгитюдного наблюдения выделен динамический паттерн внешнего и внутреннего диалога ребёнка – жертвы длительного внутрисемейного насилия на примере агрессивного поведения: ребёнок проецировал те переживания, которые наиболее травматичны для него (отвержение, гнев), пытаясь отчасти проработать их на Другом, затем следует спровоцированный действиями ребёнка соответствующий ответ взрослого, что подкрепляло первоначальные страхи ребёнка. Внутри данного многократно повторяющегося паттерна наблюдалось появление интенсивной скоротечной близости между ребёнком и взрослым. На фоне интенсивных негативных переживаний у ребёнка отмечался дефицит функции самоуспокоения.
6. Особую сложность при работе с детьми-жертвами насилия представлял собой эмоциональный отклик психолога. В связи с чем необходима супервизорская практика для переработки переживаний психолога для продолжения продуктивной работы с такими детьми.

Литература.

- 1.Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. «Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребёнка». М., 2001.
- 2.Бурлакова Н.С. О новых возможностях и перспективах развития проективного исследования// Вест.Моск.ун-та. Серия 14. Психология.2008. №4.
- 3.Ениколопов С.Н. Психологические проблемы семейного насилия // Тезисы второй всероссийской научной конференции "Психологические проблемы современной российской семьи" (25-27 октября 2005г.). В 3-х частях. Часть 2. М., 2005.
- 4.Зиновьева Н.О., Михайлова Е.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребёнок в кризисной ситуации. СПб, 2005.

5.Ильина С.В. Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личностных расстройств // Вопросы психологии, №6, 1998.

6.Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие/Под. Ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова.- 2-е изд.,испр.-М.,2005.

7.Jones D., McQuiston M. Interviewing the Sexually Abused Child, 1988.

**Зеленый дом Ф. Дольто – ранняя комплексная профилактика
нарушений поведения у детей и подростков**

Варпаховская О.Г.

Региональная общественная организация поддержки семей, имеющих
детей, и детей-сирот "Мы и наши дети",

Василевич И.А.

«Центр ранней социализации «Зеленая дверца», Москва

Нарушение поведения у детей становится все более и более актуальной проблемой. Серьезные поведенческие расстройства проявляются уже у детей в младшем возрасте. Профилактические меры в такой ситуации должны перемещаться в сторону ранней социализации, основы которой закладываются в семье.

К сожалению, основной акцент в воспитании детей младенческого и раннего возраста, особенно в семье, ставится на уход за ребенком и все более раннее обучение. Большинство родителей используют принудительные, непоследовательные паттерны воспитания, что закладывает развитие проблемных отношений детей и со сверстниками, и с взрослыми, и которые не только не способствуют социализации детей, а, наоборот, ведут к серьезным нарушениям в поведении детей как в самой семье, так и в различных детских учреждениях.

Особенно губительна встреча детей раннего возраста с различными видами насилия и, в том числе, психологического насилия в семье. Известно,

что у детей переживших и постоянно переживающих такое насилие, обнаруживается отставание в эмоциональном развитии и наблюдается острый дефицит социальных навыков.

Таким образом, роль семейного воспитания детей младенческого и раннего возраста значительна, а профилактические меры, проводимые по раннему предупреждению нарушений поведения детей, наименее разработаны.

Современные заботливые родители, знакомые с теорией привязанности, стараются не разлучаться с ребенком даже на самое короткое время. Носят их постоянно на руках, предлагают ребенку грудь не только тогда, когда он голоден, а при малейшем проявлении дискомфорта у ребенка.

В тоже время, жизнь очень часто вынуждает к расставаниям, как бы ни хотелось избежать этого (болезнь матери, необходимость работать матерям-одиночкам, конфликты в семье, и др. жизненные проблемы). Родители, к сожалению, часто не готовят детей к расставаниям, чтобы «не травмировать», «все равно не понимает», «чтобы не слышать плачь» и т.д. Опасаясь таких «травм», многие родители часто ставят детей в центр семьи, стремятся построить свою жизнь так, чтобы ребенок как можно дольше оставался в ее тепличных условиях. Особенно это относится к родителям детей с ограниченными возможностями здоровья.

Наибольшую психическую травму наносит ребенку именно неподготовленность к необходимости разлучиться с мамой даже на самое короткое время. Многие родители невольно переходят ту грань, когда надежная привязанность младенца переходит в патологическую зависимость ребенка раннего и дошкольного возраста от родителей.

Пока родители не осознают, что для нормального психического развития ребенка необходимо готовить его и себя тоже к наступлению следующего этапа развития – сепарации. Опасность возникновения патологической зависимости (сначала от родителей, потом от более сильных сверстников и т.п.) возрастает с каждым днем.

Своевременная сепарация – необходимое условие первичной социализации. Если родители заботятся о том, чтобы их ребенок имел возможность общаться не только с членами семьи и ближайшим ее постоянным окружением, а имел возможность свободной коммуникации как со взрослыми, так и со сверстниками, то эти родители дадут возможность ребенку получить необходимый социальный опыт общения, без которого и общее развитие ребенка будет задержано.

Если ребенок получит опыт социального общения, в атмосфере принятия и уважения, где сможет осознать себя и других, преодолит испытания, связанные с необходимыми в обществе запретами, то у него будет больше шансов осознать свою идентичность, свое собственное место в мире и признать право на такое же место для другого человека.

В нашей статье мы хотим привлечь внимание к профилактической модели ранней социализации «Зеленый дом», разработанный французским педиатром и психоаналитиком Ф. Дольто и впервые реализованной в Париже в 1979 году.

Ее модель основана на междисциплинарном взаимодействии принимающих специалистов (педагогов, врачей, психологов и др. специалистов, работающих в области детства) и представителей семей, воспитывающих детей от 0 до 3-х лет, в специально организованном социальном пространстве.

Многолетний опыт работы педиатра и психоаналитика приводит Ф. Дольто в мысли, что многих психосоматических заболеваний и даже более серьезных психических нарушений детей, подростков и взрослых могло бы не быть, если бы в самом важном для развития психики младенческом и раннем возрасте ребенок был бы услышан родителями. Особенно это важно тогда, когда речь ребенка, обращенная к нам, взрослым, произносится на первом довербальном языке.

Ф. Дольто считала, что если создать открытое социальное пространство для малышей и их родителей, где все располагает к установлению

человеческих контактов, в том возрасте, когда психические травмы раннего детства еще не переросли в симптомы, а у ребенка и родителей появляется возможность быть услышанными, в публичной, но не официальной обстановке, то комплексная профилактика отклонений и в физическом, и психическом, и социальном развитии получит новые дополнительные возможности.

Общеизвестный тезис, направленный к молодым родителям: «говорите с ребенком», Ф. Дольто переакцентировала в тезис: «слушайте ребенка». В понятие слушания она внесла мысль, что даже на довербальном языке ребенок посылает нам осознанные послания, которые мы, взрослые, можем понять, если допустим, что новорожденный ребенок не только слушает нас, но и говорит с нами и ждет ответа на свои послания. Ф. Дольто подчеркивала, что создание такого диалога чрезвычайно важно для того, чтобы ребенок мог почувствовать себя принимаемым, значимым и уважаемым членом человеческого сообщества. Невозможно нормальное развитие личности ребенка без уважения к нему как от родителей, так и от других окружающих его взрослых. А уважать – значит выслушать. Выслушать – значит принять ребенка равноправным человеческим существом, говорящим от самого его рождения, хотя и на довербальном языке.

Идея «Зеленого дома» Ф. Дольто, за 30 лет существования, завоевала признание во всем мире. В октябре 1995 года в Москве был открыт первый в России центр ранней социализации по модели Ф. Дольто - «Зеленая дверца».

И особая организация пространства, и работа принимающих направлены на гармонизацию развития ребенка, принятия его среди других детей и взрослых таким, какой он есть. Вся атмосфера «Зеленой дверцы» направлена на подготовку сепарации малыша в необходимом для него и его мамы темпе, что предотвращало и психосоматические проблемы, которые часто являются результатом неподготовленной сепарации или конфликтов внутри семьи.

Принимающие в «Зеленой дверце», как и в Зеленом доме, не дают прямых указаний или советов. Они там для того, чтобы слушать и слышать то, что дети хотят выразить, вербально или невербально, разделить с родителями их опасения и радости, поддержать в трудные моменты, возникающие в каждой семье.

Результаты многолетней работы «Зеленой дверцы» показали, что такая форма работы позволяет объединить усилия специалистов: педагогов, психологов, психотерапевтов и родителей в деле комплексной профилактики нарушений процесса целостного развития ребенка, в том числе, нарушений поведения детей и подростков. Возможность вместе с ребенком совершить первые шаги на пути его социализации позволяет родителям интернализировать необходимые знания, помогающие им выстраивать безопасные отношения друг с другом и с ребенком, не только открыть ему окружающий мир, но и дать возможность самостоятельно и уважительно постигать, прежде всего, мир других людей.

Изучение зоны ближайшего развития у детей, как перспективное направление в работе по психолого-педагогической коррекции нарушений развития.

Васильченко Н.П.

(аспирант МГППУ, научный руководитель Н.Л.Белопольская)

Проблема изучения зоны ближайшего развития (ЗБР) у детей является важной как для детской, так и для специальной психологии. Само понятие впервые ввел и теоретически разработал Л.С. Выготский.

Не смотря на то, что Л.С. Выготский описал понятие «зона ближайшего развития» достаточно кратко и в общих чертах, его положения о ЗБР легли в основу разработки принципов дифференциально-психологической диагностики нарушенного психического развития у детей.

В настоящее время исследование ЗБР является ведущим методологическим приемом в диагностике умственного развития ребенка и

изучении индивидуальных различий. Само понятие широко исследуется и разрабатывается психологами разных стран.

Изначально зону ближайшего развития рассматривали скорее как зону ближайшего интеллектуального развития ребенка. В этом направлении проводили свои исследования Т.В. Егорова [2] и А.Я. Иванова [4].

Однако последующие разработки этого понятия доказали, что такое сужение представлений о ЗБР до изучения потенциального уровня интеллектуального развития ребенка, без учета эмоционального, личностного компонентов, не совсем корректно. В этом направлении важной теоретической разработкой стала концепция возрастной периодизации Д. Б. Эльконина. Так же в этом направлении проводили свои исследования А. В. Запорожец, Я.З. Неверович, М.Л. Лисина, Н.И. Непомнящая [3] и др.

Н. Л. Белопольской было экспериментально доказано, что ЗБР имеет как минимум две размерности: когнитивную и эмоциональную [1]. Эти компоненты ЗБР взаимосвязаны и взаимозависимы. Был сделан вывод, что при работе с ребенком необходимо принимать во внимание опережающее формирование аффективных механизмов, от которых зависит эффективность его познавательной деятельности. Это наиболее актуально при работе с детьми с различными отклонениями психического развития.

Особенно это важно учитывать при работе с детьми с нарушениями интеллектуальной деятельности, так как обогащение эмоциональной сферы таких детей, и соответственно расширение их зоны ближайшего эмоционального развития (ЗБЭР), может способствовать реализации их интеллектуальных способностей, успешной социальной адаптации.

Таким образом, изучение ЗБР у детей с различными отклонениями развития представляется перспективным направлением в специальной психологии, так как имеет важное значение, как для психологической диагностики нарушений детского развития, так и для коррекционной работы каждого типа нарушения.

В связи с этим, целью проведенного нами исследования явилось изучение и выявление особенностей когнитивной и эмоциональной составляющей ЗБР у детей с задержкой психического развития (ЗПР) в возрасте 7-8 лет и у детей с невротическими реакциями 7-8 лет в сравнении с детьми с нормативным психическим развитием того же возраста.

Экспериментальное исследование проводилось на материале модифицированной психодиагностической методики Н.Л. Белопольской «Исключение предметов» и на коротких, простых, но эмоционально насыщенных рассказах. К каждому рассказу предлагалась сюжетная картинка, что помогало сконцентрировать внимание ребенка.

Методика «Исключение предметов» позволила исследовать когнитивную составляющую ЗБР разных групп детей. Рассказы, понимание которых зависело в большей степени от эмоционального опыта ребенка, чем собственно от когнитивных процессов, позволили исследовать эмоционально-смысловую компоненту ЗБР.

Задачами исследования стали: 1) выявить актуальный и потенциальный уровень развития процессов обобщения и отвлечения у детей с ЗПР и у детей с невротическими реакциями; 2) выявить актуальный и потенциальный уровень понимания эмоционально насыщенных рассказов детьми с ЗПР и детьми с невротическими реакциями; 3) анализ видов и количества помощи, необходимой детям разных групп для успешного выполнения предложенных заданий.

В эксперименте приняли участие 32 ребенка (средний возраст 7 лет 8 месяцев) с ЗПР церебрально-органического генеза, 12 детей с невротическими реакциями (средний возраст 7 лет 11 месяцев). Контрольную группу составили 37 детей (средний возраст 7 лет 6 месяцев) с нормативным психическим развитием.

Эксперимент состоял из четырех серий. Первая и третья серии были направлены та то, чтобы оценить уровень актуального когнитивного и эмоционального развития детей исследуемых групп. Соответственно в

первой серии эксперимента исследовался актуальный уровень развития процессов обобщения и отвлечения у детей с ЗПР и у детей с невротическими реакциями в сравнении с контрольной группой. Это дало нам возможность в некоторой степени оценить умственное развитие исследуемых групп детей.

В третьей серии эксперимента оценивался актуальный уровень понимания детьми с ЗПР и детьми с невротическими реакциями смысла иллюстрированных рассказов в сравнении с их нормально развивающимися сверстниками.

Вторая и четвертая серии эксперимента были организованы как «обучающий эксперимент» с использованием двух видов помощи: организующей, формирующей. Эти серии проводились с детьми, которые не справились с предложенными им заданиями первой и третьей серии эксперимента, то есть с детьми, которые допустили ошибки или затруднялись в нахождении правильного ответа в методике «Исключение предметов» и с детьми, обнаружившими полное или частичное непонимание смысла рассказов.

Таким образом, во второй серии эксперимента мы оценивали потенциальный уровень развития процессов обобщения и отвлечения у детей с ЗПР и у детей с невротическими реакциями, а в четвертой серии эксперимента – потенциальный уровень понимания детьми изучаемых групп смысла иллюстрированных рассказов.

Все это позволило нам оценить зону ближайшего когнитивного (ЗБКР) и эмоционального (ЗБЭР) развития исследуемых групп детей в сравнении с контрольной группой. ЗБКР и ЗБЭР соответственно определялись видом и количеством помощи, необходимой ребенку для успешного выполнения предложенных заданий методики «Четвертый лишний» и для достижения полного понимания смысла предложенных рассказов.

На основании полученных результатов были сделаны следующие выводы:

1. Актуальный и потенциальный уровень умственного развития детей с ЗПР и уровень понимания детьми с ЗПР смысла коротких эмоционально насыщенных рассказов ниже, чем у детей с нормативным психическим развитием.
2. Актуальный и потенциальный уровень умственного развития детей с невротическими реакциями ниже, чем у детей с нормативным психическим развитием, но выше, чем у детей с ЗПР.
3. Актуальный и потенциальный уровень понимания детьми с невротическими реакциями смысла коротких эмоционально насыщенных рассказов выше, чем у детей с нормативным развитием.
4. Для успешного выполнения предложенных заданий и для достижения полного понимания смысла эмоционально насыщенных рассказов детям с невротическими реакциями, с ЗПР и с нормативным развитием требуется помощь разного вида и объема.
5. Дети с невротическими реакциями более восприимчивы к организующей помощи при выполнении всех видов предложенной им работы, чем дети из других групп.
6. Основным видом помощи, способствующим повышению уровня развития процессов обобщения и отвлечения у детей с ЗПР и повышению уровня понимания смысла рассказов детьми с ЗПР, является формирующая мощь.
7. У детей с нормативным развитием и у детей с ЗПР разрыв между интеллектуальным и эмоционально-смысловым компонентами ЗБР практически не выражен.
8. У детей с невротическими реакциями эмоционально-смысловой компонент ЗБР опережает когнитивный компонент ЗБР.

Литература

1. Белопольская Н.Л. Психологическая диагностика личности детей с задержкой психического развития. М., 2009.
2. Егорова Т.В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. М., 1973.
3. Запорожец А.В. Избранные психологические труды. М., 1986. Т. 1
4. Иванова А.Я. Обучение как принцип оценки умственного развития детей. М., 1976

Роль предметно-практической деятельности в коррекции поведения детей с органическими заболеваниями центральной нервной системы

Т.Г.Визель, Т.С. Яковлева, Н.В. Кошелева, Г.И. Аптекарь, Н.С. Семечев
Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

Предметно-практическая деятельность (ППД) широко используется в специальной школе для различных категорий детей с отклонениями в развитии [1,5,10,11]. Л.С. Выготским [2] были сформулированы общие методологические требования к деятельностной теории учения. В дальнейшем учение о предметно-практической деятельности разрабатывалось учениками и последователями Л.С. Выготского – А.Н. Леонтьевым [7], А.Р. Лурия [8, 9], Запорожцем [4], П.Я. Гальпериным [3] и другими учеными.

В Центре патологии речи и нейрореабилитации (ЦПРиН) г. Москвы предметно-практическая деятельность применяется также в детском отделении Центра, основной контингент которого составляют дети в возрасте от 3 до 10 лет, имеющие такие речевые нарушения как дизартрия, алалия, афазия, дисграфия, дислексия.

Дополнительно к психолого-педагогического подходу, распространенному в коррекционном обучении детей с отклонениями в развитии, мы использовали нейропсихологический подход, позволивший

получить определенные данные о мозговых механизмах, обеспечивающих эффективность коррекционного обучения детей с использованием ППД. Наблюдения за детьми велись в течение 2-х лет в процессе как индивидуальных, так и групповых занятий. Помимо поведенческих особенностей детей, а также динамики в состоянии у их когнитивных функций, проводился анализ причин динамических изменений в состоянии детей, относящихся к сфере обеспечивающих их мозговых механизмов.

Использовались следующие виды ППД: собирание пирамидок, мозаика, оригами, игры с рамками-вкладышами (по типу доски Сегена), вышивание, рисование, лепка, моделирование предметов, работа с конструктором, плетение брелоков, браслетов, игры со шнуровками, различные головоломки, рисование, участие в создании мультфильмов.

Учитывалось, что каждый вид деятельности обеспечивается разными мозговыми механизмами, способствующими достижению положительного эффекта его использования.

Рассмотрим с этой точки зрения некоторые из примененных видов ППД.

Вышивание как деятельность состоит из серии итеративных движений (по терминологии А.Н.Бернштейна). Такие действия оказывают стимулирующее действие на таламические структуры мозга и опосредованно способствуют снижению гиперактивности, стабилизации эмоциональных реакций.

Вязание рассчитано на реципрокное участие обеих рук, способствующее формированию межполушарных координаций, гармонизации их взаимоотношений.

Выкладывание пазлов способствует формированию симультанного зрительного синтеза, осуществляемого преимущественно за счет правого (субдоминантного) полушария мозга. Эта функция, в свою очередь, является базисной для овладения беглым чтением. Сюда же относится *макетирование* объектов (дома, города, морских и космических пространств). В создании

объемных макетов задействовано как правое, так и левое полушарие, поэтому данный вид деятельности стимулирует достижение межполушарного равновесия.

Лепка способствует формированию пальцевого и кистевого праксиса, а, следовательно, созреванию теменных отделов обоих полушарий мозга, что необходимо для выработки анализаторных межзональных ассоциаций. Без этих ассоциаций, в основе которых лежат теменные функции владение пространством, количеством и временем, задерживается выработка целого ряда когнитивных навыков.

Головоломки. Решение различных головоломок требует активизации лобных долей головного мозга, от активности которых зависит контроль над поведением, интеллектуальной деятельностью, эмоционально-волевой сферой, повышение чувства долга, способность к адаптации в различных жизненных ситуациях.

Рисунок является синтетическим видом деятельности, требующим одновременного координированного участие различных зон мозга: затылочной (зрительной) коры, постцентральной (кинестетической) коры, премоторной (двигательно-праксической) коры. Кроме того, в процессе рисования активизируется правое полушарие, обеспечивающее креативную, художественную составляющую развития человека.

Наконец, расширенным вариантом рисунка является раздел арт-терапии, представленный мультипликацией. Этот вид работы с успехом внедрен в практику работы детского отделения Центра в качестве нововведения. С точки зрения мозговых механизмов, важно, что этот вид деятельности характеризуется необходимостью глобального охвата мозговых площадей в режиме их координированной работы. Это готовит мозг ребенка к сложным видам функционирования, необходимым для дальнейшего обучения в школе.

Показанием к использованию того или иного вида ППД в работе с конкретным ребенком определялись особенностями состояния у него

высших психических функций, выявляемого в результате нейропсихологического обследования. Детям с нарушениями преимущественно в гностико-праксической сфере предлагались те виды деятельности, в которых преобладала операциональная составляющая (срисовывание, вышивание, вязание, выкладывание пазлов и пр.), а детям с преимущественными нарушениями когнитивного развития – рисование, лепка, головоломки. Все дети привлекались к участию в создании мультфильмов, оказывающему универсальное положительное влияние на состояние высшей нервно-психической деятельности.

После проведенной коррекции было отмечено, что занятия с использованием ППД способствовали:

- повышению двигательной активности в процессе деятельности;
- оказывали гармонизирующее влияние на эмоционально-волевую сферу ребёнка;
- стимулировали развитие сенсорно-перцептивной сферы;
- укрепляли произвольное внимание и память;
- способствовали коррекции поведения и, прежде всего, социализации ребенка;
- повышали мотивацию к речевой коммуникации с окружающими;
- стимулировали развитие когнитивной сферы.

Полученные результаты были оценены нами как положительные изменения в протекании процессов мозговой деятельности, а именно:

- нормализация корково-подкорковых отношений (стабилизация нейродинамических показателей);
- гармонизация полушарных взаимоотношений;
- повышение функционирования лобных долей, проявляющееся в планировании, контроле и регуляции деятельности и поведения в целом.

Таким образом, использование различных видов ППД в коррекционном обучении детей с отклонениями в развитии с учетом нейропсихологических особенностей детей является эффективным средством нормализации

психического развития ребенка (интеллекта в целом, когнитивных навыков, памяти, внимания, речи); воспитания; привития детям социальных норм жизни: внутри – и во внесемейных взаимоотношениях, в коллективе сверстников, в общении со взрослыми людьми, для выработки критичности, адекватности самооценки.

Литература

- 1.Акименко И. П., Соловьев В. М. Трудовое обучение в школах глухонемых.- Учебно-воспитательная работа в специальных школах, 1948, вып. III- IV. с.144-160.
- 2.Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. - М., 1960.
3. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. - М., 1966. – С. 236 - 277.
- 4.Запорожец А.В. Психология: Учебник для педучилищ.М., 1965. –240 с.
- 5.Зыкова С.В. Предметно-практическая деятельность в обучении глухих в школьников. – Специальная школа, 1967,№5, с. 14-21.
- 6.Кошелева Н. В. Психолого - педагогическое направление нейрореабилитации с использованием предметно – практической предметно – практической деятельности // Сб. тр. Междунар. науч.-практ. конф. «Психолого-педагогические проблемы современного образования и воспитания». - М., 2010. – С. 52 - 57.
- 7.Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. – М., 1972.
8. Лурия А. Р.Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 1973. - 373 с.
9. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека.- М.: Изд-во МГУ, 1969. - 504 с.
- 10.Марциновская Е.Н. Основы предметно-практического обучения глухих школьников. – М.: Педагогика, 1985. – 176 с.
- 11.Соколянский И. А. Обучение слепоглухонемых детей // Известия АПН РСФСР. – 1962. - Вып. 121. - С. 15 - 31.

Пути совершенствования воспитательно-коррекционной работы с несовершеннолетними детьми из спецшкол

Воробьева Г.Е.

НИИБелГУ, г.Белгород.

Исследователи и практические работники, занимающиеся проблемами правонарушений несовершеннолетних, уже давно установили высокую корреляционную зависимость между характером успеваемости и поведением, воспитуемостью учащихся. Ретроспективное изучение несовершеннолетних-воспитанников спецшкол со всей очевидностью свидетельствует о том, что почти все они в недавнем прошлом, в бытность свою учащимися общеобразовательных школ, относились учителями к «трудным», «трудновоспитуемым», или просто к неуспевающим и недисциплинированным учащимся. Анкетирование воспитанников этих учреждений, проводившееся в разное время разными исследователями, позволило выявить наличие устойчивого эмоционально-отрицательного отношения несовершеннолетних правонарушителей к школе, учителям, учебной деятельности и ко всему тому, что с ними связано. В.А. Сухомлинский обращал внимание учителей на следующую зависимость: ученика невозможно заставить учиться насильно, его лишь можно приохотить к этому, пробудив у него интерес к данному предмету, уважение к преподающему его учителю. Об этом же писали А.С. Макаренко и другие известные педагоги [1].

Сущность сотрудничества учителя с учащимися в учебно-воспитательной работе как раз в том и состоит, что продуктивные деловые связи развиваются на фоне эмоционально положительных личных взаимоотношений, на фоне уважительного, доброжелательного отношения учителя к ученикам, к «трудным», к запущенным, слабым, отстающим в первую очередь. Аффiliationность и эмпатия во взаимоотношениях с ними позволяют учителю не только управлять их учебной деятельностью, но и поведением. В условиях таких взаимоотношений даже самый слабый ученик

учится успешно и ведет себя примерно. Учебная деятельность, ее результаты, отношение к ним учителя, товарищей по классу, родителей играет ведущую роль в самочувствии ученика, его самооценке, чувствах собственного достоинства, уверенности в себе. Только ученик, потерявший всякую надежду на успех в учебе, теряет интерес к ней, желание учиться, начинает искать средства самоутверждения вне школы, в других видах деятельности, в группах свободного общения. Отсюда правило: необходимость обеспечения успехов в учебе на посильном для каждого ученика уровне путем создания ситуаций успеха, дифференциаций требований, щадящей нагрузки, оказания педагогической помощи, рациональной организации учебной деятельности и т.д. Успешная продуктивная организация учебной деятельности, удовлетворенность ее результатами - это тот фундамент, на котором строится воспитательная работа. Наиболее эффективным средством воспитательного влияния является личный пример взрослого, авторитетного для ребенка лица, содержание и организация его жизни и деятельности, организация поведения, в частности. На свойстве положительных эмоций, переживаемых в процессе деятельности и общения основана так называемая лечебная, коррекционная педагогика, имеющая дело с детьми и подростками, психически травмированными, с теми или иными отклонениями в состоянии психического здоровья и развития. В ее арсенал входят названные выше формы и методы общей профилактики, повышения эффективности воспитательной работы с учащимися: уважительное, доброжелательное отношение к детям; бережное отношение к их чувству собственного достоинства; методика позитивного стимулирования; индивидуальный подход и дифференциация требований, их единство и постоянство; щадящая нагрузка и создание ситуаций успеха, рациональная организация учебной и других видов деятельности, оказание педагогической помощи; создание эмоционально-положительного микроклимата и другие. Но кроме этих общих методов профилактики отклонений в поведении и правонарушений учащихся, повышения

эффективности воспитательной работы с ними, существуют и другие, более специальные формы и методы работы. Это, прежде всего, индивидуальная воспитательная работа с нуждающимися в ней учащимися. Ее необходимость может быть вызвана тяжелым семейным положением ученика, его глубокой социально-педагогической запущенностью, состоянием здоровья, неблагоприятным положением в коллективе класса, вызывающим тревогу поведением, низкой успеваемостью и т.д., в общем чем-то, что требует пристального внимания и участия педагога. Работа с такими учащимися должна вестись незаметно, деликатно и осторожно, без ущерба для них и их положения в классе и дома. Включение подростка в посильную, отвечающую его интересам и притязаниям деятельность, в систему общения со сверстниками является наилучшим средством благотворного влияния на его поведение и самочувствие.

Особую группу образуют методы и приемы, направленные на реабилитацию и реадaptацию «трудного» подростка, восстановление его статуса в коллективе, уверенности в его возможности учиться успешно и вести себя примерно. Восстановление разрушенной веры в себя, в свои возможности быть не хуже других всегда требует времени, долготерпения и упорства. Приходится пробовать массу всевозможных средств, чтобы пробудить интерес и энергию ученика, его стремление добиться успеха в какой-либо деятельности; не замечать его показного равнодушия, грубости, демонстративного непослушания, промахов, ошибок и т.д. Здесь действует правило: подобное лечится подобным — утрата интереса к учению восстанавливается созданием успехов в ней; утрата признания сверстников включением в совместную с ними деятельность. При этом надо всячески оберегать достоинство ученика, щадить его самолюбие. Беречь нервы и психику, не стремиться сразу в один прием освободить от дурных привычек и склонностей. От учителя нужен такт, терпимость, настойчивость и упорство. Нужно помнить, что неуправляемыми становятся ученики, доведенные до отчаяния, или с униженным чувством собственного

достоинства, потерявшие веру в себя. Их надо восстанавливать в первую очередь, а это требует времени и терпения.

Литература:

1. Маркова А.К. Психология труда учителя. - М., 1993.

Опыт исследования типологических психолого-педагогических и медико-социальных особенностей воспитанников специальных школ для детей с девиантным поведением

Глушкова О.В., МГППУ

Исследование типологических психолого-педагогических и медико-социальных особенностей воспитанников специальных школ для детей с девиантным поведением проводилось сотрудниками лаборатории «Психологические проблемы детей с девиантным поведением» МГППУ в период с февраля по апрель 2011 года по заказу Департамента образования г. Москвы.

Перед началом исследования мы сформулировали следующие задачи:

1. Получение информации о различных сторонах жизни воспитанников спецшкол по специально разработанной апробированной и опубликованной методике;
2. Получение аналогичной информации из массовой общеобразовательной школы;
3. Обработка полученной информации, проведение процедуры сравнения результатов по различным показателям с применением методов математической статистики;
4. Формирование обоснованных выводов по результатам исследования.

В данном исследовании использовалась методика, основанная на получении экспертных оценок учащихся от специалистов разных профилей (учителей, воспитателей, социальных педагогов, медицинских работников, членов администрации) об особенностях их жизнедеятельности. Экспертные оценки были формализованы. Методика состоит из определения восьми

показателей жизнедеятельности, каждый из которых оценивался экспертами по пятибалльной шкале.

В исследовании рассматривались следующие показатели:

- состояние соматического здоровья,
- социальная ситуация в семье и по месту жительства,
- академическая успеваемость,
- уровень развития речи,
- участие в совместной деятельности,
- употребление психоактивных веществ (ПАВ),
- поведение.

Новизна подхода в настоящем исследовании состояла в том, что в относительно короткий временной интервал по единой схеме и одними и теми же людьми – научными сотрудниками лаборатории – проводилось сплошное обследование в девяти спецшколах открытого типа из десяти. Одновременно и по этой же схеме было проведено исследование обстоятельств жизнедеятельности учащихся одной из массовых общеобразовательных школ Южного окружного управления образования Москвы. Это позволило нам считать, что проводимые в дальнейшем сравнения корректны с методической точки зрения.

Всего были зафиксированы и приняты к обработке 648 индивидуальных заключений об обстоятельствах жизни воспитанников спецшкол и 204 учащихся массовой школы.

В целях получения более дифференцированных результатов индивидуальные заключения были разбиты на группы по полу, а также по основанию возраста воспитанников (учащихся):

- 12 - 13 лет - младшая группа,
- 14 - 16 лет - средняя группа,
- 17 - 18 лет - старшая группа.

В результате исследования были получены следующие данные.

1) Выявлены статистически значимые различия между воспитанниками специальных школ для детей с девиантным поведением (спецшкол) и учащимися массовой общеобразовательной школы по всем исследуемым показателям.

2) Во всех случаях статистически значимых различий воспитанники спецшкол показывают худшие результаты по сравнению с учащимися массовой школы. Наибольшая разница приходится на показатели:

- «Поведение»,
- «Социальная ситуация в семье и по месту жительства»,
- «Участие в совместной деятельности».

3) Анализ такого статистического параметра как квадратичное отклонение показывает, что сплошная выборка учащихся массовой школы гораздо более однородна, чем сплошная выборка воспитанников спецшкол.

4) Дополнительное знание о разнице между этими подростками даёт особенный характер гендерных различий внутри групп. В рамках настоящего исследования различие между юношами и девушками, обучающимися в массовой школе, состоит только в том, что девушки более успешны в учёбе. В то же время различия между юношами и девушками из числа воспитанников спецшкол затрагивают более широкий круг показателей: «Академическая успеваемость», «Уровень развития речи», «Участие в совместной деятельности». По всем этим показателям девушки оказываются успешнее юношей.

5) В старшей возрастной группе воспитанников спецшкол статистически значимые различия между юношами и девушками существуют по всем исследованным показателям: девушки оказываются значительно более успешными.

6) В рамках исследованных нами показателей у девушек, обучающихся в спецшколах, значительных изменений с возрастом не происходит. Можно лишь отметить некоторые тенденции: с возрастом у них несколько

улучшается поведение и активность в совместной деятельности. Одновременно у них увеличивается количество случаев табакокурения и употребления спиртных напитков, а также есть тенденция ухудшения состояния соматического здоровья.

При сравнении младшей и старшей групп юношей выявляются статистически значимые различия по показателям «Академическая успеваемость», «Участие в совместной деятельности», «Поведение». Всё – в сторону улучшения ситуации с возрастом. Одновременно можно отметить тенденцию к улучшению состояния соматического здоровья.

7) Негативной тенденцией является динамика употребления ПАВ (табакокурение, употребление алкогольных напитков, токсикоманических и наркотических средств). Относительно благополучно (на уровне массовой школы) обстоит дело с употреблением ПАВ только в младшей возрастной группе воспитанников в первые два года их пребывания в спецшколе. Но уже на третьем году пребывания в спецшколе воспитанники младшей группы дают «прирост» употребления ПАВ, а воспитанники средней и старшей возрастных групп, вне зависимости от времени пребывания в спецшколе, увеличивают употребление ПАВ, и в старшей возрастной группе особенно значительно.

8) Неоднородность воспитанников спецшкол, прежде всего, проявляет себя в особенностях их поведения, в состоянии соматического и психического здоровья, в уровне развития речи. Минимальная вариабельность отмечается по показателям «Употребление ПАВ» и «Академическая успеваемость».

9) Заметное улучшение поведения наблюдается, в целом, после двух лет пребывания подростков в спецшколе. Но это справедливо только в отношении младших (12-13 лет) и старших (17-18 лет) подростков. Подростки средней возрастной группы (14-16 лет), вне зависимости от времени пребывания в школе, не показывают улучшения поведения.

10) В сплошной выборке воспитанников спецшкол качественное улучшение показателя «Уровень развития речи» приходится на среднюю возрастную группу.

Из проведённого исследования можно сделать следующие выводы:

Очевидно, что московские спецшколы собирают в своих стенах подростков, характеризующихся устойчивым девиантным поведением и нуждающихся по объективным причинам в особенных условиях воспитания. Данный аспект миссии спецшкол в значительной степени снижает социально-психологическое напряжение в деятельности массовых общеобразовательных школ и способствует повышению психологического благополучия участников образовательного процесса массовых школ.

Принципиальная возможность достижения педагогическими коллективами спецшкол устойчивых позитивных результатов по социальной реадaptации подростков, по значительному снижению риска рецидивов противоправного поведения, по пробуждению их социальной активности доказана опытом работы педагогов спецшколы № 5 (Южное окружное управление образования) и отдельными достижениями в деятельности педагогических коллективов других московских спецшкол.

Принцип единства педагогических требований к воспитанникам спецшкол в существующих условиях комплектования учреждений этого типа невыполним из-за значительной неоднородности контингента воспитанников. По результатам проведённых ранее исследований в спецшколах одновременно обучаются и воспитываются подростки четырёх различных категорий: педагогически запущенные, социально запущенные, подростки с проблемами нервно-психического здоровья, психологически благополучные.

Очевидны гендерные различия в характере и степени психологической аккомодации воспитанников спецшкол под влиянием педагогических воздействий. Принятая сейчас педагогическая система более эффективна в отношении юношей, чем в отношении девушек.

Педагоги спецшкол открытого типа не в состоянии оказать решающего влияния на употребление подростками психоактивных веществ: табакокурения, употребления слабоалкогольных и алкогольных напитков, токсикоманических и наркотических средств. Употребление ПАВ является образом жизни значительной части современного общества, что воспринимается подростками не только как норма, но и как фактор приобщения к сообществу взрослых.

Характер участия подростков в совместной деятельности является значимым критерием для категоризации их поведения (просоциальное или девиантное разной степени выраженности). Этот психологический показатель в высокой степени коррелирует с принятой сейчас социологической классификацией.

В настоящем исследовании была достигнута его основная цель: выявить типологические особенности воспитанников московских специальных школ открытого типа для детей с девиантным поведением. Эти типологические особенности были выявлены путём сравнения особенностей воспитанников спецшкол с особенностями учащихся массовой общеобразовательной школы.

Кроме того, был ещё раз подвергнут проверке метод, разработанный ранее сотрудниками лаборатории МГППУ, в условиях нестандартной задачи. Есть основания считать, что данный метод применим для социологического мониторинга педагогической ситуации в образовательных учреждениях разного типа. Одновременно было выяснено, что для эффективного применения данного метода требуется автоматизация обработки полученных данных. Обсчёт материала занимает наибольшую часть времени всей работы.

Полученные результаты позволяют сделать выводы, ценность которых определяется социально-педагогической потребностью в них. В любом случае нам представляется необходимой разработка концепции, в которой должны найти отражение миссия специальных школ для детей с девиантным поведением и описание узловых моментов специальной педагогической технологии.

Ребенок с нарушениями в развитии в семье и среди нас: что делать? как помочь?

Горбушина И.А., СГПИ, Ставрополь

irinagorbushina@mail.ru

Появление ребенка с недостатками развития в семье является серьезным испытанием для родителей. Нередко появление такого ребенка рассматривается семьей как несчастье. От него могут отказаться. Если же оставляют, то нередко он подвергается насилию со стороны близких.

Воспитание ребенка в условиях эмоционального, психологического и физического насилия приводит к деформации личности. Ребенок начинает чувствовать себя нежеланным и нелюбимым, начинает относиться к себе враждебно и с презрением. Ощущение, что он нежеланный, вызывает в ребенке глубокое чувство вины и стыда за свое существование, он растет со знанием того, что он плохой и несостоятельный во всем.

У детей, пострадавших от жестокого обращения и пренебрежительного отношения, отмечаются личностные, эмоциональные и поведенческие особенности, отрицательно влияющие на их дальнейшую жизнь.

Проводя стандартизированные беседы с детьми с нарушениями в развитии и нормативными детьми, а также с их ближайшим социальным окружением, нами было выявлено, что чем сложнее выражен дефект у ребенка, тем толерантней к нему окружающая социальная среда.

Однако чаще всего дети, имеющие недостатки развития, подвергаются эмоциональному насилию, которое вызывает у ребенка состояние эмоционального напряжения, что подвергает опасности нормальное развитие его эмоциональной жизни, а также психологическому насилию. Постоянные или периодические словесные оскорбления, угрозы со стороны взрослых и сверстников, унижение его человеческого достоинства, обвинение в том, чем он не виноват, демонстрация нелюбви, неприязни – все это негативно сказывается на психическом развитии в целом.

С помощью анкетирования нами было проведено исследование признаков, по которым можно определить, является ли ребенок жертвой насилия.

Выборку составили 30 детей в возрасте от 10 до 12 лет, посещающих Государственное специальное (коррекционное) образовательное учреждение для обучающихся воспитанников с отклонениями в развитии «Сенгилеевская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат VIII вида.

Среди опрошенных было 30 детей (17 мальчиков и 13 девочек). 80% из них живут в полных семьях, причем 40% из них - многодетные (3 и более детей). В 70% семей на детей кричат и оказывают физическое воздействие, а в 40% семей - ругают и не пускают гулять. 70% детей расценивают такое поведение родителей как насилие над собой, а 30 % детей не считают это насилием, для них побои родителей являются нормой.

Агрессию по отношению к детям, в основном демонстрируют женщины. Матери наказывают и избивают своих детей в 80% семей. Это, конечно, связано с тем, что основная нагрузка по воспитанию детей ложится на женщину. В 30% семей детей избивает отец. В 25% семей физическое насилие применяют оба родителя.

Кроме того, на детей с отставанием в психическом развитии обрушивается агрессия со стороны старших и более сильных братьев и сестер. 30% сообщают, что их обижают старшие братья, а 20% - старшие сестры. 70% респондентов сталкиваются с насилием в школе, на улице и в других местах. Половина опрошенных детей, уже испытали такое насилие, которое не могут забыть до сих пор. Большинство ребят (70%) ищут поддержку в трудных ситуациях у других людей. За поддержкой респонденты чаще всего (30%) обращаются к родителям и друзьям, и только немногие (10%) вынуждены были обратиться к психологу, классному руководителю.

Результатом таких взаимодействий ребенка с негативной социальной средой становятся его эмоциональные и поведенческие изменения, такие как: замкнутость, агрессивность, злоба, гнев, пассивность, неуравновешенность и т.д.

Данное исследование не может претендовать на фундаментальность, но его можно рассматривать как пилотажное, позволяющее выявить тенденции роста насилия по отношению к ребенку с отставанием развития и наметить пути дальнейшей коррекционно-воспитательной работы.

Целью такой работы является обучение детей адекватному восприятию, осознанию и воссозданию положительных эмоциональных состояний, помогающих изменить их поведения в лучшую сторону.

На таких занятиях (длительностью 20-25 минут) дети учатся правильно воспринимать графическое изображение эмоции, адекватно воспроизводить эмоциональные состояния с помощью выразительных движений, распознавать их при изображении другими детьми. Научаются взаимодействовать с другими детьми, работать в команде, так как эти занятия проводятся фронтально.

Наиболее эффективным в обучении умению воспроизводить эмоциональные состояния является упражнение на узнавание контрастных эмоций: «радость - горе», «эустресс- дистресс», «безразличие - гнев», «интерес - разочарования» и т.д.

Для этого предъявляются фотографии, рисунки, пиктограммы эмоций, подвижные плоскостные модели, сопровождаемые легкой тихой музыкой. В ходе созданной игровой ситуации осуществляется самостоятельное узнавание детьми графического изображения той или иной эмоции.

Далее детям предлагается воссоздать эти эмоциональные выражения перед зеркалом. Благодаря зеркалу ребята могут увидеть соответствующие мимические проявления, проконтролировать правильность воспроизведения эмоции. Следующим этапом в работе с эмоциями является

«Комментированное рисование эмоциональных состояний». Оно формирует у детей умение распознавать чувства по мимике и позе.

Эти занятия имеют положительные отклики от родителей таких детей и специалистов, работающих с ними.

Одна из важнейших задач общества - полноценное развитие любого ребенка - требует поиска наиболее эффективных путей достижения этой цели, где тесно должны переплетаться интересы родителей, медицинских работников, педагогов и психологов.

Формирование мотивации к самостоятельному передвижению и приобретению навыков самообслуживания у детей с ДЦП.

Добиш Н.А., Овчинникова Ю.Н.,
ЦППРиК "Детская личность", Москва
тел. 89629638342

В современном образовательном пространстве г. Москвы функционируют несколько специальных коррекционных школ-интернатов VI вида, где дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата могут получить комплексную реабилитацию. Как показывает практика, при обучении наблюдается преобладание учебной деятельности, а как следствие, статического положения детей при обучении.

Обучение и лечение должны быть комплексными. "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", как указывали И.Ю.Левченко, О.Г. Приходько (2001). В связи с недостаточной физической реабилитацией в учебных учреждениях родители вынуждены возить детей для ее проведения в профильные учреждения. При этом ребенок исключается из учебного процесса, что отрицательно влияет не только на обучение, но и на весь коррекционный процесс в целом.

Специалистам по коррекционной педагогике и психологии хорошо известно, что обучение должно быть максимально индивидуализировано в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Важно, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки должны отрабатываться в пассивно-активной форме (с помощью педагога или родителей). Постепенно роль взрослого должна уменьшаться и наконец, ребенок, по возможности, должен овладевает самостоятельным выполнением различных действий.

Организации двигательного режима для детей с ДЦП в условиях школы-интерната является актуальной проблемой для современных учебных учреждений.

Обратимся к обзору основных методов физической реабилитации ДЦП, используемых в мировой практике.

Метод Войта (Войта – терапия). В основе метода лежит рефлекторная локомоция: на определённые раздражения в определённых положениях тела дети отвечают повторяющимися двигательными реакциями туловища и конечностей.

Нейро-развивающая терапия (Бобат-терапия). Основа подхода - применение специальных положений тела ребенка, приемов ухода за ним, которые особым образом контролируют нервную систему.

Система проприоцептивного облегчения (метод Кабата) - лечебная гимнастика. Метод Кабата использует принципы взаимной иннервации и постепенной индукции Шеррингтона. Целью спастической терапии является получение сознательного контроля мышц через ту часть коры головного мозга, которая не была повреждена.

Динамическая проприоцептивная коррекция в нагрузочных костюмах «Адели» и «Гравистат». Метод динамической проприоцептивной коррекции (ДИПРОКОР) предложен профессором К. А. Семеновой в 1993 г. Принцип

воздействия состоит в целевой коррекции движений и осанки пациента с помощью настраиваемых элементов.

Метод кондуктивной педагогики - лечебно-педагогический метод реабилитации детей с нарушениями движения и множественными нарушениями в развитии, разработанный венгерским врачом и педагогом Андрашем Пете. Смысл кондуктивной педагогики - это многостороннее развитие личности на основании активных занятий. Для этого обеспечивается комплексная программа, которая в зависимости от возраста отражает образ и ритм жизни здорового ребенка (включая его физические, психические и социальные потребности).

Следует отметить, что основой всех вышеперечисленных методов является движение. Активный двигательный режим и положительные эмоции служат источником энергии для самозащиты организма на всех уровнях его жизнедеятельности, как в норме, так и при патологии.

Дети с ДЦП испытывают значительные трудности при выполнении различных двигательных действий. Иногда эти трудности бывают не связаны с основным заболеванием. Дети привыкают к тому, что многое за них выполняют окружающие их взрослые и не испытывают потребности в самостоятельных действиях.

В течение года дефектологи нашего центра совместно с врачом и инструктором ЛФК проводили исследование, целью которого являлось формирование мотивации к самостоятельному передвижению и овладению навыками самообслуживания у детей с ДЦП.

Дети с тяжелой формой ДЦП обучаются в нашем Центре при постоянном сопровождении взрослых. Это, несомненно, затрудняет их активность и снижает мотивацию к любым самостоятельным действиям. Чтобы преодолеть эти трудности, нами были разработаны и апробированы индивидуальные программы, направленные на формирование мотивации к самостоятельному передвижению и овладению навыками самообслуживания у детей с ДЦП.

Для индивидуальных программ были выбраны 2 ученика начальной школы. Каждый из них несколько раз в неделю занимался с инструктором ЛФК, посещал массажный кабинет, а также проходит занятия в бассейне. Динамическое наблюдение врача невролога осуществлялось по окончании каждого курса ЛФК.

Наблюдая за этими детьми в течение 2 лет, мы отмечаем тенденцию к отсутствию переноса умений и навыков, полученных в ходе коррекционных занятий, во внеурочную деятельность. В связи с этим мы посчитали целесообразным закреплять навыки, полученные на занятиях ЛФК во внеурочное время. Наши наблюдения показали, что наиболее успешной формой, позволяющей развивать и закреплять умения и навыки, является игра. Эта форма деятельности интересна и доступна для большинства детей с ДЦП.

Приведем примеры реализации индивидуальных программ, направленных на формирование мотивации к самостоятельному передвижению.

Яша П. диагноз: спастический тетрапарез, умственная отсталость умеренной степени, дизартрия. Обучается в 3 классе начальной школы Центра по программе специальной коррекционной школы VIII вида, в классе со сложной структурой дефекта. Передвигается с помощью взрослых, также с помощью двух тростей с квадратной опорой или ходунков на колесах. Программу обучения освоил частично.

Цель игры: формирование мотива самостоятельного передвижения с помощью трости с квадратной опорой.

Задачи: формирование осознания необходимости самостоятельного передвижения, знакомство с условиями прохождения маршрута; усвоение последовательности этапов прохождения маршрута и условий прохождения; знакомство с техническими средствами, помогающими осуществлять передвижение по маршруту.

Условия: Игра на самостоятельное передвижение с системой поощрений

(печати, фишки) и штрафов. К концу каждой недели ребенок должен собрать определенное количество печатей и фишек. В конце игры ребенок обменивает их на большой приз и получает «Медаль Путешественника». Маршруты пролегают в пределах здания Центра в зависимости от ежедневного расписания ребенка. Каждый маршрут разбит на этапы. Маршруты отмечены в «Дневнике путешественника».

Даниил Д. (8 лет) Диагноз: ДЦП, спастическая диплегия. Передвигается в коляске. Обучается в 1 классе Центра по программе общеобразовательных школ. В обучении успешен, является лучшим учеником в классе.

Цель игры: формирование мотива самостоятельного передвижения на коляске и мотива к самообслуживанию (умения одеваться и раздеваться).

Задачи: формирование осознания необходимости самостоятельного передвижения и развития навыков самообслуживания, знакомство с условиями игры; усвоение последовательности этапов прохождения маршрута и условий прохождения; развитие умения самостоятельно одеваться и раздеваться.

Условия: Аналогичная вышеописанной игра на развитие самостоятельности. За определенное количество фишек ребенок получает маленький приз. В конце игры ребенок получает медаль. Маршруты пролегают в пределах здания Центра в зависимости от ежедневного расписания ребенка. Формирование навыков самообслуживания происходит во время основных режимных моментов. Маршруты и основные режимные моменты отмечены в «Дневнике самостоятельности».

Обязательным условием проведения игр была видеосъемка процесса. Анализ результатов показал, что у учеников, участвующих в исследовании, значительно изменился двигательный статус. Это было зафиксировано на видео, а также врачом неврологом, инструктором ЛФК и родителями детей.

Исследования показали, что в рамках образовательного учреждения возможно разработать и ввести индивидуальные маршруты реабилитации, направленные на формирование мотивации к самостоятельному

передвижению и овладению навыками самообслуживания у детей с тяжелой формой ДЦП.

Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков с нарушениями слуха

Донская М.В., Куликова Н.В. Центральная ПМПК г.Астрахань

ormpk555@mail.ru

В условиях возрастающей гуманизации, демократизации общества и современной жизни России значительно возрастает интерес к проблеме социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Социальная адаптация детей и подростков с нарушениями слуха определяется не только степенью снижения слуха, но и особенностями их поведения.

Расстройством поведения считается поведение, обращающее на себя внимание нарушением норм, несоответствием получаемым советам и рекомендациям и отличающееся от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, школы и общества (Вострогнутов Н. В.). По утверждению Д. Н. Исаева: «поведение, характеризующееся отклонением от принятых нравственных, а в некоторых случаях и правовых норм, квалифицируется как девиантное» [1, с. 245].

Эти определения с некоторыми добавлениями могут быть приняты и для оценки отклонений поведения детей и подростков с нарушениями слуха.

Диагноз нарушенного поведения обычно основывается на чрезмерной драчливости или хулиганстве, жестокости к другим людям или животным, тяжёлых разрушениях собственности; поджогах, воровстве, прогулах в школе и уходах из дома, частых и тяжёлых вспышках гнева, вызывающем провокационном поведении, откровенном постоянном непослушании [1,с.245- 246].

Данные системного мониторинга центральной психолого-медико-педагогической комиссии г.Астрахани за 2010-2011 учебный год

показывают, что количество учащихся специальной школы I вида (для глухих детей), имеющих нарушения поведения, составляет 18,2 %; количество учащихся специальной школы II вида (для слабослышащих), имеющих нарушения поведения, - 21,3 %.

Среди разных форм расстройства поведения у глухих школьников чаще всего встречаются: гипердинамические нарушения поведения – 21,3%; эмоционально-волевые нарушения, связанные с церебрастеническим синдромом - 26%; психопатоподобные нарушения поведения- 15%; псевдоаутистические проявления- 2,5%; несоциализированные расстройства поведения - 18,3%; оппозиционно-вызывающие нарушения поведения- 16,2 %. У слабослышащих учащихся, по данным мониторинга за 2010-2011 учебный год, такими нарушениями являются: гипердинамические нарушения поведения у 23,3% детей; эмоционально-волевые нарушения, связанные с церебрастеническим синдромом - 27,5%; психопатоподобные нарушения поведения - 8,2%; псевдоаутистические проявления - 1,3%; несоциализированные расстройства поведения-17,5 %; оппозиционно-вызывающие нарушения поведения- 22,2 %.

Необходимо отметить, что виды поведенческих расстройств у глухих и слабослышащих детей зависят от многих факторов: степени нарушения слуха, времени возникновения слухового дефекта, уровня интеллекта, семейного воспитания, индивидуальных особенностей ребёнка, социального окружения и др.

Обследование выпускников 2010-2011 учебного года школ для глухих и слабослышащих показывает, что поведение детей и подростков при незначительной степени тугоухости и относительно сохранном интеллекте практически ничем не отличается от поведения сверстников с нормальным слухом. Для учащихся с третьей, четвёртой степенью тугоухости, а также глухотой характерна эмоционально-волевая незрелость, сформировавшаяся вследствие сенсорной и социальной депривации, семейного воспитания и длительной психической травматизации. Особенности эмоционально-

волевой сферы данной категории детей и подростков являются: недостаточная самостоятельность, наивность, внушаемость, подражательность наряду с повышенной тормозимостью, малой общительностью, склонностью к реакциям отказа, протеста. В связи с тем, что расстройства слуха часто являются следствием инфекционных и токсических поражений центральной нервной системы, в клинической картине нередко наблюдаются церебростенические и психоорганические проявления [2,с.370]. Поведение детей и подростков с нарушениями слуха в сочетании с данной симптоматикой характеризуется импульсивностью, беспокойством, суетливостью, не критичностью, недостаточным чувством дистанции. При церебростенических состояниях на первый план выступают повышенная утомляемость и истощаемость при незначительных физических и психических нагрузках.

Приведённые выше психологические особенности учащихся с нарушениями слуха, необходимо учитывать при коррекции нежелательных форм поведения. В связи с этим наиболее значимой становится проблема психолого-медико-педагогического сопровождения глухих и слабослышащих воспитанников с нарушениями поведения. В специальных (коррекционных) образовательных учреждениях Астраханской области (I и II вида) данное сопровождение осуществляется психолого-медико-педагогическими консилиумами (ПМПк). В состав ПМПк входят: заместитель руководителя образовательного учреждения по учебно-воспитательной работе (председатель консилиума), учителя-предметники, педагог-психолог, врач-педиатр, медицинская сестра. Целью ПМПк является формирование оптимальных психолого-педагогических коррекционно-развивающих условий воспитания и образования детей с проблемами в развитии и поведении с учетом их возрастных особенностей, индивидуальных образовательных потребностей, уровнем их актуального развития, состояния здоровья [3]. Деятельность ПМПк направлена на оказание помощи учащимся (например, с нарушениями поведения), родителям и педагогам. Работа

специалистов ПМПк начинается с фиксации сигнала проблемной ситуации, затем разрабатывается план проведения диагностического исследования. Целью первого этапа работы является выявление сути проблемы, её носителей и потенциальных возможностей решения. Основная задача данного этапа - установление доверительного контакта со всеми участниками проблемной ситуации, помощь в вербализации проблемы, совместная оценка возможности её решения. Далее специалисты ПМПк приступают к сбору необходимой информации о путях и способах решения проблемы, доводят эту информацию до всех участников проблемной ситуации, создают условия для понимания информации самим ребёнком, родителями (включая возможность адаптации информации).

После того, как вся необходимая информация собрана, созывается психолого-медико педагогический консилиум школы, на котором специалисты, участвовавшие в обследовании, представляют характеристики на ребёнка и рекомендации. Обсуждаются возможные варианты решения проблемы; позитивные и негативные стороны разных решений; разрабатываются пути поддержки и коррекции; составляется план комплексной помощи ученику, у которого выявлены нарушения поведения; строятся прогнозы эффективности сопровождения. После выбора способа решения проблемы, распределяются обязанности по его реализации, определяется последовательность действий, назначается ответственный (педагог- психолог, классный руководитель, либо другой специалист), уточняются сроки исполнения и возможность корректировки индивидуального профилактического маршрута. Таким образом, на данном этапе работы составляется и утверждается индивидуальный профилактический маршрут сопровождения ученика с нарушениями поведения. Индивидуальный профилактический маршрут направлен на предупреждение развития у ребёнка негативных привычек, нежелательных форм поведения, нервно-психического утомления, срывов и т. д. С данным

маршрутом знакомятся родители (законные представители) ребёнка, так как все этапы маршрута реализуются только после их согласия.

Затем участники сопровождения приступают к реализации индивидуального профилактического маршрута, при котором предусматривается формирование и выработка позитивного поведения, положительных привычек. На этом этапе работы может возникнуть необходимость созыва внепланового ПМПк учреждения либо совместного заседания специалистов ПМПк и центральной психолого-медико-педагогической комиссии, с целью уточнения рекомендаций либо их изменения.

На заключительном этапе работы проводится анализ выполненных рекомендаций всеми участниками сопровождения учащегося с нарушениями поведения. Необходимо отметить, что этот этап может стать завершающим в решении отдельной проблемы или стартовым в проектировании специальных методов предупреждения и коррекции массовых проблем, имеющих в образовательном учреждении.

Подводя итоги излагаемой проблемы, можно констатировать следующее:

- эффективная коррекция нежелательных форм поведения у детей и подростков с нарушениями слуха возможна лишь при грамотном психолого-медико-педагогическом сопровождении и учёте психологических особенностей глухих и слабослышающих детей;
- сопровождение должно быть непрерывным, мультидисциплинарным, направленным на защиту интересов сопровождаемого ребёнка.

Литература

1. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. СПб.: Речь, 2003.
2. Ковалёв В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, переработанное и дополненное.- М.: Медицина, 1995.

3.Инструктивное письмо «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» от 27.03.2000 № 27/901-06.

Дифференцированный подход к коррекции агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра

Дробинская А.О.

МНИИ психиатрии МЗСО РФ

d-ao@yandex.ru

Расстройства аутистического спектра (РАС) занимают одно из первых мест среди нарушений психического здоровья у детей (от 2-5 случаев на 10.000 населения в 70-е годы до 60-116 в исследованиях последних лет). Высокий процент глубокой инвалидизации (более 80% по Schothorst P., 2009) и ограниченные возможности медикаментозной коррекции требуют разработки биопсихосоциальной модели коррекции РАС, ориентированной в первую очередь на повышение качества жизни и оптимальную социализацию. Качество социализации в значительной мере зависит от сформированных устойчивых паттернов поведения адаптивного либо неадаптивного характера, одним из которых является агрессивное поведение (по данным разных авторов отмечается у 11-67% детей с РАС).

Нами был проведен клинико-психопатологический (с элементами поведенческого) анализ 71 случая агрессивного поведения детей с РАС в возрасте от 3,5 до 11 лет. Результаты исследования позволили выделить 3 группы детей: у детей первой группы - 29 случаев (42,7%) – агрессивные действия выступают как примитивные формы игровых манипуляций активного контакта с другими детьми, либо как провокационная коммуникация со взрослыми; у детей второй группы – 25 случаев (36,8%) - агрессивные проявления имеют характер аффективного поведения деструктивного характера в ситуациях эмоционального неблагополучия (страх, тревога, гнев, неспособность справиться с коммуникацией или

предъявляемыми требованиями); у детей третьей группы - 14 случаев (20,5%) – отмечались внеситуативные импульсивные или компульсивные агрессивные действия, вербальное агрессивное фантазирование, агрессивно-садистические действия. В 18 случаях (26,5%) отмечалось сочетание различных вариантов агрессии (отнесены в группы по характеру превалирующих агрессивных проявлений).

Таким образом, агрессивное поведение у детей с РАС может выступать как средство коммуникации, как форма аффективного поведения и как проявление сложных психопатологических синдромов. Анализ характера агрессивного поведения позволяет определить акцент лечебно-реабилитационных мероприятий: направленность на усвоение детьми более адаптивных форм социального взаимодействия и коммуникации, преодоление аффективного дисбаланса, медикаментозная терапия психопатологических расстройств, лежащих в основе патологических вариантов агрессии. Кроме того, полученные результаты позволяют конкретизировать рекомендации родителям, ориентированные на коррекцию агрессивных паттернов поведения детей с РАС.

Комплексная психолого-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья и нарушением поведения в условиях инклюзивного образования

Евсикова Н.И., Курбанов Р.А.

ЦППРиК «Строгино», МГУ им.М.В.Ломоносова, МГППУ

В настоящее время в отечественном образовательном пространстве в рамках реформы образования осуществляется масштабная реализация инновационных подходов к обучению и воспитанию детей с ограниченными возможностями здоровья (дети с ОВЗ).

К их числу относится внедрение инклюзивного образования, которое позволяет оказывать системную комплексную помощь в социализации таких детей. При этом ресурс образовательного и социального развития связан не

только с возможностями ребёнка и его семьи, но в первую очередь с возможностями и ресурсами самой образовательной среды, включающей в себя различных субъектов. Включение ребёнка с ОВЗ в массовую образовательную среду значительно усиливает потенциал развития и самоопределения такого ребёнка в условиях современного образования. Возможности образовательной среды в условиях реализации инклюзивного образования несравнимо выше возможностей традиционного психолого-педагогического сопровождения (психокоррекционного, психотерапевтического) детей с ОВЗ и их семей.

Довольно часто у этих детей наблюдается нарушение поведения. Причинами нарушения поведения являются как психические и психофизиологические расстройства, обусловленные незрелостью или нарушениями нейродинамики, так и социальные и психологические проблемы, обусловленные незрелостью или несформированностью эмоционально-волевой сферы. В обоих случаях ребёнок проявляет неспособность управления собственным поведением.

Нарушение нейродинамики приводит к нестабильности психических процессов, психомоторной расторможенности. Незрелость эмоционально-волевой сферы приводит к тому, что ребёнок не в состоянии справиться со своими переживаниями и импульсами. Чаще всего такого рода нарушения проявляются в форме гиперактивного, инфантильного, демонстративного, протестного, агрессивного, или просто симптоматического поведения.

Коррекция поведения детей с ОВЗ возможна лишь при осуществлении комплексной психолого-медико-педагогической помощи, которая оказывается в образовательных учреждениях для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Таким учреждением является Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Строгино».

В этом Центре комплексная психолого-медико-педагогическая помощь детям с ОВЗ и нарушениями поведения осуществляется через:

консультативно-диагностические приёмы, позволяющие определить возможные причины нарушения развития и поведения; коррекционно-развивающие и реабилитационные занятия; работу с родителями, направленную на предупреждение инвалидизации семей, имеющих ребенка с проблемами в развитии; диспетчерские приёмы для раннего выявления отклонений в развитии детей, осуществляемые врачом, психологом, логопедом и дефектологом. Специалисты устанавливают ведущую проблему в развитии ребенка, определяют систему мер в контексте заболевания и общего развития, помогают установить дальнейший образовательный маршрут: инклюзивная группа детского сада, группа «особый ребенок», лекотека, общеобразовательная школа, школа с инклюзивным образованием или специальное коррекционное учреждение.

Наличие множества коррекционных, коррекционно-развивающих и реабилитационных программ, позволяет включить ребёнка в различные формы коррекционной работы: психомоторная коррекция, арт-терапия, игротерапия, коррекция психофизиологических состояний методом биообратной связи, групповые формы взаимодействия и пр.

Постоянное межпрофессиональное и межпредметное взаимодействие разных специалистов (врачей – невролога, генетика, психиатра, психотерапевта; психологов – детского психолога, нейропсихолога, семейного психолога, игротерапевта, арттерапевта, психофизиолога; педагогов – логопеда, дефектолога, социального педагога) в рамках психолого-медико-педагогических консилиумов обеспечивает постоянный контроль и своевременную коррекцию осуществляемой помощи. Такая комплексная работа позволяет успешнее решать проблемы развития и социализации детей с ОВЗ.

На базе Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Строгино», являющимся Окружным ресурсным центром инклюзивного образования, действует Окружная психолого-медико-педагогическая комиссия по комплектованию учреждений, работающих в инклюзивном

режиме. Целями работы комиссии являются: уточнение и оптимизация образовательного маршрута ребенка, методическая помощь специалистам образовательных учреждений, консультирование родителей, организация комплексной системной помощи ребенку с особыми возможностями здоровья в образовательном пространстве округа.

На сегодняшний день в Северо-Западном административном округе города Москвы апробируется модель непрерывной образовательной вертикали – эффективного сотрудничества нескольких образовательных учреждений: "Детский сад – Психологический центр – Школа – Центр творчества". Эта модель позволяет осуществлять на практике системный подход включения детей с особенностями развития в социум, реализовывать преемственность принципов и технологий преподавания, обучающих, коррекционных и развивающих программ, предназначенных как для обычных, так и для "особых" детей.

В этих условиях специальная работа с родителями ребёнка с ОВЗ становится особенно значимой, приобретает выраженный индивидуальный диалогический характер, как в Центре, так и в образовательных учреждениях.

Психолого-педагогическое сопровождение процесса адаптации учащихся с задержкой психического развития при переходе из начальной школы к среднему звену обучения

Жерихина С.В.,

«Великоустюгский центр психолого-медико-социального сопровождения», г. Великий Устюг

тел. 8-921-125-68-90

В настоящее время большое внимание уделяется вопросам обучения и развития детей с ограниченными возможностями здоровья, активно развивается система специального (коррекционного) образования, одним из звеньев которой являются специальные (коррекционные) классы для детей с задержкой психического развития. Большинство учеников специальных

(коррекционных) классов для детей с задержкой психического развития после окончания начальной школы переходят в обычные классы. В тоже время существует категория учащихся, которым необходимо продолжить обучение по коррекционно-развивающей программе. Это дети, задержка психического развития которых обусловлена церебрально-органическим генезом. Они особо нуждаются в психологическом сопровождении на этапе перехода из начального звена обучения в среднее.

Изучив теоретические источники и практический опыт организации психолого-педагогического сопровождения пятиклассников с задержкой психического развития (Л.Н. Блинова, М.И. Ильина, И.И. Мамайчук, В.Б. Никишина), мы выделили несколько основных направлений деятельности: развитие навыков взаимодействия в детском коллективе, познавательного интереса, психических процессов пятиклассников; формирование индивидуального стиля познавательной деятельности, активной позиции школьника, положительного отношения к учению; снижение школьной тревожности, конфликтности и агрессивности. В соответствии с ними была разработана программа психолого-педагогического сопровождения учащихся с задержкой психического развития (далее – детей с ЗПР) при переходе из начальной школы к среднему звену обучения «Я - пятиклассник».

Цель программы - оказание психолого-педагогической поддержки учащимся в процессе их адаптации к новым условиям обучения в средней школе.

Задачи программы:

- формирование позитивного отношения к новым условиям обучения, адекватного отношения к своим успехам и неудачам в учебной деятельности; обучение умениям приобретать знания, навыкам конструктивного общения;
- ознакомление с системой самоорганизации для оптимального выполнения домашних заданий и других учебных требований, с нормами и правилами поведения на новом этапе школьной жизни;

- создание условий для снижения школьной тревожности и агрессивности, повышения уровня учебной мотивации, развития навыков сотрудничества с новыми учителями, коррекции негативных личностных качеств детей.

Программа «Я – пятиклассник» рассчитана на 34 учебных часа, продолжительностью по 40 минут. Занятия проводятся один раз в неделю.

Программа включает четыре последовательных этапа. На первом этапе - «Подготовительном» - основное внимание уделяется повышению уровня адаптации детей, формированию самостоятельности и групповой сплоченности, навыков поведения в новых школьных ситуациях, созданию доброжелательной атмосферы в классных коллективах.

На втором этапе «Я – ученик» - проводится работа по решению основных проблем, возникающих у пятиклассников. Решается также важная задача принятия правил ученика школы и класса, установления норм взаимоотношений со сверстниками в классе, учителями и другими сотрудниками школы. До сознания детей доводится значимость правил, формируется отношение к ним как к определенной ценности, проводится коррекция нравственных качеств учащихся. Важнейшей задачей данного этапа является установление межличностных отношений с учителями, повышение уровня учебной мотивации, формирование конструктивного отношения к неудачам, ошибкам и анализ уже достигнутых успехов.

На третьем этапе - «Я учусь учиться» - особое внимание уделяется формированию некоторых учебных навыков, связанных с самоорганизацией и самоконтролем учебной деятельности. Продолжается работа над развитием коммуникативных и культурно-нравственных умений. Используются приемы, позволяющие работать со школьной тревожностью и излишним волнением, агрессивностью, возникающими у детей в различных ситуациях. Показываются упражнения для успешного запоминания, развития внимания, памяти и мышления с использованием памяток. Продолжается работа по осознанию детьми требований учителей. Формируется понимание

критериев оценки устной или письменной работы по учебным предметам, осваиваются виды работ, способствующие достижению высоких результатов, адекватной самооценки и правильного отношения к результатам деятельности одноклассника. Выделяются конструктивные способы поведения в конфликтных ситуациях. Отдельного внимания заслуживают приемы по снижению напряжения в школьных ситуациях, с помощью которых дети овладевают навыками релаксации и работы со школьными страхами.

На четвертом этапе - «Я достиг» - происходит анализ достигнутых результатов у детей в процессе психологических занятий, ставятся цели на период обучения в шестом классе.

В ходе реализации программы используются следующие коррекционно-развивающие методы:

- дискуссии. Обсуждение вопросов, связанных с основной темой занятия позволяют расширять кругозор, развивать психические процессы у детей;

- беседы по темам обсуждения используются с целью развития навыков конструктивного общения и расширения словарного запаса пятиклассников;

- арт-терапия - метод использования искусства (рисования, музыки, сказки), творческой деятельности с терапевтическими целями для коррекции поведения и для обучения учащихся саморегуляции. Он предполагает работу со сказкой. Правильно подобранная по возрасту сказка легко решает личностные и интеллектуальные недостатки личности и способствует гармоничному ее развитию;

- моделирование образцов поведения. На преодоление школьных страхов используются игры и упражнения, которые позволяют снизить тревожность, агрессивность и расширить поведенческий репертуар детей;

- использование раздаточных материалов - опорных конспектов. В этом возрасте еще сильна роль наглядно-образного мышления, поэтому использование печатных информационных материалов повышает эффективность работы;

- работа в тетради. Запись важной информации, вклеивание памяток, выполнение упражнений с целью активизации работы трех модальностей (визуальной, аудиальной, кинестетической). Тетрадь останется у учащихся и помогает в дальнейшем обучении;

- работа с памяткой в классе. Учитывая психологические особенности детей (низкий уровень произвольности), работу с памяткой предлагается вести по «Правилу пяти «П». Это правило записывается так: ППП \ ПП, что означает: прочитать, приклеить, подчеркнуть и разделить на помнить, применять;

- «маленькие рецензии». Эта форма работы предполагает обратную связь от психолога в виде краткого письменного анализа выполненных заданий. Посредством «маленьких рецензий» можно поддерживать связь с социально-психологической средой: родителями учащихся и педагогами, рекомендовать направления работы в школе и дома;

- применение игр, игровых моментов, релаксационных упражнений под музыку, смены видов деятельности, динамических пауз, так как дети с ЗПР испытывают интеллектуальную напряженность. Игра - этот метод, который способствует созданию близких отношений между детьми, снижает напряженность, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, оказывает позитивное влияние на развитие личности;

- вопросы в конце занятия. Они направлены на достижение двух целей - закрепление изученного материала и развитие рефлексивных процессов (осознание отношений «Я» - новое знание);

- психологическая форма занятия не предполагает выставления отметок. Кроме развернутых устных высказываний используются различного рода приемы поощрения, экран успехов, стенд с выставками творческих работ (с согласия детей), чаепития, которые также способствуют снижению напряженности, уменьшению тревожности.

В качестве критериев оценки эффективности выбраны: уровень школьной тревожности учащихся (определяется с помощью методики

Филипса), показатель повышения групповой сплоченности (социометрия), уровень учебной мотивации пятиклассников (измеряется с помощью анкеты Н.Г. Лускановой).

Как показали результаты сравнительного анализа, наибольшие позитивные изменения в развитии участников занятий наблюдались по следующим факторам:

- переживание социального стресса (количество детей с высоким уровнем снизилось с 16 до 3%, увеличилось на 9% количество детей с нормальным уровнем), эмоциональное состояние детей, на фоне которого развиваются их социальные контакты (прежде всего со сверстниками), в целом улучшилось;

- фрустрация потребности в достижении успеха (количество детей с высоким уровнем снизилось с 10% до 3%, а с несколько повышенным – с 45 до 32%), стабилизация благоприятного психологического фона обучения;

- проблемы и страхи в отношениях с учителями (количество детей с высоким уровнем снизилось с 19 до 3%, увеличилось на 9% количество детей с нормальным уровнем);

- увеличилось количество учеников, находящихся в благоприятных статусных категориях: «лидеров» на 12%, «предпочитаемых» - на 19%; количество детей в категории «пренебрегаемые» снизилось на 31%;

- снижение количества детей с низким уровнем учебной мотивации (с 55 до 23%) и дезадаптацией (с 13 до 3%).

Таким образом, проведенный сравнительный анализ итогов работы по программе доказывает эффективность ее применения для решения проблем адаптации детей с ЗПР к среднему звену школьного обучения при условии построения целенаправленной, планомерной и системной психокоррекционной работы.

Специальная помощь слепоглухим с генетическими синдромами вызывающими нарушения слуха и зрения в Польше

Заорска М.

Университет им. Н.Коперника, Польша

Примерно 2-4% новорождённых детей появляются на свет с врождёнными пороками развития. Это часто является причиной тяжёлых нарушений физического и психического развития детей и даже их смерти. Ребёнок с выраженными врожденными нарушениями развития влияет на организацию жизни и эмоциональные взаимоотношения всех членов его семьи. Он нуждается в ранней специализированной диагностике (в том числе и генетической), в особом внимании родителей, других членов семьи и специалистов, постоянного медико-психолого-педагогического сопровождения, специального обучения и воспитания в центрах раннего развития, в школе, а в зрелом возрасте - в помощи специалистов реабилитационных центров для взрослых инвалидов.

Врожденное нарушение развития можно определить как дефект, который появляется во внутриутробный период и проявляется сразу после рождения. Данное определение относится ко всем врожденным нарушениям развития, несмотря на этиологию дефекта, его механизмы и время проявления.

Этиология 60% выраженных врождённых нарушений развития является не установленной. В 85% случаях на их генетическую природу указывают наблюдаемые в дальнейшем нарушения развития человека. Вид генетических нарушений является основой для их включения в одну из следующих групп:

1. врождённые нарушения как следствие хромосомных aberrаций отмечается примерно у 0,6-1% новорождённых;
2. врождённые нарушения, вызываемые мутацией одного гена (в научной литературе описано примерно 5000 генетических синдромов вызванных нарушением только одного гена, которые проявляются в

основном морфологическими нарушениями; определено 721 изолированных нарушений и 1040 синдромов, вызванных нарушениями одного гена);

3. врождённые дефекты развития, вызванные нарушениями нескольких генов – примерно 50% врождённых нарушений установленной этиологии составляют синдромы, связанные с нарушением более одного гена.

Выраженные нарушения развития появляются также под влиянием приобретенных заболеваний. Достаточно часто такие дефекты являются результатом сочетания генетических и приобретенных нарушений, а также определяются влиянием условий жизни человека.

Особую группу генетических нарушений составляют синдромы, где дефект слуха сочетается с другими нарушениями. В научной литературе описано примерно 250 таких синдромов. Среди них почти 80 - это синдромы, где одновременно с дефектом слуха проявляется дефект зрения и другие проблемы развития (умственная отсталость, нарушения опорно-двигательного аппарата и др.).

Исследования голландских врачей, изучивших 500 детей, имеющих врождённый дефект слуха разной степени показывают, что у 45% из них нарушение слуха было обусловлено не генетическими причинами (20% нарушений слуха было связано с внутриутробными заболеваниями, 10% - с родовыми травмами, 15% детей потеряли слух в результате заболеваний, наступивших сразу после рождения). У 15% причина нарушения слуха осталась не установленной. Только у 40% исследованных детей была определена генетическая причина нарушения слуха.

Генетические синдромы, вызывающие одновременную потерю зрения и слуха привлекают в настоящее время большое внимание специалистов разного профиля. Наиболее известными среди них являются следующие синдромы: Ушера, Маршалла, CHARGE, Волфа-Гиршгорна (Wolfa-Hirshchorna), Перре-Робина (Rierre'a-Robina).

Человек с подобным слухо-зрительным синдромом требует особого внимания, особой помощи и специального психолого-педагогического сопровождения и сфере диагностики, реабилитации, а также обучения и воспитания. Лица с подобными генетическими слухо-зрительными синдромами входят в группу слепоглухих, которым помогает Польское Общество Помощи Слепоглухим, которое организовано в 1991 г. Оно оказывает всестороннюю помощь слепоглухим всех возрастов (детям, молодежи и взрослым) со слухо-зрительными синдромами, хотя их потребности могут не совсем совпадать с потребностями слепоглухих, у которых нарушение слуха и зрения вызвано другими причинами.

Многие лица со слухо-зрительными синдромами имеют остаточные слух и зрение и особые ограничения в коммуникационной деятельности, пространственной и социально-бытовой ориентировке. Их обучение в большей степени опирается на использование зрительных и слуховых возможностей восприятия. Некоторые из них обучаются в интеграционных и общеобразовательных школах, а затем получают высшее образование. Однако, такие люди сталкиваются с ограничениями доступа к информации, с сложностями в межличностных контактах, с невозможностью активного участия в общественной, культурной и политической жизни общества, в реализации профессиональных и личностных планов. Они не всегда получают квалифицированную медицинскую помощь, которая им требуется. Такие ограничения вызывают разочарование, неуверенность и обвинение себя, судьбу и бога, жизнь других людей. Приводит к одиночеству, изоляции, апатии, снижению жизненной активности. Вызывает потерю личного достоинства, отказ от семейной и профессиональной жизни.

Исследование лиц с синдромом Ушера, проведенные в Польше в 2006 г. показало, что 20% лиц в возрасте 19-50 лет, принявших участие в обследовании имеют высшее образование, но только 20% из них работали. 70% из них живёт в городах с населением более 100 тыс. жителей (что означает лучшие возможности медицинской помощи и диагностики). Ведущим

средством общения у них является словесная речь (более 55%). 40% таких людей имеют проблемы с пространственной ориентировкой, особенно в темное время суток в неизвестной или недостаточно известной местности, в пользовании средствами городского транспорта. Поэтому 60% из них пользуется помощью переводчика в ситуациях, связанных с важными для их жизни вопросам. В повседневной жизни наибольшие проблемы у них вызывают: покупка в магазинах, глажение белья, уборка квартиры. Меньшие проблемы они связывают с действиями самообслуживания (на такие проблемы указывают примерно 30% обследованных). Более 50% живёт в квартирах, специально приспособленных к возможностям людей со слуховыми и зрительными недостатками (дополнительное освещение, прикрепление мебели, исключение порогов, специальная сигнализация при входе в квартиру). Необходимую информацию большинство из них получают благодаря телевидению (36%), из прессы (28%). Активный контакт со знакомыми и друзьями имеет 20%. Интернетом на высоком уровне пользуется 16%. Среди обследованных лиц с синдромом Ушера примерно 60% жалуются на проблемы в доступе к информации, знаниям и выбору образования. Поэтому примерно 40% получили образование, которое противоречило их интересам. В свободное время 30% слушает музыку, 30% пользуется Интернетом, в том числе 20% играет в компьютерные игры. 30% никогда не ходят в театр, кино или на выставки. Контакт с другими людьми на хорошем уровне имеют 70%, но в основном это контакт с близкими людьми (супруг или супруга - 25%; брат или сестра - 20%; родители - 15%; соседи - 10%).

Описанная ситуация является следствием низкого уровня знаний общества об особых потребностях лиц со слухо-зрительными синдромами и особенностях их развития. Результатом такого низкого уровня общественного внимания является чувство отчуждения, изоляции, беспомощности и даже деградации. Однако, несмотря на существующие проблемы, лица со слухо-зрительными синдромами квалифицируются в

группе слепоглухих как высокофункционирующие. Многие из них получают образование в массовых школах, в высших учебных заведениях вместе со здоровыми ровесниками, некоторые поступают в аспирантуру. Имеют свои семьи, работают по выбранной специальности, активно включаются в общественную, культурную и личную жизнь. В данной группе находятся люди, имеющие научные звания. Некоторые из них занимают достаточно большие должности на службе, являются уважаемыми сотрудниками на работе. Среди них есть артисты, художники, поэты. Они могут быть прекрасными семьянинами, женами и мужьями, матерями и отцами, бабушками и дедушками. Людями, дающими пример другим, как жить получая личное удовольствие и осуществляя свои мечты.

Литература

Jacórzyński B., Książek M., *Niedosłuch i niedowidzenie: genetycznie uwarunkowane zespoły słuchowo-wzrokowe*, „Otoskop”, 1995, nr 1.

Korniszewski L., *Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna*. PZWL, 2005.

Kubarewicz A., *Spółeczne funkcjonowanie osób z zespołem Ushera*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn 2007 (promotor M. Zaorska).

Zaorska M., *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych w Polsce i Rosji (rozwój i stan obecny)*, Wydawnictwo UMK, Toruń 2010

Установление контакта с детьми, имеющими множественные нарушения и проблемное поведение.

Заречнова С.В.

Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих

тел. 8-985-166-61-08

Часто бывает очень сложно понять причину проявляющихся нарушений поведения у ребенка с тяжелыми и множественными нарушениями развития,

воспитывающегося в Детском доме слепоглухих. Родители таких детей часто жалуются на упрямство, агрессию, повышенную тревожность, необычайную привязанность к матери, необычные страхи и желания своих детей. Их проблемы формулируются обычно в отрицательной форме: «не слушает, не хочет, не может, не говорит, не спит и т.д.». При поступлении в наше учреждение такие дети выглядят очень пассивными и закрытыми.

Большое значение мы придаем организации первого контакта таких детей с педагогом. Форма первого контакта, характер активности, проявляемой взрослым, зависят от тяжести нарушений, особенностей, средств общения ребёнка. Основным принципом организации контактов для педагога: надо вести себя так, чтобы ребёнку захотелось общаться. Педагог должен быть очень чутким и внимательным, чтобы увидеть, насколько комфортно и спокойно чувствует себя ребёнок в каждой новой ситуации. Основная задача педагога правильно определить возможности ребёнка, выбрать вид деятельности, доступной для ребёнка.

Начинать контакт лучше всего с наблюдения за ребёнком в семье, когда он находится в знакомой обстановке среди хорошо знакомых предметов с близкими людьми или со взрослым, который его хорошо знает.

Педагог специально организует взаимодействие с ребёнком на доступном для него уровне, с использованием его особых интересов, с опорой на существующие стереотипы поведения. Это взаимодействие происходит в рамках так называемой «социальной игры» или совместной деятельности с интересными предметами и игрушками, в которой педагог и ребёнок являются полноправными партнёрами в диалоге (в игре).

Организуя такую социальную игру, мы следуем правилам, сформулированным известным голландским психологом, Яном ван Дайком: 1) партнёры обращают внимание друг на друга; 2) партнёры учитывают правила игры, какими бы простыми они не были; 3) каждый из партнёров проявляет инициативу; 4) любая инициатива со стороны каждого из партнёров приемлема; 5) партнёры ждут друг друга; 6) инициатива одного из

партнёров продолжается другим; 7) проявление инициативы регулируется, когда ситуация выходит из под контроля; 8) проблемы, возникающие во время игры, решаются вместе; 9) оба партнёра получают удовольствие от взаимодействия (главное правило).

Обследуя своего партнёра, ребёнок получает возможность полного осязательного знакомства, его внимание обращается на наличие присущих только данному человеку особенностей (структура волос, причёска, очки, заколки, брошки, браслеты и т.д.). Ребёнок может почувствовать позу человека, общающегося с ним, его эмоциональный настрой. Он постепенно понимает, что можно ожидать от этого человека, что создает чувство безопасности и комфорта.

Многие дети с множественными нарушениями в своих коммуникативных взаимодействиях широко используют обоняние, они принимают к человеку, воспринимая запах его одежды, рук, духов. У ребёнка формируется способность соотносить запахи с соответствующими им конкретными объектами, обозначать свою реакцию на данные обонятельные ощущения с помощью доступных средств (мимикой, плачем и т.д.).

Чем больше у ребёнка каналов, позволяющих воспринимать сенсорную информацию, тем большие возможности он имеет для развития средств коммуникации.

Попробуем описать различные способы взаимодействия с ребёнком в зависимости от особенностей поведения, которое он демонстрирует в начале знакомства с новым педагогом.

«Полевое» поведение. Дети с «полевым» поведением – это такие дети, чьё внимание привлекает всё вокруг, но они ни на чём не сосредотачиваются. Задача педагога – «войти в поле» ребёнка. Ребёнок может активно перемещаться в помещении, ненадолго задерживаясь возле заинтересовавших его предметов. В этом случае взрослый, наоборот, должен стать максимально пассивным, чтобы сделаться как бы одним из предметов

обстановки, на который ребёнок может обратить внимание. Ребёнок может подойти к педагогу, вскарабкаться на колени, взять за руку и отвести к интересующему предмету. Постепенно он привыкает к лицу, рукам, голосу педагога. Важно, почувствовав эти изменения, чтобы педагог смог проявить встречную реакцию, которая обязательно должна быть эмоционально окрашена.

Стереотипное поведение. Дети, выстраивающие своё поведение на основе стереотипов, имеющие свой собственный ритм жизни, активно отторгают любое вмешательство извне, так как это ведёт к ломке выработанной ими ранее системы поведения. Подобная ломка страшна для ребёнка, и он старается защитить себя от вторжения – появляются агрессия, самоагрессия, генерализованное возбуждение. В этом случае, при налаживании контакта педагогу следует опираться на сложившиеся у ребёнка стереотипы. Не стоит «ломать» его ритуал. Мы берём за основу то, что нравится ребёнку, доставляет ему удовольствие. Устанавливаем ритм смены занятий. Например, начинаем с угощений: яблоки, печенье, конфеты, затем игры с водой, качели, продуктивная деятельность, а потом снова угощения и т.д. Другой вариант взаимодействия с ребёнком, демонстрирующим стереотипное поведение. Педагог как бы включается в стереотипы ребёнка, затем постепенно выделяется из его ритма, вносит смысл в его механические действия: угощения не просто едим, а называем их, угощаем ими других, режем, отламываем и т.д.

Агрессивное поведение. Если ребёнок становится агрессивным (щиплется, кусается, плюётся и т. д.), когда педагог делает попытку привлечь его внимание, мы прежде всего пробуем установить для ребёнка границы дозволенного и стараемся не разрешать ему эти границы переходить (жестом, интонацией, движениями, пытаемся дать понять ребёнку, что так делать нельзя). В подобных случаях педагогу надо проявить сильную волю. Ребёнок обычно хорошо чувствует, кто сильнее, а кто слабее его. Запрет, наказание приводят к ослаблению или даже сводят на нет агрессию по отношению ко

взрослому. Следующий шаг – дать ребёнку другие способы повышения его психического тонуса и улучшения настроения. Ребёнок с низким психическим тонусом, для которого способ самозащиты в форме агрессии невозможен, направляет свою агрессию на себя, защищаясь от неприятных впечатлений извне. Для повышения психического тонуса такого ребёнка можно использовать музыку, игры с водой, игры со свечами, ритмические стихи, работу с телом. Необходимо отметить, что основа такой работы – это деятельность с телом ребёнка, физические упражнения.

Тормозимость. Иногда дети демонстрируют отказ от проявлений какой-либо активности, нежелание чем-либо заняться, вступать в контакт, взаимодействовать. В этом случае помогает приём привлечения внимания к педагогу. Некоторые дети демонстрируют поведение, сосредоточенное на аутостимуляциях (слуховых, зрительных, тактильных). Как правило, они не реагируют на педагога, отказываются от совместной деятельности. А исключение стимуляции (выключение музыки) вызывают приступы агрессии или самоагрессии.

Действия педагога в этом случае должны быть направлены на то, чтобы войти в «круг замкнутости» ребёнка (совместно действовать с предметом, которым манипулирует ребёнок. Эта деятельность может быть организована через предмет или через стимул, приятный для ребёнка. Педагог старается «двигаться» навстречу ребёнку. Ребёнок каким-то образом «выходит» из круга своей замкнутости, изнутри самого себя, и тоже «движется» навстречу педагогу. И в какой-то момент между ребёнком и взрослым появляется тонкий и хрупкий мостик доверия. Взрослый может «добраться» до ребёнка: заглянуть ему в глаза, погладить по плечу, взять за руку. Во взаимодействии появляется разделённое переживание. Деятельность становится совместной, а порой параллельной.

У детей, демонстрирующих тормозимость в процессе контакта часто бывают проблемы с овладением целенаправленной деятельностью руками. Они не рисуют, не пишут, не общаются жестами. Большим шагом к

взаимодействию с взрослым можно считать ситуацию, где ребёнок доверяет свои руки педагогу, выполняет совместную с ним деятельность. В таком случае ребёнку можно предложить беседу, рассказ о себе (жестовый), соотнесение частей тела, предметов одежды своих с частями тела, одеждой ребёнка.

Взаимодействие с ребёнком необходимо организовывать в форме диалога. Диалог предполагает восприятие ребёнка как полноценного коммуникативного партнёра. Высказывания ребёнка с множественными нарушениями - это не обязательно реплики в устной или жестовой форме. Высказывания ребёнка - это его действия с предметами в процессе взаимодействия с взрослым. В этом взаимодействии важным является очерёдность реплик (моделируется ситуация диалога). Устанавливая контакт, мы стараемся не быть активной стороной, не нарушать естественный для ребёнка ход событий. И только профессионализм педагога (умение ждать, дозировать нагрузку, выбрать правильную помощь) может помочь ребёнку с множественными нарушениями вступить в полноценный контакт с новым взрослым.

Комплексный план профилактики суицидального поведения в

Республике Беларусь на 2009-2012 г.г

Игумнов С.А., Гелда А.П.

«Республиканский НППЦЗ» Министерства здравоохранения Республики
Беларусь

Самоубийства и суицидальные попытки – одна из самых важных проблем, связанная с общественным здоровьем, и вызывающая огромные страдания человека, семьи и общества и большие социальные затраты.

По данным ВОЗ, за период с 1950 по 2000 гг. (за 50 лет) показатели распространенности самоубийств во всем мире возросли на 60%. Самоубийство – одна из ведущих причин смерти среди лиц молодого и среднего возраста, в особенности мужского пола. Ежегодно в результате

самоубийств погибает примерно 1 миллион человек во всем мире, включая свыше 163 000 в Европейском регионе.

В мировом сообществе показатели суицидальной активности колеблются в значительных пределах в зависимости от региона, социально-экономических условий проживания, политики, национальных особенностей и культурных традиций, религиозных установок. По данным ВОЗ, на конец 1-й декады 21-го века по числу суицидов на 100 000 человек лидируют такие различные по географическому положению, климату и условиям жизни страны, как Литва, Россия, Венгрия, Казахстан, Латвия, Украина, Япония.

Число незавершенных суицидов (парасуицидов) приблизительно в 7-10 раз превышает число завершенных суицидов.

В Республике Беларусь на протяжении последнего десятилетия сохраняется достаточно высокий уровень суицидальной активности населения – выше 20 случаев на 100 000 населения. Наибольшую группу риска в отношении совершения суицида составляют лица мужского пола в возрасте 40-59 лет, страдающие алкогольной зависимостью. Среди основных факторов риска совершения суицида следует выделить социальную дезадаптацию, злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами, наличие попыток самоубийства в анамнезе, а также случаев суицида среди родственников.

Социальная политика современного Белорусского государства направлена на преодоление указанных негативных тенденций. В целях снижения уровня суицидов среди населения Республики Беларусь в соответствии с поручением Совета Министров Республики Беларусь от 5 октября 2009г. № 38/204-471 Министерством здравоохранения Республики Беларусь был разработан и утвержден «Комплексный план профилактики суицидального поведения на 2009-2012гг.» (далее – Комплексный план).

При разработке мероприятий Комплексного плана учитывались основные мировые достижения и научные подходы по снижению

суицидальной активности, а также социальный аспект проблемы суицидов и необходимость использования комплексных мер в ее решении.

Комплексный план является межведомственным документом, в выполнении которого принимают участие 25 заинтересованных Министерств, ведомств, исполнительных органов власти, общественных организаций. Координатором и ответственным исполнителем является Министерство здравоохранения Республики Беларусь.

Намеченные на 2009-2010гг. мероприятия в целом выполнены. Основные усилия исполнителей были сосредоточены по следующим направлениям:

- разработке нормативно-правовых актов, регламентирующих оказание помощи лицам в кризисных ситуациях;
- обучении работников образования, здравоохранения и социальных учреждений раннему выявлению депрессий и суицидальных признаков;
- укомплектовании должностей врачей психиатров-наркологов, врачей психотерапевтов, психологов организаций здравоохранения с целью обеспечения мультидисциплинарного подхода в оказании медицинской помощи пациентам в условиях «кризиса»;
- широком информировании населения в СМИ, в местах проведения досуга, по месту работы и учебы населения, в сети Интернет о наличии и деятельности служб профилактики суицидов и их возможностях (психотерапевтические и психологические кабинеты, «телефоны доверия», реабилитационные и духовно-просветительские центры).

На базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» в 2009 г. организована лаборатория клинико-эпидемиологических исследований по изучению проблем суицидов и распространенности психических расстройств.

В результате эффективного и своевременного выполнения мероприятий Комплексного плана всеми заинтересованными ведомствами и общественными объединениями, в 2010г. наблюдалось снижение общего

количества суицидов, совершенных в республике, в сравнении с 2009 г., на 9,6%. Значение показателя оказалось минимальным за последние 15 лет.

Таким образом, реализация Комплексного плана профилактики суицидального поведения в 2010г. позволила в целом стабилизировать суицидальную обстановку и снизить показатели суицидальной активности населения. Однако некоторые негативные тенденции продолжают сохраняться. Так, максимальное число суицидов по-прежнему совершается лицами трудоспособного возраста, уровень суицидов сельского населения остается высоким по сравнению с уровнем суицидов городского населения во всех популяциях.

В текущем году будет уделено особое внимание первоочередному укомплектованию специалистами (психиатрами-наркологами, психотерапевтами, психологами) организаций здравоохранения сельских районов для увеличения доступности специализированной медицинской помощи и своевременного выявления у пациентов психических и поведенческих расстройств, увеличивающих риск совершения суицида.

Одним из действенных механизмов профилактики суицидального поведения по-прежнему будет оставаться совершенствование знаний врачей общей практики по диагностике депрессивных и соматоформных расстройств, выявлению и оценке суицидальных тенденций у обратившихся пациентов.

Для профилактики суицидального поведения необходимо совершенствовать систему оказания психотерапевтической помощи лицам, совершившим суицидальную попытку (парасуицидентам), пациентам, переживающим кризисное суицидоопасное состояние, а также родственникам жертв суицидов.

Принимая во внимание тот факт, что алкоголизация населения способствует росту суицидальной активности, будет продолжена систематическая и целенаправленная профилактическая работа по снижению потребления алкоголя населением республики.

В 2011 г. Министерство здравоохранения продолжает мониторинг суицидов и парасуицидов среди населения, анализ причин и условий их совершения, а также контроль за выполнением Комплексного плана с целью совершенствования системы профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее планомерное снижение уровня суицидов в Республике Беларусь.

Вмешательства, направленные на развитие родительской компетентности при коррекции аутистического поведения у детей

Казанцева Н.В., Воробьева Е.В.

Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск

ntlkzn@sibmail.com

С целью выработки плана психотерапевтических вмешательств, объединяющих сотрудничество психиатров, психологов, педагогов и родителей при коррекции ключевых признаков аутизма – нарушения социальных отношений, коммуникации и тяжелых ритуалистических тенденций, нами исследовалась взаимосвязь между аутистическим поведением и особенностями родительского отношения и родительской позиции

Актуальность оценки такой взаимосвязи обусловлена необходимостью развития у родителей навыков, более соответствующих проблемам, с которыми они сталкиваются при взаимодействии с аутистическим ребенком. Это вызывает необходимость комбинированного использования программ раннего вмешательства, направленных как на ребёнка, так и на семью с целью повышения родительских навыков и оптимизации развития ребенка с аутизмом.

Целью исследования было изучение взаимосвязи между аутистическим поведением и особенностями родительского отношения и позиции в контексте функционального анализа условий возникновения проблемы и подготовки фундамента для её решения.

Были обследованы 2 группы детей и их матерей. Экспериментальную группу составили дети младшего школьного возраста, страдающие РАС, и их матери (34 ребенка и 34 матери). Контрольную – 34 ребенка от 6 до 13 лет с типичным развитием (здоровые) и их матери.

Методы исследования:

1. Рейтинговая шкала детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale – CARS), разработанная Е. Schopler, R. Reichler, В. R. Renner (1980).
2. Опросник принятия родительской позиции (ОПРП) Е.И. Захаровой и А.И. Строгалиной (2006).
3. Тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина (ОРО) (1982).
4. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica 6.0. Использовались непараметрический U-критерий Манна-Уитни и H-критерий Крускала-Уоллиса, а также коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По данным клинико-психологической оценки детей с РАС с помощью рейтинговой шкалы аутизма наиболее часто встречались нарушения таких компонентов аутистического поведения, как «Эмоциональный ответ» (8%) и «Уровень и соответствие ситуации интеллектуального ответа» (8%), в основе которых, согласно представлениям [1, 2] может лежать дефицит общих когнитивных навыков. Преобладание подобных клинических проявлений аутизма у детей сопровождается снижением качества родительского попечения.

Родительская позиция в целом, так и отдельные ее характеристики у матерей, воспитывающих детей с РАС, характеризуются неприятием. Особенно выраженное неприятие касается позиций «Забота и удовлетворение потребностей», «Руководство», «Зависимость положения родителя», «Поддержка ребенка» и «Эмоциональное принятие». Различия в родительских позициях по сравнению с матерями, воспитывающих здорового

ребенка, достоверны ($p < 0,05$). Значения по родительской позиции «Руководство» снижаются по мере увеличения степени тяжести симптомов аутизма у ребенка. Это свидетельствует о том, что ребенок с более тяжелой степенью расстройства требует больших родительских навыков, интенсивности ухода, времени и внимания родителей. Однако, по другим шкалам степень непринятия родительской позиции и типы родительского отношения у матерей детей с аутизмом не зависели от степени тяжести расстройства. Это позволяет сделать вывод, что матери не являются холодными и отчужденными и не могут служить психогенной причиной появления симптомов аутизма у ребенка. Скорее, некоторые искажения родительской позиции и родительского отношения матерей детей с аутизмом объясняются недостатком знаний и навыков обращения с такими детьми.

Особенности родительского отношения у матерей детей с аутизмом характеризуются отвержением ребенка (31%), стремлением инфантилизировать его (33%), приписать личную и социальную несостоятельность. Матери детей, страдающих РАС, часто предпочитают авторитарный стиль общения (19%). Это может снижать эффективность эмоционального общения между матерью и ребенком и приводить у последнего к состоянию «выученной беспомощности», которое вызывает вторичные эмоциональные и поведенческие нарушения. Высокий балл по шкале родительского отношения «Симбиоз» (14%) и низкий по шкале «Кооперация» (9%) в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$) матерей говорят о скорее «симбиотически-отвергающем» типе отношения.

Оценка зависимости родительского отношения от степени РАС значимых изменений не выявила ($p > 0,05$). Корреляционной связи между степенью тяжести РАС и количественными показателями принятия/непринятия родительской позиции, а также и вариантами родительского отношения не обнаружено ни по одной из шкал.

Таким образом, непринятие некоторых родительских позиций и снижение качества отношений между матерью и ребенком, страдающим

аутизмом, чаще обусловлено эмоциональным и когнитивным дефицитом у ребенка [2], приводящим к нарушениям коммуникации и социального взаимодействия, и недостатком родительских навыков у матери, необходимых для взаимодействия с этим дефицитом у детей.

Недостаточное принятие матерями детей, страдающих аутизмом, своих родительских позиций приводит к искажению родительских установок, включающих когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Эти установки могут влиять на отношения матери и ребенка, и приводить к формированию небезопасной, симбиотической привязанности данных детей, затруднению развития их социального функционирования, появлению вторичных эмоциональных и поведенческих проблем.

Таким образом, у детей с РАС выявлены проблемы поведения, связанные дефектами в когнитивной и аффективной сферах. Эти дефекты характеризуются общим и специфическим когнитивным дефицитом, проявляющимся в нарушении навыков, позволяющих понимать социально значимую информацию и реагировать на нее.

Для коррекции выявленных поведенческих проблем и вызывающих их дефицитов предлагается использовать комплексную терапию, направленную на ребенка и на родителей (семью). Вмешательства, направленные на коррекцию когнитивных дефицитов ребенка, включают, в первую очередь, поведенческие вмешательства, основанные на теории социального научения, позволяющие выработать навыки социальной инициации и социального ответа, лежащие в основе социальной компетентности. Они включают техники пошагового научения; базисный тренинг реакций; вмешательства, направленные на конструкты тревожности, депрессии, стереотипии, агрессивность; когнитивно-поведенческие методы [3].

Для оптимизации терапевтического воздействия на когнитивные дефициты ребенка и улучшения его социального взаимодействия с окружением целесообразно использовать вмешательства, направленные на

мать (родительский тренинг) и семью (терапевтические группы социальной поддержки).

Работу с родителями (чаще с матерями) рекомендуется проводить в групповом формате: терапевтические группы, родительский тренинг эффективного взаимодействия с ребенком. Стратегии, которым обучают родителей в рамках родительского тренинга, делятся на 4 категории [4]: 1) специфические методы для развития позитивных взаимоотношений; 2) техники следования за желательным для ребенка поведением (например, если он хочет куклу, то получит ее, если выразит свою просьбу словами); 3) способы обучения новым навыкам и поведению; 4) практические стратегии управления нарушенным поведением.

Тренинг эффективного взаимодействия с ребенком ставит перед собой цель улучшения взаимопонимания между родителями и ребенком, использование адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятия напряженности, тревоги и обеспечение больших возможностей для преодоления проблем [5]. Используя в рамках тренинга функциональный анализ поведения и систематизированное наблюдение за ребенком, родитель обучается видеть в конфликтной ситуации проблему, интерпретировать, оценивать ее и находить решения.

Литература

1. Frith, U. Happé, F. Theory of mind and self consciousness: What is it like to be autistic? // *Mind and Language*. – 1999. – V. 14. – P. 1-22.
2. Baron-Cohen S. Theory of mind in normal development and autism // *Prisme*. – 2001. – V. 34 – P.174-183.
3. Лаут Г.В., Брак У.Б., Линдеркамп Ф. Коррекция поведения детей и подростков: Практическое руководство. Том 1. Стратегия и методы / Пер. с нем. В. Т. Алтухова; науч. ред. текста А.Б. Холмогорова. – М. : Издательский центр «Академия», 2005. – 224с.
4. Whittingham K, Sofronoff K, Sheffield J. , Sanders M. R. Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of

the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2009. –V. 3 (1). – P. 129-144.

5. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Ред. Х. Ремшмидт. – М. : Мир, 2000. – С.476-499.

Актуальные проблемы комплексного лечения детей с СДВГ

Каркашадзе Г. А., Маслова О.И.,

Научный центр здоровья детей РАМН

karkga@mail.ru

В последние годы мировой наукой достигнуты большие успехи в изучении одной из самых актуальных проблем неврологии - синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей (СДВГ). Актуальность проблемы обусловлена высокой распространённостью синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью находится в фокусе интересов различных специалистов из разных ведомств: неврологов, психиатров, психологов, дефектологов и педагогов, - в связи с чем, традиционно для полидисциплинарных предметов, актуальны вопросы синтетического восприятия проблемы и междисциплинарного взаимодействия.

Частота СДВГ в мире по различным данным варьирует от 2,2 до 9,5 % у детей школьного возраста [1] . В Соединенных Штатах примерно 2-6% школьников ставится диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [2]. В исследовании Н.Н. Заводенко и соавторов частота СДВГ у школьников в Москве составила 7,6% [1] . Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек.

Среди этиологических причин СДВГ выделяют три группы факторов: генетические; пре- и интранатальные, а также другие факторы

органического поражения мозга и социальные. Большинство исследователей предполагают генетическую природу синдрома. По современным представлениям генетическая опосредованность характерна от 40% до 75% случаев болезни [3, 4]. Предполагается, что СДВГ детерминируется мутациями 3 генов, регулирующих дофаминовый обмен - гена D4 рецепторов, гена D2 рецепторов и гена, ответственного за транспорт дофамина [5].

К факторам органического повреждения мозга относятся: хроническая гипоксия плода, гипоксические, токсические, травматические, воспалительные поражения мозга в перинатальный период и другие состояния.

Семейно-социальными факторами являются: низкое социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями. Так, по данным российского исследования в 2007 году материальный достаток ниже среднего отмечался в почти 45% семьях с детьми с СДВГ, а воспитание в неполных семьях - в 38% случаев СДВГ (вдвое чаще, чем в семьях без СДВГ) [6]. Средовое воздействие и влияние иных факторов (недоношенность, низкая масса тела при рождении, курение матери во время беременности и т. д.) признается, но считается менее значимым. В России наследственный анамнез по алкоголизму отягощен у 23% детей с СДВГ [6].

Как известно, диагноз СДВГ выставляется согласно критериям DSM-IV, которые хорошо известны специалистам, что, однако, не избавляет нас от случаев гипердиагностики (ложной диагностики). По нашим данным в Москве в 40-45% случаев диагноз СДВГ выставляется безосновательно. К гипердиагностике, как правило, приводит невнимательное отношение к таким критериям постановки диагноза, как наличие нарушений в 2-х и более различных социальных средах, наличие неуспешности в обучении и социальных функциях и длительность нарушений более 6 мес. Кроме того, врачи часто не проверяют достоверность критериев СДВГ у ребёнка

непосредственно на приёме, полагаясь на описательные характеристики близких.

Лечение детей с СДВГ в России недостаточно систематизировано, что является частным отражением неполноценности междисциплинарного взаимодействия. Несмотря на применение большого количества способов лечения и коррекции неврологами, психиатрами, нейропсихологами и психологами, на практике конкретный ребёнок с СДВГ редко получает структурированную комплексную лечебную помощь. Среди методов лечения выделяются немедикаментозные и медикаментозные. Немедикаментозное лечение включает в себя методы модификации поведения, психотерапию, педагогическую, нейропсихологическую коррекцию, метод биологической обратной связи, а также методы диетотерапии.

По настоящее время не существует единой точки зрения на показания к назначению медикаментозной терапии и её применения сразу после постановки диагноза или в случае недостаточной эффективности немедикаментозных методов.

В ряде стран широко применяются фармакологические средства, относящиеся к стимуляторам ЦНС метилфенидат (риталин, Concerta и др.). Во многих странах они считаются препаратами первого выбора, но в нашей стране они пока не зарегистрированы. Поэтому наши специалисты используют в лечении ноотропные препараты (пантогам, ноотропил и др.) и антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин и др.). Более новым препаратом для лечения СДВГ является атомоксетин, лечебный эффект которого основан на пре- и постсинаптической модуляции дофамина и норадреналина на рецепторном уровне. Препарат атомоксетин (Страттера), единственное предназначение которого заключается в лечении СДВГ, прошел клинические испытания, зарегистрирован в РФ и успел хорошо зарекомендовать себя в России. Однако наибольший эффект как по нашим данным, так по данным других, в том числе зарубежных авторов

заключается в грамотном комбинировании медикаментозных и немедикаментозных методов [7,8]. Оптимальным является совместная разработка стратегии и тактики лечения неврологом/психиатром и психологом. Однако, к сожалению, в Российской практике это условие чаще не соблюдается, чем соблюдается.

Прогноз СДВГ можно считать относительно благоприятным, так как по мере роста ребенка нарушения в нейромедиаторной системе мозга компенсируются, и часть симптомов постепенно регрессирует в подростковом возрасте. Однако в 30-70% случаев клинические проявления СДВГ (чрезмерная импульсивность, вспыльчивость, рассеянность, забывчивость, непоседливость, нетерпеливость, непредсказуемые, быстрые и частые смены настроения) могут наблюдаться и у взрослых. [9]. Повышение эффективности лечения детей с СДВГ может быть достигнуто созданием команд специалистов с четкой иерархией компетенции и принятия решений в составе как медицинских, так немедицинских учреждений, оказывающих помощь этой группе больных.

Литература

1. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Семенов П.А. и др. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармакотерапии. Московский мед журн., 1998; 19-23.
2. Amir Raz, Ph.D. Brain Imaging Data of ADHD. Psychiatric Times. Vol. 11 № 9.
3. Barkley R. A. International consensus statement on ADHD // Clin. Child. Fam. Psychol. Rev. 2002. V. 5. P. 89–111.
4. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. – М.: Генезис., 2010.
5. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад), М.: САФ. 2007. 64 с.

6. Faraone S.V., Biederman J. Neurobiology of attentiondeficit hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 1998; 44: 10: 951-958.
7. Семакова Е.В., Макарова И.Ю. Семейно-социальные условия развития гиперактивности. "Успехи современного естествознания"., 2007., №9.
8. Frankel F., Myatt R., Cantwell D.P. Parent-assisted transfer of childrens social skills training; effect on children with and without ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 8: 1056-1064.
9. Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. J Pediatr 1998; 133: 4: 11: 544-551.

Роль семьи в психотерапии детей и подростков

Корнилов А.А.,

ГПП № 223, г. Москва

aleks-kornilov@yandex.ru

Работа основана на данных, полученных в результате консультирования и лечения детей и подростков, обратившихся за психотерапевтической помощью в ГПП №223 Департамента здравоохранения г.Москвы за период 2008-2011 годов. Проанализировано 84 клинических случая.

Основной контингент на амбулаторном приеме у врача психотерапевта составляют дети с невротическими и психопатоподобными расстройствами. Представляется возможным выделить два аспекта проблемы – симптоматический (проявления клинической симптоматики невротического уровня) и социально – педагогический. Второй выражается в социально значимом изменении поведения ребенка, на что детально обращают внимания родители и педагоги. Характерно, что родители чаще склонны актуализировать внимание на последнем аспекте.

Изменения в поведении ребенка или появление симптомов, проявляющихся в отклонении поведения и снижении школьной

успеваемости, часто становятся для родителей первичной мишенью для терапевтического воздействия. В понимании родителей происходит размытие границ клинической симптоматики с педагогическими трудностями. Во время первых встреч с психотерапевтом родителям предлагалось составить список жалоб и проблем ребенка в иерархическом порядке. В подавляющем большинстве случаев приоритет отдавался значимым для родителей моделям нежелательного поведения (непослушание, вспыльчивость, снижение успеваемости, жалобы на ребенка со стороны учителей и т.п.). Предпосылками для данных жалоб могли служить как биологические факторы, так и последствия дисгармоничного воспитания и социально-педагогической запущенности. Некоторые родители старались «вылечить болезнь воспитанием» или, наоборот, дать социально-педагогической запущенности клинический ярлык.

В психотерапевтической работе с родителями прослеживаются четкие установки на допустимое поведение своего ребенка. Именно невозможность собственными силами удержать ребенка в коридоре допустимого поведения явилось у 64% родителей поводом к обращению за помощью к психотерапевту, психиатру или психологу.

Более глубокая работа с родителями показывает, что мотивирующим фактором для обращения за помощью является собственное чувство дискомфорта, тревоги, стыда, что их ребенок «плохо воспитывается». В мышлении родителей появляются негативные представления о своем ребенке: «мой ребенок не такой как все», «мой ребенок хуже других», «мой ребенок ведет себя плохо, потому что меня не любит». Появляется элемент условности материнской любви и принятия ребенка, что в свою очередь является дополнительной психогенией для маленького пациента. У 15,5% матерей недовольство своим ребенком приводило к появлению невротической симптоматики (тревога, навязчивые мысли, бессонница, психастения, декомпенсация патологических черт личности). Также примечателен факт, что у более трети матерей в свою очередь выявлялись

сопутствующие невротические расстройства, которые находили отражение в изменении отношения к ребенку и ухудшении психологического климата в семье. Таким родителям дополнительно предлагалась индивидуальная психотерапевтическая работа.

Не менее важной является позиция отца. Доля детей из полных семей (два родителя, проживающих совместно) составила 69%, среди них биологическими отцами воспитывалось 81% исследуемых. 40% отцов отказались принять участие в психотерапевтической работе. Объяснением отказа чаще всего служили ссылки на занятость по работе, отрицание возможности психотерапевтической и психологической коррекции, недоверие к службе психотерапевтической помощи и уверенность в том, что проблема должна решаться жесткими воспитательными подходами. Лишь у 22% отцов отмечалась позиция сотрудничества и вовлеченности в работу. Оба родителя пришли на первичный прием в 8% обращений. И всего один ребенок (мальчик, 14 лет) пришел на первичный прием вдвоем с отцом.

Относительно проявлений симптоматики своих детей, приходится слышать от родителей, что дети многое делают назло, не справляются с учебной из-за лени, а порой (чаще это наблюдается у отцов) возникает искреннее непонимание, почему дети не могут перестать болеть под действием их внушения. Родители берут на себя многие личностные роли детей (делают за них уроки, вмешиваются в отношения внутри детских коллективов, а порой просто принуждают детей к тем или иным моделям поведения). Подобные установки родителей несомненно представляют собой цель для анализа и психотерапевтической работы.

Комплексную психотерапию всей семьи трудно переоценить. Среди нежелательных моментов индивидуальной психотерапевтической работы с ребенком, без вовлечения семьи в целом, представляется возможным выделить:

1. Перекладывание ответственности за состояние ребенка на врача психотерапевта.

2. Краткосрочность психотерапевтического воздействия, ограниченное временем приема и стенами психотерапевтического кабинета.
3. Недостаточную мотивацию ребенка на работу со специалистом.
4. Сохранение моделей дисгармоничного воспитания как этиологического фактора расстройств.
5. Наличие в ряде случаев условной психологической выгоды симптоматики ребенка для родителей.
6. Наличие у одного или обоих родителей невротических расстройств и личностных дисгармоний.

Как показывает практика, часть родителей (более 15%) отказывается принимать ведущую роль в терапевтическом процессе. Индивидуальная работа с такими детьми, приводит к менее выраженным результатам лечения, преждевременному прекращению лечения вопреки совету врача, повторным обращениям и более частому назначению фармакотерапии. В большинстве случаев причинами отказа являлось не принятие собственной роли в проблемах ребенка и нежелание переводить проблему на семейный уровень. Подобные родительские установки отмечались ригидностью и при попытках влияния приводили к срыву психотерапевтической работы.

Наилучшие результаты были достигнуты при комплексном психотерапевтическом воздействии. Работа включала индивидуальные сессии с ребенком, с матерью (или обоими родителями) и семейную психотерапию. Учитывались пожелания и мнения всех участников психотерапевтического процесса, в том числе и детей, независимо от их возраста. Принятие во внимание позиции ребенка достоверно увеличивает степень доверия к специалисту, вовлеченность в работу и ответственность за свое поведение вне стен психотерапевтического кабинета.

В работе, в рамках мультимодального подхода, применялись следующие методики: трансактный анализ; психотерапия «материнской любовью» по Б.З. Драпкину; когнитивная психотерапия; нейро-

лингвистическое программирование; трансовые и ресурсные методики, элементы телесно-ориентированной психотерапии; по показаниям – фармакотерапия.

Наилучшие результаты были достигнуты при работе с родителями в рамках концепции трансактоного анализа, позволяющего объяснить и рационализировать отношения в семье и элементы дисгармоничности в воспитательных подходах к ребенку. Примечательно, что с 10-12 летнего возраста дети самостоятельно охотно обучались трансактоному анализу, меняли свои формы поведения, быстрее родителей выходили из «психологических игр», брали на себя роль «взрослого».

В процессе лечения возрастала роль родителей. Обучающие беседы, подбор литературы для самостоятельно прочтения позволяют родителям стать своего рода психотерапевтами для своих детей. Сравнивая психотерапевтическую эффективность врача в стенах кабинета с психотерапевтическими посланиями, идущими от родителей, стоит отметить значительное превосходство последних. Начальные элементы трансактоного анализа, обучение матерей психотерапии «материнской любовью» по Б.З. Драпкину, простые ресурсные методики, телесно-ориентированные техники не представляют значительных сложностей для усвоения.

Высокого уровня сотрудничества удалось достичь более чем у трети родителей, обратившихся со своими детьми. У детей данной группы отмечалась отчетливая редукция симптоматики, восстановление социальной адаптации, повышение адаптационного потенциала и сопротивляемости повторным стрессовым воздействиям, улучшение успеваемости. Климат в семье становился благоприятным, прекращались конфликты между родителями, воспитательные подходы к детям гармонизировались, возросло субъективное психологическое благополучие всех членов семьи. Таким образом, вовлечение родителей в психотерапевтический процесс, работа с детьми через концепцию семейной психотерапии, уход

психотерапевта от директивных установок к позиции партнерства повышает качество психотерапевтической помощи.

**О повышении социальной компетентности людей,
страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС).**

Костин И.А.,

Институт коррекционной педагогики РАО

kostin_ia@mail.ru

Опыт длительного психологического сопровождения людей, страдающих расстройствами аутистического спектра (РАС), показывает, что положительную динамику в состоянии и степени адаптированности таких людей можно наблюдать в любом возрасте. В развивающей среде – в меру требовательной, эмоционально принимающей, мобилизующей, относительно предсказуемой и осмысленной – аутичный человек и во взрослые годы может становиться все более выносливым, заинтересованным в людях и гибким. И наоборот: если жизнь аутичного человека бедна на эмоционально значимые события, если нет никакой мобилизующей его субъективно важной деятельности, то в адаптации может идти некоторый регресс, человек становится более пассивным и стереотипным.

В то же время есть ряд черт, которые остаются очень устойчивыми у многих людей, страдающих РАС. К ним можно отнести социальную дезориентированность, наивность и бесхитрость в отношениях, трудности понимания «неписаных законов», нюансов и тонкостей социального взаимодействия, юмористического и метафорического в речи. Им сложно сопереживать чувствам, понимать позицию и точку зрения другого человека. Эти особенности, конечно, значительно затрудняют дальнейшую социальную адаптацию аутистов.

Особую значимость они приобретают в отношении тех аутичных ребят, которые самостоятельно, без сопровождения передвигаются вне своего дома. Конечно, это становится возможным далеко не во всех случаях, и сам факт

самостоятельных поездок по городу, да еще по такому большому и сложному как Москва, что свидетельствует об определенной позитивной динамике и неплохом достигнутом уровне адаптации. Но стереотипная приверженность к освоенным формам поведения, трудности интерпретации и адекватного и гибкого реагирования на различные социальные ситуации в принципе могут даже угрожать их безопасности при пребывании вне дома. Приведем ряд примеров.

12-летняя девочка, находясь на выставке в музее, с гневом бросилась отбирать фотоаппарат у незнакомых людей, напоминая нерадивым посетителям, что фотографировать в музее нельзя.

Школьник, не найдя после уроков в раздевалке своих ботинок, не обратился за помощью ни к вахтеру, ни к своим учителям, а ушел домой в холодное время года в сменной обуви.

Другой школьник, поступив в новый класс, быстро стал объектом манипуляции для одноклассников, которые регулярно просили у него мобильный телефон и звонили за его счет.

18-летний молодой человек с «высокофункциональным» аутизмом, студент престижного вуза, доверчиво разговорился на улице с довольно подозрительным мужчиной, сообщил ему разные сведения о себе, а от предложенного алкогольного коктейля в банке отказался только потому, что «не пьет спиртного».

Юноша при передвижении по улицам очень эмоционально реагировал на услышанные в разговорах случайных прохожих нецензурные слова: хитро улыбался, начинал прислушиваться к разговору незнакомых людей.

Эти довольно типичные примеры убедительно свидетельствуют, что детям и выросшим аутичным людям – подросткам, юношам – необходимо специально организованное обучение, направленное на повышение их социальной компетентности. Традиционно образование в массовой школе ориентировано в первую очередь на академические знания. Обычного курса ОБЖ аутичным ученикам массовых школ явно недостаточно для повышения

компетентности в этой сложной, «неочевидной» сфере. Но не следует забывать, что современное индивидуализированное образование должно отвечать реальным потребностям конкретных учеников. А это значит, в учебных заведениях, в которых проходит инклюзивное обучение учащихся с ограниченными возможностями, следует создавать организационные условия для повышения их социальной компетентности.

Молодым людям с аутистическим развитием необходимо не просто транслировать те или иные правила социального взаимодействия, усваивающиеся с обычной присущей им «добросовестной» стереотипностью, например, общепринятые формулы вежливости. Им необходимо помогать осмыслить общепринятые формы социальных взаимодействий, обсуждать, что приемлемо и что не приемлемо в общении с незнакомыми, знакомыми, близкими друзьями, членами семьи ... Важно донести идею, что различные культурные нормы и правила социального взаимодействия возникли не случайно. Они служат для того, чтобы мы чувствовали себя комфортно и могли достичь своей цели, если нам необходимо узнать, кто последний в очереди. Или спросить дорогу у незнакомого человека, или доехать в своем доме в лифте до своего этажа вместе с незнакомыми соседями ... и др.

И еще одно важное обстоятельство должно быть обязательно обсуждено: не все люди выполняют правила. Необходимо поддержать аутичного человека в собственном старании следовать освоенным и осмысленным правилам, но при этом поговорить и о недопустимости и бесполезности «перевоспитывания» тех, кто, может быть, неправ (см. один из приведенных выше примеров).

Приходится констатировать острую недостаточность специальной литературы, посвященной помощи в повышении социальной компетенции людям с особенностями развития. Тем не менее, в качестве интересного пособия можно назвать созданную в Петербурге программу «Зеркало» (Вяхякуопус Е., Мелихов А., 2005).

Подчеркивая значимость проблемы социальной компетентности страдающих аутизмом людей, следует отметить, что, своевременно начатая и не прекращенная чрезмерно рано, психолого-педагогическая помощь предохраняет их от множества возможных поведенческих проблем, повышая уровень безопасности и качество их жизни.

Литература

Вяхякуопус Е., Мелихов А. Зеркало. – СПб: Изд-во “Журнал «Нева»”, 2005. – 216 с.

Современные технологии коррекции девиантного поведения подростков

Крыжановская Л.М.

ИПССО МГПУ,

larakry@yandex.ru

Девиантное поведение – это система поступков, противоречащих принятым в обществе нормам, проявляющееся в виде несбалансированности психических процессов у подростков и ведущее к дезадаптации. Такие подростки рассматриваются как дисгармоничные личности, неспособные отвечать за свою судьбу и совершаемые поступки. Они не самостоятельны и не автономны в принятии решений. Подростки отличаются инфантилизмом, нездравомыслием, ригидностью, неадекватностью самооценки, несамостоятельностью и так далее.

Анализируя современные технологии коррекции девиантного поведения подростков, мы опирались на структуру девиантного поведения и типы девиаций: изолированные и групповые, временные и постоянные; экспансивные и неэкспансивные; эгоистические и альтруистические; осознаваемые и неосознаваемые, то есть на социальную значимость девиации. На современном уровне образования и воспитания, отвечая социальным потребностям, во многих регионах страны возникают

разнообразные формы коррекционной работы с детьми и подростками. Мы также представляем методы активного социально-психологического воздействия, как новейшие образовательные психологические технологии, направленные на коррекцию подростков с девиантным поведением. В рамках нашего исследования проводилось обучение подростков 12-17 лет, для коррекции таких характеристик мышления, как отрыв от реальности, накопление негативных образов, отсутствие рефлексии, неприятие принципов психической саморегуляции и др. Результаты исследования показали, что подростки после экспериментального обучения стали способны отделять себя от собственных переживаний, своей неполноценности, научились «проигрывать» в уме ситуации стресса. У них повысилась ответственность за свои поступки, улучшилось общение и межличностные отношения, выросла успеваемость.

В исследовании использовались разные виды групповых тренингов. Разработаны и внедряются в практику работы с подростками: тренинг речевого общения; тренинг ораторского искусства; тренинг дыхательной гимнастики; тренинг психологических этюдов(1); психогимнастика, по М.И.Чистяковой;тренинг волевой активности (3).

Как показывает наше исследование, современные технологии, в частности, методы активного социально-психологического обучения (тренинги) в комплексном применении, корригируют некоторые формы девиантного поведения: агрессию и аутоагрессию; сверхценные психологические увлечения; аморальное поведение; неэстетическое поведение. На основе результатов экспериментального исследования, проведенного нами в ряде школ Москвы, Московской области и Пермского края, можно сделать следующие выводы:

1. Комплексный подход в применении методов активного социально-психологического обучения (тренинги) позволяет определить основные пути коррекции психической депривации.

2. Методы активного социально-психологического обучения (тренинги) способствуют выделению причин и факторов школьной дезадаптации.

Литература

1. Крыжановская Л.М Психология семьи: проблемы психолого-педагогической реабилитации.-М., 2005.
2. Крыжановская Л.М Артпсихология как направление психолого-педагогической реабилитации подростков.-М., 2004.
3. Крыжановская Л.М Психолого-педагогическая реабилитация подростков.- М., 2008.

Нейройога. Здоровьесберегающие технологии в воспитании и развитии детей

Кузнеченкова С.О.

«Центр управления стрессом», Санкт-Петербург

redmaxaon@yandex.ru

Сохранение и укрепление здоровья детей, в том числе с трудностями в развитии и инвалидов, вызывает огромную озабоченность в современном обществе, что подтверждается созданием и разработкой в последнее время государственных программ «Здоровое поколение», «Здоровье нации» и «Здоровьесберегающее образование».

Применение доступных, универсальных методов оздоровления и здоровьесбережения является важнейшим базисом в работе с детьми и подростками, имеющими серьезные психоневрологические трудности в развитии для их успешной реабилитации, обучения и социализации. В этой связи, применение теории и практики детской нейропсихологии, психофизиологии и психосоматики необходимы для понимания основ укрепления здоровья ребенка. Мы предлагаем использовать систему

Нейройога в качестве универсального механизма реабилитации. По нашему мнению, эта система является наиболее адекватным и единственно возможным способом помощи детям, нуждающимся в восстановлении нейро-психо-соматического здоровья.

Нейройога – комплексная система упражнений, включающая в себя наиболее действенные, нейропсихокоррекционные методики, способствующие как выявлению и оценке имеющихся резервов мозга, так и их наиболее благоприятному и гармоничному развитию, оздоровлению организма в целом.

Каждый комплекс Нейройоги обязательно включает в себя следующие упражнения: растяжки-разминки, глазодвигательные и артикуляционные упражнения, сложные растяжки, функциональные и дыхательные упражнения, самомассажи, упражнения на развитие мелкой моторики, релаксацию.

Каждый комплекс системы Нейройога имеет сказочный сюжет, аудио-, видео- и сенсорное сопровождение для воздействия на все каналы восприятия и наилучшего закрепления всесторонних позитивных изменений в человеке.

Упражнения системы Нейройога достаточно просты в освоении и применении, создают высокую мотивацию и дают наглядный и быстрый эффект уже на начальных этапах освоения.

Наряду с серьезным улучшением общего психоневрологического статуса, упражнения системы Нейройога развивают интеллектуальную и эмоционально-коммуникативную сферу, что способствует ускорению социализации ребенка и облегчает как подготовку ребенка к школе, так и обучение в ней.

Занятия по системе Нейройога необходимы:

1. Детям с серьезными трудностями в развитии, так как они улучшают работу мозга, способствуют нормализации психического и неврологического статуса ребенка.

2. Обычным детям, так как стимулируют развитие интеллектуальных, психических возможностей детей. За счет активизации работы мозга улучшаются память, внимание, восприятие, речь, моторика, мышление, творческие способности детей с обычными способностями.

3. Детям одаренным, так как они помогают оценить, поддержать и развить способности ребенка.

Система Нейройога создана на базе Центра управления стрессом (Санкт Петербург, автор – детский нейропсихолог Кузнеченкова С.О., (www.stressmc.ru) и уже несколько лет успешно применяется для помощи детям и подросткам с трудностями в развитии (ДЦП, ЗПР, ЗРР, аутизм, СДВГ, расстройства поведения, другие неврологические и психиатрические проблемы). Хорошо показала себя эта система и в реабилитации нейрохирургических пациентов в послеоперационный период.

Система Нейройога является действенной и результативной не только в области помощи детям с трудностями в развитии, но и в оздоровлении и активизации работы мозга любого ребенка. Разработаны подробные методологические рекомендации, которые могут быть использованы при проведении занятий в детских садах и в начальной школе. Широкое применение системы Нейройога в качестве необходимой составляющей дошкольного и школьного образования должно привести как к общему оздоровлению детей, так и к повышению успеваемости и улучшению качества образования в целом.

Использование элементов музыкотерапии как направления нейрореабилитации детей с нарушениями речи

Кузьмичёва О.В., Ревенко М.Н.

Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

Среди многочисленных средств профилактики и реабилитации детей с речевыми нарушениями (алалией, заиканием, дизартрией) все чаще используются различные виды искусства. Это направление получило

название арттерапии. Арттерапия обеспечивается воздействием средствами искусства (музыка – музыкотерапия, театр, образ – имаготерапия, литература, танец, движение – кинезитерапия).

Музыкотерапия (МТ) имеет два аспекта воздействия: психосоматическое, в процессе которого осуществляется лечебное воздействие на функции организма, и психотерапевтическое, в процессе которого с помощью музыки осуществляется коррекция отклонений в личностном развитии, психоэмоциональном состоянии. Именно катарсическое воздействие музыки позволяет использовать ее в таком качестве в коррекционной работе с детьми, имеющими проблемы в развитии. Психокоррекционное воздействие осуществляется на трех направлениях: коммуникативном (установка контакта педагога с ребенком), реактивном (достижение катарсиса, очищения от наслоившихся болезненных отрицательных состояний в процессе музыкального восприятия), регулятивном (снятие нервно-психического напряжения, релаксация). Нормализация психоэмоционального состояния посредством восприятия музыки обеспечивается путем выхода ребенка из отрицательных переживаний, наполнения его положительными эмоциями, реконструирования его эмоционального состояния, когнитивной сферы.

В рамках МТ одной из основных задач обучения детей с речевыми нарушениями является коррекция и развитие ритмико - интонационной стороны речи, задержка в формировании которой к моменту школьного обучения затрудняет овладение программой по родному языку, может привести к возникновению ошибок чтения и письма. Интерес к проблеме развития ритмико-интонационных возможностей у детей с речевыми нарушениями связан прежде всего с важностью процесса коммуникации.

Как считает Л.А. Копачевская [15, стр.137]: "Ритм, интонации, фразовые ударения, паузы также важны для фонетической системы русского языка, как фонемы. Ребенок, усваивая русский язык, должен владеть и этими средствами, в первую очередь научиться по ним, как по звукам распознавать

разные по значению высказывания других, а также овладеть умением применять их с теми же целями, т.е. использовать их как фонологические средства языка".

Музыкальное развитие детей с речевыми нарушениями находится в тесной связи с общими задачами коррекции и компенсации недостатков развития и осуществляется с помощью специальных средств воздействия, направленных на формирование восприятия музыки, вокально-хоровых, музыкально-ритмических навыков, игры на музыкальных инструментах, а также в музыкально-игровой, музыкально-театрализованной и в культурно-досуговой деятельности.

Наше исследование состоит из клинических наблюдений, которые обобщают результаты анализа содержания групповых музыкальных занятий с детьми, имеющими нарушения речи (алалией, заиканием, дизартрией) в возрасте 4 – 13 лет в Центре патологии речи и нейрореабилитации. Курс – 30 занятий, продолжительность - 40 минут.

Целью исследования было доказательство успешности использования элементов музыкотерапии в преодолении речевых нарушений, психологической коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей с нарушениями речи.

Задачи исследования: 1) нормализация психоэмоционального состояния детей с речевыми нарушениями; 2) достижение координированной работы полушарий мозга для интегративного увеличения компенсаторного потенциала; 3) развитие и коррекция ритмико - интонационной стороны речи; 4) развитие слухового внимания и выработка способности к звуко-высотным различениям.

Использовался комплексный (нейропсихологический и психолого-педагогический) метод. В работе применялись методы, заимствованные из литературы, и разработанные самостоятельно: слушание музыки, просмотр видеозаписей и репродукций с последующим вовлечением в диалог, распевки, пение песен (с сопровождением и без), нахождение антонимов в

музыкальном (воспроизведение интервалов в обратном порядке) и вербальном планах; составление фраз через мелодекламацию; упражнения для развития слухового внимания и выработки способности к звуковысотным различиям, улавливание ритмических различий, задания на укрепление слухо-речевой памяти. Организация музыкальных занятий осуществлялась с использованием элементов театральной деятельности.

В результате проведённого исследования у детей с речевыми нарушениями отмечалось повышение показателей музыкальных, психомоторных и сенсорных функций. Повторное обследование речи детей показало, что у них улучшилось понимание речи, увеличился активный словарь, более развернутой стала фразовая речь. Кроме того, дети стали более свободными в актах речевой коммуникации, более раскрепощёнными в поведении. Практически все дети стали активно участвовать в праздниках, выступая с танцами, участвуя в «оркестре», а также в чтении стихов и драматических сценках.

Выводы. У всех обследованных детей музыкальная функция оказалась сформированной недостаточно: отставала ритмическая функция, звуковысотный слух, интонирование. У части детей дошкольного возраста так называемой речевой нормы музыкальная функция также оказалась недостаточно сформированной. Это обусловило некоординированность их движений, и создавало угрозу трудностей овладения в последующем графомоторными навыками. Дети с заиканием показали хорошее состояние музыкальной функции с показателями, обгоняющими детей нормы. Это можно объяснить спонтанными гиперкомпенсаторными перестройками. Они состояли в гиперактивности правого полушария в связи с явным или скрытым левшеством. Результаты исследования свидетельствуют о том, что улучшения в состоянии музыкальной функции у детей с речевыми нарушениями оказывают положительное влияние на состояние их речи. Музыкальному воспитанию детей-дошкольников следует уделять более

пристальное внимания, а система этой работы с детьми требует серьезной доработки.

Литература

1. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: практическое пособие, / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М.: АЙРИС ПРЕСС, 2005.
2. Балонов Л.Я., Деглин В.Л. Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий: Теория речевой деятельности / Под ред. Р.И. Лалаевой. – М.: 1976.
3. Белякова Л.И., Гончарова Н.Н., Шишкова Т.Г. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Под ред. Л.И. Беляковой. – М.: Книголюб, 2005.
4. Вахромеев В.А. Элементарная теория музыки.- М.: Музыка, 1998.
5. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов. - М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2005.
6. Власенко О.П. Музыкально–эстетическое воспитание в коррекционных классах. – Волгоград: Учитель, 2007.
7. Власова Т.М., Пфафенродт А.Н. Фонетическая ритмика. – М.: ВЛАДОС, 1996.
8. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М.: Просвещение, 1985.
9. Ворожцова О.А. Музыка и игра в детской психотерапии. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2004.
10. Воронцова С.С. Роль пения в работе с детьми дошкольного возраста, имеющими общее недоразвитие речи. – М.: Логопедия, 2005, №2(8).
11. Гринер В.А. Логопедическая ритмика для дошкольников. – М.: Учпедгиз, 1958.
12. Дедюхина Г.В. Работа над ритмом в логопедической практике. – М.: АЙРИС ПРЕСС, 2006.
13. Загородний Е.С. Принцип работы мозга. – М., 2006.

14. Иванов В.В. Чет и нечет. Асимметрия мозга и знаковых систем. – М., 1985.
15. Копачевская Л.А. Формирование интонационной выразительности у детей с речевыми нарушениями/диссертация. – М., 2000.
16. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. – СПб.: Союз, 2001.
17. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – СПб.: Питер, 2008.

Проблема нарушений поведения у незрячих и слабовидящих школьников

Куракина Е.А.

МИЭМП, Нижний Новгород

В последние годы педагоги Нижегородской областной школы-интерната III-IV вида (для слепых и слабовидящих) все чаще стали констатировать у учащихся нарушения поведения: агрессивность, конфликтность, аффективные реакции, депрессивные состояния и т.п., в связи с чем перед психологической службой учреждения была поставлена задача, выявить возможные причины таких нарушений и обозначить пути решения данной проблемы.

В течение 2010-2011 учебного года психологами школы-интерната осуществлялось наблюдение и тестирование учащихся 4-12 классов, целью которого было изучение состояния их психического здоровья. Диагностировалось наличие акцентуаций характера, склонности к психопатоподобным состояниям, уровень тревожности, самооценки и нервно-психической устойчивости.

В результате данной работы было установлено, что около половины школьников демонстрируют симптомы какой-либо акцентуации характера. Наиболее распространенными являются следующие из них: гипертимный, циклоидный, дистимный, возбудимый, экзальтированный, тревожный, демонстративный тип акцентуации (обследование проводилось при помощи

теста-опросника К. Леонгарда). Гипертимный тип, характеризуется чрезвычайной контактностью, словоохотливостью, выраженностью жестов, мимики, пантомимики, частым спонтанным отклонением от первоначальной темы разговора, эпизодическими конфликтами с окружающими людьми из-за недостаточно серьезного отношения к своим обязанностям. У детей с дистимным типом наблюдается низкая контактность, немногословие, доминирующее пессимистическое настроение, отказ от шумного общества, редкое вступление в конфликты с окружающими, замкнутый образ жизни, легкая подчиняемость людям, с которыми установлены доверительные отношения. Циклоидному типу свойственны довольно частые периодические смены настроения, в результате чего так же часто меняется манера общения с окружающими людьми: в период повышенного настроения- общительность, а в период подавленного— замкнутость, Во время душевного подъема наблюдается поведение, характерное для гипертимной акцентуации, а, а в период спада— для дистимной. Людям с возбудимым типом акцентуации характера присуща низкая контактность, замедленность вербальных и невербальных реакций, занудливость, угрюмость, склонность к хамству и брани, провоцирование конфликтов, неуживчивость в коллективе; В эмоционально спокойном состоянии люди данного типа часто добросовестные, аккуратные, любят животных и маленьких детей, но в состоянии эмоционального возбуждения они бывают раздражительными, вспыльчивыми, плохо контролируют свое поведение. Учащимся с тревожным типом свойственна низкая контактность, робость, неуверенность в себе, минорное настроение, редкое вступление в конфликты с окружающими, дружелюбие, самокритичность, исполнительность. Демонстративный тип характеризуется легкостью установления контактов, стремлением к лидерству, жаждой власти и похвалы, демонстрирует высокую приспособляемость к людям и вместе с тем склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения), самоуверенность и высокие притязания, систематическую провокацию конфликтов, но с активной

самозащитой, обходительность, артистичность, способность увлечь других, неординарность мышления и поступков, эгоизм, хвастовство, лицемерие. У детей с экзальтированным типом акцентуации наблюдается высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость, альтруизм, чувство сострадания, хороший вкус, яркость и искренность чувств, паникерство, подверженность сиюминутным настроениям. Необходимо подчеркнуть, что у большинства учащихся обнаруживается сочетание нескольких типов акцентуаций характера, что, безусловно, осложняет психолого-педагогическую работу с ними.

Также обнаружилось, что почти 90% обследованных учеников имеют высокий уровень тревожности (диагностика осуществлялась при помощи теста школьной тревожности Филиппса). Особенно сильные страхи связаны с ситуацией проверки знаний, взаимодействия с педагогами, публичных выступлений, общения с малознакомыми людьми. У большинства детей диагностирован низкий уровень сопротивляемости стрессу.

Одним из направлений диагностики личностных особенностей учащихся было выявление их нервно-психической устойчивости и сопротивляемости стрессу по методике Санкт-петербургской военно-медицинской академии. Мы обнаружили, что почти у половины учащихся наблюдается низкий уровень нервно-психической устойчивости. Данная группа детей может демонстрировать в ситуациях стресса социально неадекватный тип поведения (физическая, косвенная, вербальная агрессия, аутоагрессия, страхи, крайне высокая тревожность, конфликтность, неподчинение требованиям педагогов и т.д.). Это может быть обусловлено наличием у детей неврологических заболеваний, низким уровнем саморегуляции и самоконтроля, неблагоприятными семейными отношениями (неполная семья, частые длительные разлуки с родителями, гипер- или гипопека со стороны родственников и т.д.).

Лишь у 17,2% учащихся был выявлен высокий уровень нервно-психической устойчивости и сопротивляемости стрессу. Эти дети чаще

спокойны, уравновешены, малоконфликтны, стремятся к поддержанию позитивных отношений с другими детьми и педагогами. 39% учащихся демонстрируют средний уровень нервно-психической устойчивости; их поведение является ситуационно обусловленным, т.е. они могут проявить как адекватную реакцию на сложную ситуацию взаимодействия с окружающими, так и агрессивную либо реакцию тревоги и напряжения.

Таким образом, с большей частью учащихся со зрительной патологией необходимо проведение работы, направленной на развитие у них навыков самоконтроля и саморегуляции, навыков уверенного поведения, снижение конфликтности и агрессивности, тревожности и напряженности.

Нами было проведено обследование самооценки учащихся при помощи методики Дембо-рубинштейн. Школьники с нарушением зрения демонстрируют чаще всего неадекватный уровень самооценки. Необходимо отметить, что они чаще оценивают себя как несчастливых людей. По шкалам «Здоровье», «Характер», «Ум» наблюдается высокая самооценка, причем показатели выше у детей, кроме зрительной патологии имеющих еще и интеллектуальную недостаточность.

Ряд детей демонстрирует в поведении симптомы, характерные для психопатоподобных состояний. Особенно ярко данные симптомы проявляются у учащихся с интеллектуальной недостаточностью. Эти дети слабо подчиняются требованиям педагогов. Они эмоционально возбудимы, склонны к проявлению аффективных реакций, высоко конфликтны со сверстниками, злобны, агрессивны (кроме агрессии, направленной на других, могут демонстрировать аутоагрессию). Часто имеют пониженный, вплоть до тоскливо-мрачного, фон настроения, высокую утомляемость и сниженную работоспособность.

Таким образом, можно констатировать, что у большинства учащихся с недостатками зрения наблюдается неблагоприятное состояние их психического здоровья, что усугубляется наличием у 95% детей неврологической патологии (ММД, РЭП и т.п.). В связи с этим, нужно

отметить необходимость проведения специализированных психолого-медико-педагогических мероприятий, целью которых должно стать улучшение психофизического и социального здоровья учащихся и профилактика возможных отклонений в этой сфере жизнедеятельности. Для реализации данной цели требуется разработка программы комплексного воздействия на личность, поведение, психику, организм школьников. Примерами мероприятий, проводимых в рамках реализации такой программы могут быть следующие: изменение режима учебы и отдыха (увеличение периодов отдыха, количества времени, отводимого на прогулки); некоторое сокращение объема домашних заданий, увеличение количества занятий физической культурой и спортом; более частое посещение театров и художественных выставок, расширение круга общения учащихся со здоровыми сверстниками, использование аромо-и фитотерапии, увеличение количества занятий в комнате психологической разгрузки и т.д.

О необходимости проведения специальной работы с умственно отсталыми детьми по формированию у них здоровьесберегающего поведения

Летуновская С.В., МГППУ

let7777@yandex.ru

Профилактика и коррекция отклонений в поведении у детей с интеллектуальной недостаточностью – важнейшая задача, стоящая перед их родителями и перед работающими с ними специалистами. Особую значимость в этом плане приобретает деятельность в отношении развития у таких воспитанников правильного поведения в области сбережения своего здоровья. Каждый из нас на протяжении жизни хотел бы испытывать как можно меньше проблем со своим здоровьем. Состояние здоровья человека в большей степени связано с непродуманным поведением самого человека по отношению к себе. Исследования показывают, что становление здоровьесберегающего поведения происходит у ребенка, в первую очередь,

через семью и образовательные учреждения. Немаловажная роль в этом принадлежит также СМИ и государству (через документы, программы и т.п.) и ряду его служб (в частности, здравоохранения) [5, 7, 8 и др.].

В ходе проведенного анализа научной литературы по вопросу развития здоровьесберегающего поведения у лиц с умственной отсталостью было установлено, что специальных исследований в этой области до настоящего времени не проводилось. Изучаются лишь общие вопросы здоровьесбережения [3, 4 и др.], и ряд близких проблем: наличие и особенности у детей с интеллектуальной недостаточностью действий, вредящих здоровью; особенности развития и формирования ряда общих жизненных навыков; своеобразие поведения в целом [1,6 и др.]. В тоже время, следует отметить, что в практике работы с детьми в специальных школах VIII вида вопросам их здоровьесбережения уделяется большое внимание. Возможно, работа по развитию здоровьесберегающего поведения в этих школах решается в достаточно полном объеме даже без целенаправленной исследовательской деятельности? Чтобы получить ответ на этот вопрос, мы провели специальное обследование 64 старшеклассников СКОУ VIII вида.

Исходя из современных взглядов на здоровье и поведение человека [2,9 и др.], под здоровьесберегающим поведением понимаются акты, действия, поступки и деяния, позволяющие человеку жить в гармонии с собой, природой и другими людьми, не нарушая общечеловеческих норм и правил поведения, полноценно функционировать органам и системам, развиваться самому и способствовать развитию общества, в котором он живет. Анализ и обобщение результатов имеющихся исследований по социологии, медицине, философии, экономике, педагогике и психологии, затрагивающих проблему поведения человека в области сохранения и укрепления здоровья, показал следующее. Для развертывания механизма данного поведения необходимо наличие желания в его восстановлении или укреплении, что, в свою очередь, требует осознания значимости здоровья, адекватности оценки его состояния.

Важным для функционирования такого типа поведения является умение анализировать ситуации, осуществлять выбор наиболее эффективного варианта поведения, планировать его реализацию, что требует наличия у человека определенных валеоустановок. При выполнении актов, действий и т.д., большое значение приобретает наличие необходимых знаний и умений для их реализации, способность контролировать получаемый результат, при необходимости корректировать свое поведение. Эффективность протекания практически всех этапов требует волевой регуляции, адекватных эмоциональных переживаний. Важным условием его полноценного функционирования становится также сформированность у человека ряда персональных ресурсов (инструментализм, самостоятельность, общие жизненные навыки в области здоровья и др.) [8 и др.].

В ходе проведенного исследования было установлено, что за годы обучения у большинства выпускников СКОУ VIII вида формируется осознания ценности соматического и нравственного здоровья (97% и 75%); несколько хуже - психологического (47%). Около половины начинают верно оценивать его состояние. Однако, при наличии нарушений, либо необходимости проведения профилактической деятельности, несмотря на понимания важности в сохранении и укреплении здоровья, лишь часть выпускников специальной школы (28% по соматическому и по 41% по нравственному и психологическому здоровью) оказываются неудовлетворенны его состоянием. Только внешняя мотивация со стороны родителей и учителей, приводит к появлению у подростков необходимых восстанавливающих или профилактических действий. В результате, наличие потребности в сохранении и укреплении своего здоровья, без внешней мотивации наблюдалось лишь у небольшой части учеников выпускных классов (34% по соматическому здоровью, 9% и 16% по нравственному и психологическому, соответственно).

Становлению здоровьесберегающего поведения у школьников СКОУ VIII вида препятствует недостаточный уровень валеоустановок по признакам

нарушений здоровья, субъектам помощи, действиям, которые могут ему навредить (в среднем, они оказались сформированы только у половины выпускников). Весьма низкие результаты были получены по уровню развития у выпускников специальной школы персональных ресурсов: для 21% молодых людей было характерно наличие наученной беспомощности, а для 22% - фатализма. Недостаточно сформированными оказались и большинство жизненных навыков для решения проблем в области здоровья. Особенно это касается навыков управления стрессом, критического мышления, пропаганды/защиты интересов (ими овладели в достаточной степени для решения проблем, связанным со здоровьем, примерно 15% старшеклассников с умственной отсталостью), сопереживания/эмпатии, ведения переговоров/отказа (у 28% и 26% соответственно). Говоря о возможности получать новые знания и навыки в области сохранения и укрепления своего здоровья, следует отметить, что в хорошем объеме ею овладели в среднем только 20% таких школьников.

Обобщая вышесказанное, следует отметить, что в СКОУ VIII вида должна вестись целенаправленная работа по развитию у воспитанников здоровьесберегающего поведения. При существующем обучении и воспитании полноценное формирование здоровьесберегающего поведения у таких учащихся не происходит. Решению этой задачи препятствует отсутствие научных работ, позволяющих понять своеобразие его становления у данной группы школьников, научно обоснованных рекомендаций по его развитию.

Литература

1. Альбрехт, Э.Я. Психолого-педагогическая характеристика поведения умственно отсталых подростков, страдающих олигофренией: автореферат дис. ... кандидата педагогических наук / Э.Я. Альбрехт. – М., 1976.
2. Белинская, Е.П. Социальная психология личности / Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая. – М.: Издательский центр «Академия», 2009.

3. Гамаюнова, А.Н. Формирование ценностей здоровья и здорового образа жизни у учащихся с нарушением интеллекта/ А.Н. Гамаюнова//Фундаментальные исследования. - 2005. - № 6. - С.34.
4. Дмитриев, А.А. Некоторые концептуальные положения валеологической работы во вспомогательной школе/ А. А Дмитриев, И. Ю. Жуковин// Московские педагогические чтения. Актуальные проблемы специальной педагогики и специальной психологии. - М., 1999. - С. 190 – 193.
5. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: диссертация ... доктора социологических наук / И.В. Журавлева. – М., 2005.
6. Маллаев, Д.М. Психология общения и поведения умственно отсталого школьника/ Д.М. Маллаев, П.О. Омарова, О.А Бажукова. - СПб., 2009.
7. Малоземов, О.Ю. Здоровьесбережение: социальные и психолого-педагогические аспекты: учеб.пособие / О.Ю. Малоземов, Ю.И. Громько. – Екатеринбург: ОГ ФСО «Юность России», 2006.
8. Навыки необходимые для здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения. Информационные серии по школьному здравоохранению (документ 9). - Алматы, 2003.
9. Петленко В.П. Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность / В.П. Петленко, Д.Н. Давыденко. - СПб: Балтийская педагогическая академия, 1998.

**Особенности морально-нравственной регуляции поведения детей с
умственной отсталостью**

Лыкова Н.С., МГППУ

lykonat@rambler.ru

(аспирант МГППУ, научный руководитель – А.М.Щербакова)

В настоящее время одной из основных задач учебно-воспитательного процесса в коррекционных образовательных учреждениях является социализация ребенка в обществе. Она включает в себя процесс освоения образцов поведения, социальных норм и ценностей, знаний, навыков, позволяющих ему успешно функционировать среди людей. Успешная социализация человека во многом определяется уровнем его морально-нравственного развития. В течение долгого времени в работе с детьми с интеллектуальной недостаточностью внимание специалистов было направлено, в основном, на их познавательное развитие. Проблема становления личности таких детей до сих пор изучена недостаточно как в теоретическом, так и в практическом аспектах.

Процесс морально-нравственного развития довольно сложен. Он начинается еще в раннем возрасте и определяется не только набором знаний основных норм и правил поведения, но также зависит от социальных условий воспитания, ценностей, установок, особенностей самооценки и т.д.

Изучение развития морально-нравственной сферы включает исследование когнитивного (знания и представления о нравственных нормах), эмоционального (нравственные чувства) и поведенческого (реальное поведение в ситуации морально-нравственного выбора) компонентов нравственного развития.

Мы проводили исследование когнитивного и поведенческого компонентов морально-нравственного развития младших школьников (7-10 лет) с легкой степенью умственной отсталости, воспитывающихся дома и в институциональных условиях (дети-сироты).

Для исследования когнитивного компонента использовались беседы и незаконченные истории, содержащие в себе моральные дилеммы. В процессе беседы детям задавались вопросы на знание и понимание основных нравственных категорий.

В результате бесед был выявлен низкий уровень развития представлений о нравственных нормах у младших школьников с умственной

отсталостью. Дети понимали ограниченное количество морально-нравственных норм, их суждения отличались конкретностью. Это определяется свойственными для них особенностями, к которым можно отнести слабость обобщений, конкретность мышления. В случае же с детьми, воспитывающимися в условиях интерната, зачастую еще и неблагоприятными условиями, которые формируют неверный социальный опыт.

Для исследования поведенческого компонента использовались различные моделированные ситуации, в которых необходимо было совершить морально-нравственный выбор: модифицированная методика на основе заданий, созданных С.Г. Якобсон, В.Г. Шур, Р.А. Курбановым, М.Т. Бруке-Бельтран и модифицированных Е.А. Слепович и Е.А. Винниковой («Коробки» – свободное и заданное распределение игрушек, «Лотерея»).

При распределении игрушек дети, воспитывающиеся в семье, чаще делали выбор в свою пользу и забирали большинство игрушек себе, в то время как дети, воспитывающиеся в интернате, делали выбор либо в пользу другого, либо выбирали вариант поделить поровну. При распределении конфет большинство детей из обеих выборок в большинстве случаев брали большую часть конфет себе. Первая особенность, возможно, связана с социальными условиями. Так, дети-сироты предпочитали разделить игрушки «по справедливости», или отдать их в силу того, что в интернате все общее, дети живут вместе и приучены делиться. Конфеты для детей привлекательнее игрушек, и при распределении конфет большую роль играет непосредственная мотивация.

Весьма интересным результатом является тот факт, что у детей из обеих выборок наблюдалось рассогласование между реальным и вербальным поведением. Часто дети вели себя нравственно в вербальном поведении, но в реальном нарушали эти нормы. Результаты выполнения заданий по методике «Лотерея», где детям надо было честно сказать, выиграли ли они приз или нет, были очень показательны. Несколько детей из обеих выборок

«обманули» экспериментатора. Примечательно, что это были именно те дети, которые чаще всего полностью отрицали наличие у себя каких-либо негативных качеств: «я никогда не брал чужое», «я никогда не вру». Реальное поведение этих детей часто было противоположным поведению тех детей, которые признавали за собой наличие безнравственных поступков.

Результаты бесед и наблюдений за поведением детей с умственной отсталостью показывают, что знание определённого набора нравственных норм зачастую не обеспечивает их перенос в реальные жизненные ситуации. Некритичность мышления приводит к тому, что дети не могут адекватно оценить свой поступок и его последствия.

Исследование особенностей морально-нравственного развития учащихся с умственной отсталостью является важным для правильной организации обучения и воспитания детей данной категории. Полученные нами первые результаты дают основание для продолжения исследования. Его цель - проследить взаимосвязь между уровнем интеллектуального развития, сформированностью нравственных представлений, нравственным поведением и самооценкой, а также проанализировать влияние условий обучения и воспитания на становление морально-нравственного развития. Это предполагает привлечение групп типично развивающихся детей младшего школьного возраста, воспитывающихся как в семейных, так и институциональных условиях.

Литература

1. Белкин А.С. Нравственное воспитание учащихся вспомогательной школы. Учебное пособие для студентов пед.институтов. М., 1997.
2. Бодалев А. А., Столин В. В. Общая психодиагностика. СПб., 2004.
3. Винникова Е.А., Слепович Е.С. О психологических механизмах становления морального поведения у детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1999. №1.

4. Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. Дерманова И.Б. СПб., 2002

**Направление коррекционной работы с тяжело умственно
отсталыми детьми**

Маллер А.Р.

АПКиППРО, Москва

В настоящее время большое внимание уделяется вопросам организации коррекционной помощи детям с выраженными нарушениями умственного развития. Разрабатываются различные формы работы с ними, выявляются потенциальные способности этих детей обучению, исследуются возможности их интеграции в общество.

Важнейшее значение для дальнейшего совершенствования, воспитания и обучения детей с тяжелой умственной отсталостью имеет факт включения этой категории детей в концепцию специального федерального государственного стандарта общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья (6). Предполагается, что обучение детей-инвалидов с тяжелыми нарушениями интеллекта организуется по четвертому варианту специального государственного стандарта. Дети получают образование, уровень которого определяется способностью ребенка овладеть элементарными навыками коммуникации, бытовой и социально-трудовой адаптации.

Именно социальное обучение детей является ведущим в коррекционной работе с ними. Исследованиями установлено, что «социальный коэффициент у умственно отсталых детей несколько выше, чем коэффициент интеллекта. Способность развития социальной компетентности при разных степенях тяжести умственной отсталости достаточно велика». (7).

Важнейшим условием коррекционной работы является трудовое обучение этих детей. Необходимо своевременное включение воспитанников

в трудовую деятельность, выступающую и как средство коррекции, и как способ адаптации этих людей в обществе. В ходе коррекционной работы у учащихся появляется потребность трудиться, за ней и привычка, а на более поздних этапах обучения вырабатывается необходимый для практической деятельности динамический стереотип.

Многолетний опыт работы с детьми, имеющие тяжелые интеллектуальные нарушения, показал, что они овладевают социальными формами поведения и несложными видами труда, у них формируются и развиваются различные формы коммуникации. Естественно, что педагогическая работа с ними должна проводиться по специальным личностно-ориентированным программам, в ходе которых используются соответствующие принципы и методы коррекции.

Литература

1. Выготский, Л.С. Проблемы дефектологии -М., 1995
2. Маллер, А.Р. Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. –М., 2000.
3. Маллер, А.Р., Цикото Г.В. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью. –М., 2003.
4. Маллер, А.Р. Помощь детям с недостатками развития: книга для родителей –М., 2006.
5. Маллер, А.Р. Дети с нарушением интеллекта: социально-трудовая адаптация – Самара, 2010.
6. Малофеев, Н.Н., Гончарова Е.Л. и др. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции // Дефектология, - 2009, №1.
7. Шпек, Отто. Люди с умственной отсталостью. Обучение и воспитание. – М., 2003, с. 123.

Интернет-зависимое поведение у подростков. Факторы риска формирования, клинические проявления, профилактика.

Малыгин В.Л., Искандирова А.И., Феклисов К.А., Меркурьева Ю.А.

МГМСУ, Москва

malyginvl@yandex.ru

Интернет используется все чаще в самых разных сферах жизни, одновременно нарастает проблема чрезмерного использования интернет-пространства. В тоже время, до настоящего времени остаются спорными критерии диагностики, клинические проявления, факторы риска формирования и распространенности интернет-зависимого поведения. Целью исследования являлось уточнение диагностических критериев интернет-зависимости, апробация эффективных психодиагностических методик и выявление личностно-характерологических факторов риска формирования интернет-зависимости. В течение последних трех лет проведено сплошное невыборочное обследование 750 учащихся старших классов г. Москвы. Методы исследования: Тест на интернет-зависимость Чена, тест Кеттела, тест Гилфорда, тест на эмоциональный интеллект в адаптации Е.А. Сергиенко, тест «Телесный образ я» М. Feldenkreis, в адаптации И.А. Соловьевой. К диагностическим критериям интернет-зависимого поведения отнесены общие признаки, характерные для той или иной аддикции: сверхценность, толерантность, симптомы отмены, дезадаптация (конфликт с окружающими и самим собой) и рецидивы. В связи с этим с целью выявления-интернет зависимости выбран диагностический тест Шкала Интернет Зависимости Чена, который включает в себя 5 оценочных шкал:

1. Шкала симптомов отмены
2. Шкала толерантности
3. Шкала внутриличностных проблем и проблем, связанных со здоровьем
4. Шкала управления временем
5. Интегральный показатель интернет-зависимости.

Диагностические подходы предлагаемого инструмента отражают объективное наличие зависимого поведения на основании общепризнанных признаков зависимости: невозможность субъективного контроля за деятельностью (употреблением вещества), симптомы отмены, толерантность и наличие дезадаптации (отрицательное влияние использования интернета на межличностные отношения, здоровье, работу, учёбу). Предложенная пяти осевая модель теста позволяет не просто диагностировать предполагаемый факт наличия/отсутствия интернет-зависимого поведения в дихотомическом делении, но и качественно определить выраженность тех или иных клинических симптомов, характеризующих паттерн зависимого поведения в его едином континууме. Одновременно нами проводилась объективизация данных с помощью специально разработанной анкеты. Данный тест прошел успешную апробацию и валидизацию (К.А. Феклисов, В.Л. Малыгин, 2011). Выявлено, что распространенность интернет-зависимого поведения среди учащихся старших классов составляет от 4,0% до 13,4%, в зависимости от специализации школ (гуманитарные или физико-математические). Обнаружены значимые особенности характерологических свойств подростков с интернет-зависимым поведением, в частности психическая утомляемость, общая эмоциональная неустойчивость, перепады настроения, сниженная способность к эффективной волевой регуляции поведения, возбудимость, внутренняя напряженность. Эмоциональный интеллект подростка с интернет-зависимым поведением достоверно ниже эмоционального интеллекта подростка не злоупотребляющего интернетом. Социальный интеллект подростка с интернет-зависимым поведением характеризуется значительным общим снижением относительно социального интеллекта условно здорового подростка. Подростки со склонностью к интернет-зависимости, имеют явные нарушения в эмоциональной сфере, которые выражаются в отсутствии осознания своих эмоций, в неумении их выражать, в сдержанности, подавлении эмоций. Следствием влияния таких личностных свойств также является недостаточный уровень развития

коммуникативных способностей как способа открыто, активно, без чувства неловкости взаимодействовать с окружающими. Исследование образа тела подростков с интернет-зависимым поведением показало, что у них имеется склонность отделять телесность от ментальности, разделять эмоции и интеллект, изолировать собственные переживания, придавать большее значение интеллекту. Тенденция к чрезмерному контролю побуждений проявляется в физической зажатости, скованности. Учитывая то, что образ тела является некоторым базисом, на основе и в тесной связи с которым формируется образ-Я, Я-концепция и в итоге идентичность, можно говорить и об отсутствии целостности образа-Я, его ригидности и сильном расхождении с реальностью. Таким образом, интернет-зависимое поведение обладает всеми клиническими критериальными проявлениями, свойственными другим известным аддиктивным расстройствам. Формирование интернет-зависимости у подростков обусловлено нарушениями адаптации в социуме, что способствует уходу в виртуальную реальность и в еще большей степени нарушает (задерживает) развитие личности.

Очевидно, что профилактика и психотерапия интернет-зависимого поведения в основе своей должна учитывать как особенности личностно-дезадаптивных черт, способствующих формированию зависимости, так и микросоциальную среду, в частности семью, оказывающую значительное влияние на те или иные свойства характера подростка. Нами разработана программа профилактики и психологической коррекции интернет зависимого поведения, в которую вошли следующие блоки:

1. Родительская компетентность в области интернет-зависимого поведения. Понятие о стилях воспитания, формирующие зависимое поведение. Интернет-зависимое поведение, как нарушение адаптации-неспособность (невозможность) подростку приспособиться к социальной среде в силу особенностей своего характера или вследствие болезни (в частности, депрессии). Стили поведения при злоупотреблении интернетом.

Чего делать нельзя: наказывать, отключать интернет, лишать других удовольствий. Все эти действия не только бесполезны, но и вредны, так как подталкивают подростка к бегству из дома. Что надо делать: поддерживать подростка в преодолении возникающих жизненных трудностей, обучать новым способам преодоления кризисных ситуаций, обучать умению регулировать свои эмоции, строить отношения со сверстниками, управлять своим временем. К кому обращаться: требуются обязательная консультация врача-психотерапевта (выявление возможных депрессивных расстройств); совместная психокоррекционная работа врача-психотерапевта и клинического психолога, в том числе по разрешению семейных конфликтов; помощь школьного психолога по адаптации подростка в школе.

2. Групповая и индивидуальная психокоррекция эмоциональной сферы подростков. Подростки, страдающие интернет-зависимостью, имеют нарушения в эмоциональной сфере, которые выражаются в неосознавании своих эмоций, в неумении их выражать, в сдержанности, подавлении эмоций. Подросток, который испытывает сложности в выражении своих эмоций, будет избегать ситуаций, где может чувствовать дискомфорт, трудности в контактах, и искать более безопасный, опосредованный способ взаимодействия со средой, — например, через интернет. Все эти проявления требуют психологической коррекции, как в индивидуальном режиме, так и в групповой форме. Целью предлагаемых нами упражнений является стимулирование пробуждения и развития желаемых чувств и освобождение от нежелательных. Важно ничего не навязывать человеку, а опираться на его желания, актуальные на данном этапе развития.

3. Развитие коммуникативных навыков. Для подростка большое значение имеет социальная жизнь, оценка окружающих, принадлежность к группе, авторитет среди ровесников и взрослых. Подростков, склонных к интернет-зависимости, у которых отмечаются сложности в установлении и поддержании контактов, необходимо обучать новым для них формам взаимодействия с окружающими, помогать в формировании отношений в

реальном мире. С этой целью проводятся психокоррекционная групповая работа, тренинг коммуникативных навыков.

4. Тренинги по развитию телесности. Современный человек часто не целостен, имеет слабый доступ к своему телу, не чувствует его, а порой и отвергает и, соответственно, не может получать удовольствие от своего тела. В то же время особое значение в формировании зрелой личности является гармоничность образа «собственного Я», в том числе телесный опыт, принятие собственного тела и чувств, эмоций, связанных с ним. К тому же в нашей культуре традиционно тело табуируется, а ум поощряется. Подавляющее большинство психотерапевтических техник очень рассудочны. Так, в традиционном психоанализе неприемлемым является не только физический, но и визуальный контакт. Телесно-ориентированная психотерапия исходит из единства тела и психики, преодолевая барьеры между «духовным» и «низменным», запретным и осознанным.

Педагогическая поддержка как метод коррекции нарушений поведения детей и подростков

Манузина Е.Б.

АГАО им. В.М. Шукшина, г. Бийск

manuzina70@mail.ru

Одной из ключевых проблем современной социальной и коррекционной педагогики, а также теории и методики воспитания является коррекция нарушений поведения детей и подростков. В педагогической науке и образовательной практике наработаны различные формы, способы и приемы работы с дезадаптированными детьми и подростками, однако в последнее время предпочтение отдается гуманистическим методам, а именно педагогической поддержке.

Идея поддержки ребенка присутствовала во многих системах образования, провозглашавших приоритет гуманистических ценностей: зарубежных (Дж. Дьюи, Я. Корчак, Дж. Локк, М. Монтессори, Ж.-Ж. Руссо, Ф. Фребель, С.

Френе, и др.), отечественных (Ш.А. Амонашвили, К.Н. Венцель, О.С. Газман, В.А. Сухомлинский, Л.Н. Толстой, А.Н. Тубельский).

Педагогический смысл понятия поддержки заключается в том, что поддержать можно лишь то, что уже имеется в наличии (но на недостаточном уровне), т. е. поддерживается развитие «самости», самостоятельности человека. Как отмечает О.С. Газман, предметом педагогической поддержки, таким образом, становится процесс совместного с ребенком определения его собственных интересов, целей, возможностей и путей преодоления препятствий (проблем), мешающих ему сохранить свое человеческое достоинство и самостоятельно достигать желаемых результатов в обучении, самовоспитании, общении, здоровом образе жизни [1; 59].

Под педагогической поддержкой понимается деятельность педагогов по оказанию превентивной и оперативной помощи детям в решении их индивидуальных проблем, связанных с физическим и психическим здоровьем, с успешным продвижением в обучении, эффективной деловой и межличностной коммуникацией, жизненным и профессиональным самоопределением.

Анализ исследований по проблеме позволяет нам утверждать, что педагогическая поддержка – это система методов свободного и гуманного образования, полностью всецело ориентированных на развитие и саморазвитие индивидуальности, на самоопределение и самореализацию личности, ее индивидуальные образовательные процессы. А соответственно – это один из наиболее эффективных методов коррекции нарушений поведения детей и подростков.

Предметом педагогической поддержки в основном выступают трудности, связанные с социальной дезадаптацией (когда поведение ребенка не соответствует общепринятым нормам и возникают ситуации напряжения с учителями, родителями и сверстниками), а также трудности в обучении и воспитании.

В работе О.С. Газмана были предложены различные формы педагогической деятельности, ориентированной на развитие индивидуальности ребенка и преодоления проблем:

1. Защита – процесс ограничения, ограждения, отстаивания жизненно важных интересов ребенка в случае физической или психической опасности, при условии, если ребенок не справляется или просит о защите.

2. Помощь – процесс обеспечения становления индивидуальности, зачастую с демонстрацией способов и приемов разрешения трудностей при условии, если ребенок не справляется или просит помощи.

3. Педагогическая поддержка – процесс создания условий (совместно с ребенком) сознательного самостоятельного разрешения им ситуации выбора при условии, если ребенок не справляется сам.

4. Педагогическое сопровождение – процесс заинтересованного наблюдения, консультирования, личностного участия, поощрения максимальной самостоятельности подростка в проблемной ситуации при минимальном по сравнению с поддержкой участии педагога [1; 66].

В работе с детьми с осложненным поведением важно правильно выбрать вид педагогической поддержки и сопровождения. Е.А. Александрова, Н.Н. Михайлова, С.М. Юсфин отмечают, что она может быть: по степени участия взрослого: непосредственная, опосредованная; по времени оказания - опережающая, своевременная (оперативная), поддержка – следствие; по длительности - единовременная, пролонгированная, дискретная [2; 68].

Педагогическая поддержка обладает гибкостью и вариативностью. Она имеет единую концептуальную основу, но предполагает тактическое многообразие. В работе с ребенком педагог проектирует и реализует свою деятельность, исследуя его отношение к проблеме, учитывая ее характер, обстоятельства возникновения, а также те условия, которые могут повлиять на желание ребенка действовать. Это создает целостное представление о проблеме и необходимых действиях, различных тактических шагах, адекватных конкретным ситуациям.

Дадим краткую характеристику тактик педагогической поддержки.

1. Тактика защиты направлена на то, чтобы ребенок освоил приемы принятия решения и смог стать субъектом решения, он должен проявлять активность (желание действовать) в пределах проблемы. Это главное условие, которое педагог обязан соблюдать. Защита нужна тогда, когда ребенок не проявляет активности и стремления решать проблему. Кредо защиты: ребенок не должен оставаться жертвой обстоятельств. Тактика защиты – утверждение презумпции невиновности.

2. Тактика помощи направлена на создание условий, при которых ребенок получает возможность действовать в атмосфере эмоционального комфорта. Кредо помощи: ребенок многое может сделать сам, если будет активен в решении своей проблемы. Нужно помочь ему убедиться в этом. Тактика помощи – эмоциональный комфорт, общность с другими людьми, отсутствие негативной оценки извне.

3. Тактика содействия. Главные условия перехода к тактике содействия: ребенок объективно и субъективно не является «жертвой обстоятельств», у него достаточно стабильное эмоциональное состояние и не занижена самооценка. Кредо содействия: ребенок, имея объективную возможность выбирать, должен стать субъектом выбора. Тактика содействия – создание условий для самореализации, самоопределения и рефлексии.

4. Тактика взаимодействия необходима, когда ребенок активно стремится решить свои проблемы. Образовательный эффект взаимодействия состоит в том, что ребенок обретает опыт проектирования совместной деятельности. Кредо тактики взаимодействия: договор (договор на условиях ребенка, договор на условиях педагога, договор- компромисс, договор сотрудничества). Педагог через процедуры договора создает для ребенка условия овладения логикой поиска, риска и установления границ своей свободы и ответственности в пределах свободы и ответственности другого человека.

Использование метода педагогической поддержки предполагает реализацию нескольких этапов:

- диагностический - предполагает обнаружение проблем ребенка, осознание им их значимости и желания их разрешить;
- поисковый - совместный с ребенком поиск причин и способов решения проблемы;
- проектировочный - построение договорных отношений между педагогом и ребенком с целью продвижения к решению проблемы.
- деятельностный - взаимодополняющая деятельность педагога и ребенка;
- рефлексивный - анализ деятельности по решению проблемы, обсуждение полученных результатов, способов разрешения проблемы.

Приведенные этапы приближают педагога к пониманию своей роли в оказании педагогической поддержки детям и подросткам, имеющим отклонения в поведении, проблемы в обучении и т. д.

В заключение можно сделать вывод о том, педагогическая поддержка может выступать как способ организации взаимодействия педагога и ребенка по выявлению, анализу реальных и потенциальных проблем, совместному проектированию возможного выхода из них. При этом педагог, с одной стороны, является транслятором (носителем) культурной нормы открытых, доверительных, партнерских взаимоотношений с ребенком. С другой, он выступает тем человеком, который профессионально помогает ребенку развивать способность к рефлексии как механизму познания себя в проблеме, помогает осознать отношение к себе в проблеме, усвоить принцип ответственности за поступки и собственную жизнь, но при этом с обязательной позитивной установкой на самодеятельность.

Литература

1. *Газман, О.С.* Педагогическая поддержка детей в образовании как инновационная проблема [Текст] / О.С. Газман // Новые ценности образования: десять концепций и эссе. Вып. 3. – М., 1995. - С. 59-60.
2. Педагогическая поддержка ребенка в образовании [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.Н. Михайлова, С.М. Юсфин, Е.А. Александрова и др.; под ред. В.А. Сластенина, И.А. Колесниковой;

[науч. ред. Н.Б. Крылова]. – М: Издательский центр «Академия»., С.2006. – 288.

Особенности восприятия своего тела подростками с ожирением

Мильке Е.А. , Свистунова Е.В.

МГПУ

proficiat@mail.ru

На сегодняшний день одной из самых серьезных проблем, стоящих перед мировым сообществом, является ожирение среди детей. Проводимые исследования позволяют предполагать, что до 10% детей могут иметь клиническое ожирение и до 80% подростков, имеющих избыточный вес, сохраняют его и во взрослом возрасте. По оценкам экспертов, в 2010 г. количество детей с излишней массой тела в мире превышало 42 млн. Отмечается увеличение количества тучных детей и в нашей стране. По данным проводимых исследований, распространенность ожирения среди детского населения в России колеблется от 5-7 до 18-20% [1,2].

Подростковый и юношеский возраст – это период в жизни человека, который характеризуется активным становлением личности, возникновением и развитием психологических новообразований, связанных с самовосприятием. В это время подросток наиболее остро реагирует на изменения, происходящие в его организме. Взаимодействие биологических и социальных факторов обеспечивает формирование телесной идентичности. Нарушение любого из этих факторов может привести к серьезным искажениям телесной идентичности. Так, биологическая конституция влечет человека к еде, а социальная «подсказывает», что он должен есть и где брать пищу.

Идентификация телесности человека указывает не только на отношение к своему телу, но и является источником поведенческих реакций. Идентификация выступает в качестве своеобразного зеркала для отображения идеального субъекта, то есть субъекта, с которым мы хотели бы

себя соотнести. Реальный телесный образ может вступать в противоречие с идеальным образом, вызывая нарушение идентификации или активизируя защитные механизмы личности.

Негативное представление о своей наружности может оказать выраженное дезадаптирующее влияние на особенности личности и стиль поведения подростков с ожирением (отсутствие уверенности в себе, подавленность, замкнутость, индивидуализм).

Целью данного исследования явилось изучение особенностей восприятия своего тела подростками с ожирением.

В исследовании приняли участие 45 подростков с ожирением, средний возраст $15 \pm 1,3$ год. Контрольную группу составили 64 подростка с нормативным развитием, средний возраст $15 \pm 1,6$.

Для изучения телесного самовосприятия подростков с ожирением были использованы следующие методики: опросник «Незавершенные предложения» (Е.В. Свистунова); Цветовой тест отношений (Е.Ф. Бажин и А.М. Эткинд); «Двойной рисунок человека» (модификация Е.В. Свистуновой). Достоверность результатов оценивалась при помощи STATISTICA 7.0.

Представления о своей фигуре значимо различались в экспериментальной и контрольной группах: принимали свою фигуру 13% подростков с ожирением («красивая», «хорошая, будет лучше») и 38% подростков из контрольной группы («стройная», «пропорциональная», «идеальная»). Негативно относились к своей фигуре 56% из экспериментальной группы («ужасная», «толстая», «очень большая») и 10% из контрольной группы («не идеальная», «не нравится»).

Следует отметить, что для подросткового возраста в основном характерно объектное отношение к собственному телу, при котором человек занимает позицию внешнего наблюдателя, как бы смотрит на себя глазами Другого и тело выступает как объект оценивания: хорошее - плохое,

красивое - некрасивое, устраивает - не устраивает, привлекательно-непривлекательно и т.п. [3].

При описании своего тела, каким оно должно быть, большинство ответов подростков из обеих групп были положительные (62% в экспериментальной группе и 85% в контрольной группе). Достоверно чаще встречались нейтральные ответы в экспериментальной группе (34%) по сравнению с контрольной группой (13%). Неадекватных ответов практически не было.

В экспериментальной группе при описании лица половина ответов (50%) были нейтральными («нормальное», «чистое», «розовое»). В контрольной группе такие ответы составили треть. Позитивные описания встречались в 37% и 67% случаев соответственно («приятное», «нежное», «красивое»), негативные описания – в 13% и 3% случаях («ужасное», «не идеальное», «толстое»).

Результаты, полученные при анализе выполнения методики «Двойной рисунок человека», позволили выявить следующие особенности восприятия образа тела. Большинство подростков с ожирением (58%) показали выраженное нарушение симметрии изображения, его деформацию. Это свидетельствует о переживании телесной неуклюжести, чувстве нескоординированности, общей физической неадекватности. Тогда как в контрольной группе было отмечено только 7% таких нарушений.

Следует отметить, что в рисунках подростков с ожирением, в большей степени (38%), чем в контрольной группе (18%), выражены стирания и штриховка, что свидетельствует о неудовлетворенности полученного изображения, подсознательном желании изменить и улучшить образ своего тела.

В 45% случаев подростки экспериментальной группы показали плохой контроль над телесными импульсами, изображая шею тонкой и длинной. В контрольной группе таких изображений было 29%. Следует отметить, что в 10% рисунках подростков с ожирением, шея не нарисована совсем, что

говорит о незрелости, об отсутствии способности к произвольной регуляции побуждений.

Выводы: у подростков с ожирением отмечаются характерные особенности образа тела, которые выражаются в нарушении симметрии и границ образа тела, искажении целостности и связанности внутреннего психического и телесного опыта. У них отмечается переживание телесной рассогласованности, нескоординированной и неадекватности, слабость личных границ, недостаточность энергетического тонуса. У подростков с ожирением выражена эмоциональная незрелость, отсутствие личностно-значимого и зрелого контакта с окружением, недостаток осознания и рефлексии собственных переживаний, трудности в вербализации собственных чувств и переживаний.

Литературы

1. Аверьянов А.П., Болотова И.В., Зотова С.А. Ожирение в детском возрасте. // Лечащий врач. М., 2010. №2. С.13-15.
2. ВОЗ. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью Избыточный вес и ожирение среди детей. // Мир медицины. Питер., 2001. №3-4. С. 28.
3. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития //Психология телесности между душой и телом. Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М., 2006. С.410-433.

Коррекционно-развивающая работа специалиста-дефектолога в образовательном учреждении открытого типа (из практического опыта)

Москоленко Н.В

СОШ №10, г. Москва

olgrisim@mail.ru

В рамках деятельности специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков с девиантным поведением

осуществляется психолого-педагогическое сопровождение школьников с педагогической запущенностью, попавших в сложную жизненную ситуацию. У подростков, входящих в 5-6 класс, как правило, не сформированы базовые учебные навыки, мыслительные операции, имеются значительные пробелы в школьных знаниях, недоразвитие устной и письменной речи, графо-моторной сферы, пространственных представлений. Все нарушения имеют стойкий характер. В связи с этим курс коррекционной работы, проводимой учителем-логопедом и учителем-дефектологом, продолжается в течение нескольких лет. Работа специалистов регламентируется п. 17 Типового положения школ данного типа.

По итогам диагностики на каждого ребенка, нуждающегося в помощи специалиста, оформляется протокол обследования, дефектологическое заключение и разрабатывается индивидуальная программа коррекционной работы, в которую могут вноситься изменения по результатам продвижения школьника.

На основе данных практического опыта можно выделить задачи, решаемые в процессе коррекционной работы в школе открытого типа:

- ✓ развитие мыслительных операций, наглядно-образного и логического (абстрактного) видов мышления, избирательности и устойчивости внимания, мнестической деятельности, графо-моторных навыков, творческих способностей, воображения;
- ✓ коррекция зрительно-двигательной координации, пространственно-временных представлений;
- ✓ формирование синтетического способа чтения, умения действовать по правилу, различных видов контрольно-оценочных действий;
- ✓ обучение анализу ситуаций социального взаимодействия;
- ✓ коррекция эмоциональной регуляции, повышение уровня самооценки, самостоятельности; формирование эмоционально-положительного отношения к учебному процессу в целом.

Выдержки из итогового отчета за 2007/2008 учебный год позволяют проиллюстрировать работу специалиста. Регулярными индивидуальными коррекционно-развивающими занятиями в условиях школы было охвачено 15 человек. По итогам диагностики выявлено: несформированность словесно-логического типа мышления, дислексия, дисграфия выраженной степени на почве нарушения языкового анализа и синтеза – 2 человека; нарушение динамического компонента деятельности – 1 человек; синдром гиперактивности с нарушением внимания – 2 человека; нарушение произвольной регуляции, обусловленное ММД – 3 человека; несформированность временных представлений – 1 человек; дефицитарность развития пространственного анализа – 1 человек; репродуктивный тип мышления – 1 человек; специфические расстройства развития школьных навыков – 2 человека; несформированность письменной речи, графо-моторных навыков, низкий уровень учебной мотивации – 2 человека.

Динамика (продолжительность дефектологического сопровождения указана по состоянию на конец 2007/2008 учебного года):

Ю. А., 1993 г.р. (нарушение произвольной регуляции, обусловленное ММД), посещает коррекционные занятия в течение 1 года. Повысилась техника чтения, уменьшилось количество ошибок в письменных работах, вырос уровень самостоятельности. Требуется продолжение занятий.

Р.Х., 1990 г.р. (несформированность временных представлений), посещает коррекционные занятия в течение 1 года. Уменьшилось количество ошибок в письменных работах, обусловленное билингвизмом. Усвоены временные понятия: время года, время суток, месяцы года.

Р.Ж., 1992 г.р. (несформированность словесно-логического типа мышления, дислексия, дисграфия выраженной степени на почве нарушения языкового анализа и синтеза), посещает коррекционные занятия в течение 1 года. Повысился познавательный интерес, улучшился почерк, закреплён навык чтения целыми словами.

П.К., 1992 г.р. (синдром гиперактивности с нарушением внимания), посещает коррекционные занятия в течение 2 лет. На начальном этапе задания и упражнения вызывали острую реакцию негативизма, к середине года появилось желание справиться с проблемами. Стойкое улучшение не достигнуто. Необходимо дополнительное обследование в Центре речевой патологии.

О.Л., 1990 г.р. (нарушение произвольной регуляции, обусловленное ММД), посещает коррекционные занятия в течение 1 года. Повысилась самооценка, вырос уровень познавательной активности. По отзывам воспитателя, улучшились взаимоотношения с коллективом класса.

О.К., 1992 г.р. (специфические расстройства развития школьных навыков), посещает коррекционные занятия в течение 1 года. Положительные результаты отсутствуют в связи с постоянными пропусками занятий.

С.Б., 1991 г.р. (дефицитарность развития пространственного анализа), посещает коррекционные занятия в течение 1 года. Усвоена схема тела. Закреплены пространственные понятия, выражающиеся предлогами *за, перед, между, под*, наречиями *справа, слева* и др. Требуется продолжение занятий.

Работа с семьей является отдельным направлением и важным условием достижения положительных результатов.

Цели работы учителя-дефектолога с родителями:

- информирование семьи о ходе работы дефектолога с учащимся;
- разработка рекомендаций по развитию познавательной сферы подростка;
- согласование требований, предъявляемых к подростку.

Формы работы: индивидуальные беседы с родителями, совместные беседы с родителями и подростком, участие дефектолога в психолого-социально-педагогических консилиумах с приглашением родителей, демонстрация родителям работ подростка.

Пример (2004-2005 учебный год). И.Т., 1990 г.р., 9 класс (несформированность словесно-логического типа мышления, дислексия, дисграфия выраженной степени на почве нарушения языкового анализа и синтеза, грубое недоразвитие пространственно-временных представлений).

В начале года был налажен регулярный обмен информацией между специалистом и мамой по телефону. В середине года организована встреча с целью уточнения причин особенностей развития подростка, оказания поддержки матери, создания совместными усилиями ситуации успеха. В конце учебного года дефектологом были разработаны рекомендации и задания на лето, для выполнения которых мамой были приобретены специальные пособия. С большинством заданий подросток справился самостоятельно.

Результатом данного сотрудничества стали значительные изменения в поведении старшеклассника в новом учебном году, отмеченные как сотрудниками, так и учащимися школы (выросла активность, произвольность, снизился уровень тревожности и неуверенности в себе, повысился статус в классном коллективе). Учебные показатели также улучшились (подросток стал чаще отвечать на уроках, меньше бояться неправильных ответов, появились первые четверки).

Данные о продолжительности дефектологического сопровождения учащихся, нуждавшихся в помощи специалиста, представленные в процентном отношении, за период с 2004 по 2011 год: проводился курс коррекционной работы в течение 5 лет – 1,5%; в течение 4 лет – 4%, в течение 3 лет – 2,5%. С основной массой учащихся коррекционная работа продолжалась 1-2 года (92%).

Выбытие из группы за рассматриваемый период происходило по различным причинам: перевод в другие учебные заведения – 4 чел., суицид (завершенный) – 1 чел., лишение свободы – 1 чел.

Вопросы методической и организационной составляющих коррекционной работы с девиантными подростками изучены недостаточно,

данной проблеме посвящены единичные публикации. В связи с этим наибольшую сложность в работе специалиста представляет поиск на интуитивно-эмпирическом уровне методических приемов, пособий для разработки содержания коррекционно-развивающих занятий.

Интересным опытом в работе дефектолога стало внедрение в школьный учебный процесс методики «пятиминутки «жужжащего» чтения» с целью повышения техники чтения.

В целом, за 7 лет работы специалиста в СОШ № 10 дефектологическую помощь в форме индивидуальных коррекционных занятий получили 130 учащихся.

Неудовлетворенность своим телом как фактор риска нарушений пищевого поведения

Н.О. Николаева, А.А. Кукина, МГППУ

Неудовлетворенность своим телом, согласно многочисленным исследованиям как отечественных, так и зарубежных авторов является одной из причин возникновения нарушений пищевого поведения.

В нашем исследовании приняли участие 62 девушки в возрасте 14–16 лет, которые были обследованы с помощью следующих методик: опросника EAT-26 (Eating Attitud Test) – теста пищевых установок; опросника BAS (The body appreciation scale) – шкалы удовлетворенности своим телом и невербальной методики CAPT (The Color-A-Person body dissatisfaction Test) – теста «цветоуказания на неудовлетворенность собственным телом»

Высокие баллы по опроснику EAT-26 свидетельствуют о риске нарушения пищевого поведения; высокие баллы по опроснику BAS – об удовлетворенности своим телом; высокие баллы по методике CAPT – о неудовлетворенности своим телом.

Полученные результаты показали совпадение ответов, полученных с помощью опросника и с помощью проективной методики (коэффициент корреляции Спирмена равен $-0,67$ при $p < 0,00$).

Получены отрицательные корреляции теста ЕАТ-26 с опросником на удовлетворенность своим телом ВАС. Коэффициент корреляции Спирмена равен $-0,37$ при $p < 0,01$. Коэффициент корреляции Спирмена между ЕАТ-26 и САРТ равен $0,45$ при $p < 0,02$, т.е. чем ниже удовлетворенность своим телом, тем выше риск нарушений пищевого поведения.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о связи неудовлетворенности своим телом и риска нарушений пищевого поведения: чем ниже удовлетворенность своим телом, тем выше риск нарушения пищевого поведения у девушек.

Литература

1. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. — М., 1986.
2. ¹ Avalos. L., Tylka T.L., Wood-Barcalow N. The body appreciation scale: Development and psychometric evaluation //Body image, 2005, 2.
3. Сахарова В. Психология тела. Диагностика отношения к телу. — СПб., 2011.

Психосемантика родительского поведения в условиях воспитания детей с интеллектуальными недостатками

Ноздрунова Е.Н.

(аспирант Института специальной педагогики и психологии, научный руководитель В.М.Сорокин),

Сорокин В.М., Санкт – Петербург

Родительское поведение это некий комплекс установок родителей, связанных с воспитанием ребенка, с устройством семьи в целом, с тем, что родители считают нормой взаимоотношений в семье, а также взгляд на

своего ребенка, на его настоящее и на его будущее. В случае воспитания ребенка с умственной отсталостью это поведение приобретает свои особенности. Это связано с особенностями развития и поведения самого ребенка. Но не только. Родительское поведение также зависит от всего комплекса переживаний родителей, которые во многом связаны с личностью родителей, с представлением о возможностях своего ребенка, с представлениями о его будущем. И третий большой блок факторов, с которыми взаимодействуют родительские отношения – это та действительная жизнь, которой живут родители и семья в целом.

Также и нарушения поведения у умственно отсталых детей имеет свои особенности и свои дополнительные сложности по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Отклонения поведения при умственной отсталости могут быть следствием самого нарушенного развития. Но при этом эти нарушения дополнительно еще больше затрудняют развитие такого ребенка. Любое нарушение поведения препятствует социализации человека, его нормальной адаптации в обществе, можно сказать нахождению своего места в жизни. Если отклонения в поведении становятся стойкими, то это может стать причиной крайне низкого уровня социализации [А. Е. Личко, 1999, И. С. Кон, 1989, С. А. Беличева, 1994]. Так как процессы социализации при умственной отсталости и без того серьезно нарушены, поэтому иногда даже не очень тяжелое нарушение поведения может стать серьезным препятствием для дальнейшего развития такого человека и для его жизни в целом [Д. Н. Исаев, 2007].

В этой связи становится важным понимание семейных взаимоотношений, и их влияние на больного ребенка в целом, и на возникновение нарушений поведения в частности. Это понимание может значительно помочь как в профилактике, так и в коррекции отклонений поведения у умственно отсталых детей, подростков и молодых людей.

В качестве испытуемых в нашем исследовании выступили матери, средний возраст которых 45 лет, воспитывающие детей с умственной

отсталостью умеренной степени, в среднем 20-22 лет. Количество исследуемых 68 человек. 33 матери воспитывали мальчиков и 35 девочек. Полных семей было 36, а неполных 32. 34 семьи воспитывают одного ребенка с умственной отсталостью. И 34 семьи воспитывают больного ребенка и минимум еще одного здорового. Из исследуемых матерей высшее образование имеют 31 мать, а среднее - 37. Работающих матерей - 37, а неработающих – 31. Все семьи имеют разный уровень доходов.

Исследование проводилось с помощью методики семантический вербальный дифференциал, в варианте Ч. Осгуда [А. Г. Шмелев, 1983]. Было исследовано отношение к таким понятиям как «Я сама» «Мой ребенок», «Моя семья», «Болезнь моего ребенка», «Будущее моего ребенка при мне», «Будущее моего ребенка, когда меня и мужа не будет».

Ч. Осгуд, как известно, предполагал, что степень и качество эмоциональных реакций человека на те или иные стимулы определяются сочетанием так называемых основных семантических факторов, к числу которых он относил такие, как фактор Оценки, Силы и Активности.

При применении методики семантический дифференциал (СД) для исследования самооценки значения фактора Оценки (О) свидетельствуют об уровне самоуважения. Фактор Силы (С) говорит о развитии волевых сторон личности, как они осознаются самим испытуемым. Фактор Активности (А) интерпретируется как свидетельство экстравертированности или интровертированности личности.

При использовании СД для измерения взаимных оценок фактор О интерпретируется как свидетельство уровня привлекательности, симпатии, которым обладает один человек в восприятии другого. Фактор С выявляет отношения доминирования-подчинения, как они воспринимаются субъектом оценки. А фактор А отражается восприятие людьми личностных особенностей друг друга. Значимым отличием считалась разница, превышающая 0.5 балла.

Общие результаты по данным понятиям показали, что у матерей и к себе, и к детям отношение позитивное. Так же позитивно матери воспринимают свою семью. А болезнь ребенка видят очень негативно, а их переживания характеризуются большой силой и остротой, несмотря на то, что с момента постановки диагноза прошло уже много лет. Будущее ребенка вместе с родителями матери оценивают позитивно, а вот без родителей очевидно негативно.

У матерей отношение к себе позитивное, они воспринимают себя как сильных и активных людей. Во всех выделенных нами группах это сохраняется, но различные факторы имеют разное влияние.

Собственный возраст практически не влияет на восприятие себя. Но матери самой старшей возрастной группы имеют более высокую самооценку. С возрастом же ребенка заметно уменьшается оценка собственных сил. Это может быть связано с рядом факторов, одним из которых является и разнообразные нарушения поведения, которые по отношению к взрослому, по возрасту, человеку, переживаются родителями сложнее, чем когда ребенок был маленький.

Важным фактором оказалось наличие в семье двух детей и более, но только в случае, если старший ребенок здоров, а ребенок с умственной отсталостью один из младших. В этом случае матери видят себя значительно сильнее, чем матери, у которых только один больной ребенок и, чем матери, у которых больной ребенок старший из детей.

Кроме того наше исследование показало, что работающие матери воспринимают себя более активными и оценивают себя заметно выше – и это самая высокая оценка за все исследование.

Больной ребенок мужского пола, делает матерей в собственных глазах более активными. А такие обстоятельства как уровень образования и полная или неполная семья на восприятие себя в исследовании не оказали влияние.

В среднем матери воспринимают своего ребенка позитивно, практически, но все же значения ниже, чем при оценке себя, кроме фактора

Активность, который заметно выше. Это может говорить о заниженных требованиях к детям, как следствие заниженных представлениях о их способностях. Эта тенденции нашла отражения в исследовании всех выделенных групп, особенно в сравнении мам мальчиков и девочек. Девочек матери видят фактически слабыми, но при этом очень активными.

Чем старше ребенок, тем менее сильным видят его матери. Это, возможно, связана с тем, что со временем надежды на сильное улучшение состояния, молодого человека не оправдываются, а на фоне разочарования родители не замечают тех положительных моментов, которые есть.

В сравнение по возрасту самих матерей видно, что чем старше мать, тем более слабым она видит ребенка. Возможно это проекция своего состояния на состояние своего ребенка. Учитывая, что в самооценке этого нет – с возрастом матери не считают, что они становятся менее активными, уверенными и сильными, т.е. нуждающимися в помощи.

Отношение к ребенку одинаково независимое от того, сколько детей в семье, младший или старший больной ребенок, работает или не работает мать и какой у нее уровень образования.

Итак, наше исследование показало, что матери, воспитывающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, имеют положительную самооценку, независимо от пола и возраста ребенка, от состава семьи и материального положения. Все матери положительно оценивают своих детей. Понятие болезни ребенка крайне негативно эмоционально окрашено, несмотря на давность постановки диагноза. Представление матерей о себе, о своем ребенке, своей семье, болезни ребенка и о его будущем с родителями или без них, не зависит от того, в полной или неполной семье воспитывается ребенок. Но оно зависит от возраста детей и самой матери.

Список литературы

1. Беличева С. А. Основы превентивной психологии. – М.:

Редакционно-издательский центр Консорциум «Социальное здоровье России», 1994.

2. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь., 2007.
3. Кон И. С. Психология ранней юности. – М., 1989.
4. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. – М., 1999.
5. Шмелев А. Г. Введение в экспериментальную психосемантику. – М., Изд-во МГУ., 1983.

Сотрудничество с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, в вопросах профилактики нарушений поведения у детей

Паншина О.Н.

ЦПМСС, Великий Устюг

тел. 8-921-120-64-17

К возникновению проблем в личностном развитии, трудностей в общении и поведении детей приводит целый ряд причин социального характера. Важнейшей из них принято считать неблагоприятные условия семейного воспитания. Согласно современным исследованиям семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (В.В. Ткачева, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова), качественные изменения, имеющие место в семьях данной категории, проявляются на психологическом, социальном и соматическом уровнях: стиль внутрисемейных взаимоотношений, система отношений членов семьи с окружающим социумом, особенности миропонимания и ценностных ориентаций каждого из родителей ребенка и т.д.

В современных условиях семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья, рассматривается как реабилитационная структура, обладающая потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания

ребенка (С.Д. Забрамная, И.Ю. Левченко, Э.И. Леонгард, Н.В. Мазурова, Г.А. Мишина, Е.М. Мастюкова, Л.И. Солнцева, В.В. Ткачева и др.). Таким образом, в рамках профилактического сотрудничества педагога и семьи важно дать почувствовать родителям, что они активные участники процесса усиления ресурсной базы и могут пересмотреть свои методы воспитания, найти пути и способы повышения эффективности родительского влияния на поведение и общение ребенка.

Примером осуществления такой работы может служить реализация психопрофилактической программы для родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, «Шаг навстречу».

В качестве основных задач работы по программе определено оказание помощи родителям:

- в распознавании собственных неконструктивных поведенческих реакций, выработке способности к закреплению адекватных форм поведения и реагирования на проблемы ребенка;

- в усвоении основных функций семьи и ее членов;

- в улучшении межличностного взаимодействия и позитивной коммуникации в семейной системе и пространстве, окружающем семью.

Программа состоит из 6 занятий, которые проводятся 1 раз в неделю с продолжительностью 40 – 60 минут.

Работа с группой родителей осуществляется в несколько этапов.

В ходе первого этапа педагог-психолог выясняет представления родителей о воспитании (его целях, способах воздействия, влиянии на личностное развитие и поведение ребенка, адекватность и динамичность родительской позиции).

На втором этапе работа направлена на повышение эмоционального принятия ребенка, рост эффективности родительского контроля и требований, понимание поведения ребенка.

На третьем этапе проводится обучение родителей эффективным способам общения с ребенком, адекватному выражению своих чувств, рефлексия работы по программе.

В качестве основных методов и приемов работы используются практикоориентированные технологии: дискуссия, ролевая игра, работа с памятками, решение проблемных ситуаций, психотехнические упражнения.

Групповая дискуссия, дискуссия в малых группах применяется в начале занятия (например, по определению понятий, необходимых на занятии), активизации (например, при выработке, обсуждении и корректировке представлений). При включении дискуссии в ход занятия педагог-психолог определяет тему и перечень обсуждаемых вопросов.

Ролевая игра используется как групповая работа, которая мотивирует участников за счет включения в деятельность тренировки поведения, предоставления возможности изучения предмета, вызывающего наибольший интерес. Участники группы действуют так, как они хотели бы действовать в реальной жизни. Ролевая игра позволяет преодолеть затруднения родителей, связанные с вербализацией эмоций и проблем.

Работа с памятками, таблицами и схемами – информативный способ подачи материала в сжатой форме. С целью активизации процесса усвоения основных положений участникам предлагается обсуждение и внесение изменений в готовый текст памятки.

Решение проблемных ситуаций применяется в качестве метода закрепления и расширения представлений. Участникам занятий предлагается определенное сочетание фактов из реальной жизни, которые имеют положительные или отрицательные последствия. Осознание известного или неизвестного в ситуации, принятие проблемы создает состояние психологического дискомфорта, что и побуждает человека искать выход из создавшегося положения.

Рефлексивная диагностика представлена в виде матрицы, которую участники заполняют в конце каждого занятия. При этом по пятибалльной

системе родители оценивают свою работу на занятии по двум критериям: оценка активности и оценка интереса. Каждое следующее занятие начинается с обсуждения итогов заполнения рефлексивной матрицы предыдущего. Применение такого способа рефлексии позволяет решать диагностические задачи для ведущего занятия (определение степени заинтересованности подбором тем, анализ актуальности проблем, обсуждаемых в ходе совместной работы), и в то же время предоставляет возможность родителям поделиться впечатлениями и ощущениями после проведения нескольких занятий.

Все занятия выдержаны в определенной структуре: психогимнастические упражнения для включения участников в работу; рефлексия прошлого занятия; разбор новой темы; итоговая рефлексия (заполнение самооценочной матрицы).

В качестве критериев эффективности работы группы рассматриваются: сформированность у родителей адекватного понимания характера, личности и поступков ребенка (определяется по тесту-опроснику родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина); позитивный характер динамики семьи (изучается с помощью проективного теста «Социограмма «Моя семья»» В.В. Ткачевой).

Опыт реализации программы показал, что после участия в занятиях родители отмечают возросший интерес к чувствам, планам и потребностям ребенка, стремление доверять и сотрудничать с ним, понимание причин и последствий поступков ребенка. Из 23 участников занятий 74% по результатам контрольного диагностирования демонстрируют рост уважения к индивидуальности ребенка, нормализацию межличностной дистанции общения с ним и контроля его поведения.

Таким образом, применение программы «Шаг навстречу» позволяет решать проблемы профилактики нарушений поведения детей с ограниченными возможностями здоровья через организацию сотрудничества с родителями и повышение их родительской компетентности.

**Организация деятельности детей с тяжелыми нарушениями развития
по формированию навыков самообслуживания как профилактика
проблемного поведения**

Переверзева М.В.

Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих

marina.psp@yandex.ru

Профилактике проблемного поведения детей с множественными нарушениями развития в последнее время уделяется все больше внимания. С достижениями современной медицины значительно увеличилось число выживающих глубоко недоношенных детей и детей, ранее признаваемых нежизнеспособными. Такие новорожденные характеризуются глубокой незрелостью всех жизненно важных систем организма, проявляющихся в невозможности адекватного взаимодействия с окружающей средой. Особенности первых месяцев их жизни ведут к искажению процесса формирования у таких детей коммуникативных навыков, что, в свою очередь, часто становится причиной проявления негативного поведения.

Так, за период с 2007 по 2009 гг. в учебно-диагностическое отделение Сергиево-Посадского детского дома слепоглухих поступило 36 новых воспитанников. Все они родились у матерей с отягощенным соматическим или акушерским анамнезом. 69% от общего количества поступивших (25 человек) – дети, родившиеся недоношенными. Среди них: 7 детей имели вес при рождении менее 1300г., 8 детей родились с весом от 900 до 1000г., 3 ребенка имели вес при рождении менее 900 г. В первые месяцы существования этих детей основное внимание уделялось только сохранению их жизни.

Длительное время, проведенное в больнице множество медицинских процедур, тяжелая психологическая травма родителей, их неготовность к такой ситуации накладывают отпечаток на весь ход их дальнейшего

развития и, прежде всего, на формирование навыков общения. Пытаясь сообщить окружающим о своем состоянии, такой ребенок использует все доступные ему средства: крик, плач, а иногда и более опасные проявления, такие как агрессия и самоагрессия. Это поведение привлекает внимание и, как правило, вызывает немедленную реакцию окружающих, тем самым закрепляясь в сознании ребенка как сигнал к прекращению некомфортной для него деятельности, изменению, исправлению некомфортной для него ситуации, снятию напряжения. Такая модель коммуникации становится проблемой не только для окружающих, но и, прежде всего, для самого ребенка, так как резкая ограниченность его социального опыта, низкий уровень психомоторного развития, неумение предвидеть предстоящие события превращают достаточно большое количество ситуаций повседневной жизни в неожиданные, т.е. некомфортные.

В течение нескольких лет Сергиево-Посадский детский дом слепоглухих сотрудничал со специалистами из Нидерландов, занимающихся решением этой проблемы, доктором Яном ван Дайком, клиническим психологом, и доктором Тоном ван дер Меером, психологом развития, экспертом по вопросам жизни семей России. В результате этого сотрудничества в детском доме была разработана и внедрена методика работы по преодолению проблемного поведения детей, имеющих множественные нарушения развития.

Анализируя причины возникновения вызывающего (проблемного) поведения, пришли к выводу о возможности моделирования процесса обучения и воспитания, в котором использование приемов вышеназванной методики помогает не только исправлять уже сформированное негативное поведение, но и не допускает его появления.

Очень низкий уровень психомоторного развития и несформированность навыков самообслуживания поступающих к нам детей позволили выделить деятельность, способную стать основой такого процесса обучения и воспитания. Речь пойдет о формировании навыков самообслуживания.

Навыки самообслуживания – одни из первых, чему учится ребенок в жизни. Обычно это спонтанный процесс, но у наших воспитанников это не происходит в силу определенных причин: сенсорных и двигательных нарушений, незрелости структур мозга и, часто, гиперопеки со стороны взрослых. Навыки самообслуживания не присущи человеку с рождения, а значит, являются предметом обучения. Они универсальны, мотивированы, и, главное, регулярны и предсказуемы. Это важно, так как, по мнению доктора Яна ван Дайка, ритмическое повторение соответствующей уровню развития ребенка деятельности предотвращает стресс.

Сейчас в Сергиево-Посадском детском доме слепоглохих апробируется новый подход к начальной ступени обучения детей с тяжелыми множественными нарушениями с использованием диагностической карты уровня сформированности навыков самообслуживания, как ведущего инструмента для создания индивидуальной программы развития. Основой построения этой диагностической карты является также положение Л.С.Выготского о «зоне ближайшего развития» и его утверждение о том, что развитие ребенка с нормальным и нарушенным развитием идет по одним законам.

Диагностическая карта состоит из 7 блоков. Первый посвящен общим данным о ребенке, в нем указываются фактический возраст, способность к передвижению, функциональные возможности рук, состояния зрения, слуха, интеллекта, доступные способы общения, уровень понимания обращенной речи и степень развития собственной речи, а также отмечаются сопутствующие диагнозы, влияющие на общее состояние ребенка.

Остальные 6 блоков посвящены диагностике непосредственно навыков самообслуживания: приема пищи, пользования туалетом, умывания, чистки зубов, причесывания и раздевания – одевания. Каждый навык разбит на элементарные составляющие, расположенные в определенной последовательности, учитывающей порядок их формирования в онтогенезе и основные законы развития движений. Для оценки каждой такой

составляющей предлагаются 6 возможных вариантов: от неприятия этой операции до ее самостоятельного выполнения ребенком. Структура карты предусматривает последовательность перехода от простых к более сложным операциям или к более качественному их выполнению.

Диагностическое обучение проводится в несколько этапов. На первом этапе определяется уровень сформированности навыков самообслуживания ребенка на момент обследования и отмечается, какие элементы навыка ребенку доступны и в какой степени, а какие еще не доступны.

Далее, при составлении индивидуальной программы развития, задачами обучения ставятся: достижение ребенком более высокого оценочного параметра сформированности данной операции либо переход к овладению следующей, более сложной элементарной составляющей навыка. В этом случае каждая новая задача, при условии усвоения предыдущей, будет посильной для ребенка, будет «следующей ступенькой» его развития. Он будет медленно, в своем темпе осваивать все новые и новые операции и у него появится возможность чувствовать себя успешным. Такая ситуация успеха создает положительное отношение к процессу обучения, а значит, наряду с другими факторами, снижает вероятность проявления проблемного поведения.

Таким образом, можно предположить, что разработанная нами система диагностического обучения помогает решать проблему профилактики и преодоления проблемного поведения детей с тяжелыми множественными нарушениями.

Феноменология актов самоповреждения у подростков с нарушениями развития

Польская Н.А.

СГУ им. Н.Г. Чернышевского

polskayana@yandex.ru

Проблема самоповреждающего поведения в подростковом возрасте приобретает особую значимость в ситуации нарушений развития психики. В настоящее время имеется большой объем клинических и экспериментальных данных, указывающих на самоповреждение как симптом или следствие аномалий развития. Умственная отсталость, аутизм и шизофрения, генетические синдромы, сопровождающиеся нарушениями интеллекта и расстройствами поведения – там, где речь идет о несформированности или низком уровне интеллекта и значительном когнитивном дефиците, самоповреждения являются распространенной поведенческой практикой.

При умственной отсталости акты самоповреждения отмечаются у от 4% до 14% пациентов [13]. Феноменология самоповреждений при умственной отсталости объединяет такие акты как многократные удары или шлепки по голове или лицу, громкие удары головой об пол, стены или мебель [8]. Подобные действия характеризуются постоянством и стереотипичностью. Игнорирование такого поведения у умственного отсталого подростка приводит к расширению репертуара самоповреждений и интенсивности уже реализуемых актов, результатом чего могут стать неврологические нарушения, развитие вторичных кожных проблем (инфицирование, нарушения чувствительности) и даже летальный исход [7].

У подростков с расстройствами аутистического спектра наиболее распространенными актами самоповреждения являются удары головой о собственные руки или колени и удары о различные поверхности. Несколько реже встречаются удары подбородком, сосание или укусы рук, трение кожей о предметы, выдергивание волос, надавливание на глаз или его выдавливание (что может привести к слепоте или отслоению сетчатки), удары костяшками пальцев друг о друга, расцарапывание лба [11].

К самоповреждениям подростков, больных шизофренией, относятся такие стереотипные самоповреждения как удары головой, щипание, расчесывание (расцарапывание), кожи, кусание себя. Подобные действия не

сопровождаются болевыми ощущениями и доставляют своеобразное удовольствие [9].

Особое место акты самоповреждения занимают в структуре синдромов, связанных с генетическими аномалиями и сопровождающихся нарушениями интеллектуального развития. По замечанию исследователей, акты самоповреждения в данном случае являются опасными и часто регистрируемыми симптомами [6, 18]. У детей с синдромом Лэша-Найхена самоповреждение начинается в возрасте около двух лет с кусания языка, губ, пальцев и рук [2, 12, 14]; позже к этим действиям добавляются такие способы самоповреждения как щипание, расцарапывание и защемление частей тела, например, пальцев, доступной мебелью [12]. В результате, у пациентов могут быть частично ампутированы пальцы и повреждены губы. В качестве предотвращения или ограничения подобных самоповреждений, у них удаляют зубы. Что касается госпитализации, то, по замечанию специалистов, ее чаще всего осуществляют именно из-за тяжести самоповреждающего поведения, а не из-за двигательных расстройств и дефицита интеллекта [5]. При синдроме Прадера-Вилли нередко отмечается такое самоповреждение, как щипание кожи [10], однако у 15% подростков и взрослых с данным синдромом наблюдается и более серьезная форма – ректальное самоповреждение (rectal picking), которое влечет за собой анемию из-за потери крови, травматизацию анального сфинктера вплоть до абцесса прямой кишки [16]. При синдроме Ретта наблюдаются такие самоповреждения как заламывание рук, царапанье себя, жевание пальцев, нанесение ударов кулаками по щекам, подбородку [1]. При синдроме Корнелии де Ланге – удары головой и расцарапывание тела [15], повреждения пальцев рук, запястий и нижних конечностей [4]. Также акты самоповреждения встречаются при синдроме Смита-Магенис и синдроме Лоу [17].

По мнению Т. Thompson & М. Caruso (2002) самоповреждающее поведение при нарушениях психического развития осуществляется в двух основных формах. Первая форма включает в себя самоповреждения,

длящиеся не более нескольких секунд, подобные эпизоды, как правило, детерминированы окружением. Вторая – включает продолжительные акты самоповреждения (стереотипии), длящиеся несколько часов с очень короткими паузами, что может быть спровоцировано внешними событиями, но устойчивость этой формы обеспечивается неврологическими факторами [19].

Основным механизмом самоповреждающего поведения при нарушениях развития выступает механизм биологической регуляции, непосредственно отвечающий за функционирование всех систем организма. Акт самоповреждения при нарушениях развития психики совмещает в себе две функции: 1) функцию элементарного движения (реализация данной функции может быть рассмотрена с точки зрения наиболее примитивной формы организации двигательной активности и поведения) и в данном случае самоповреждение может быть связано как с избавлением от спонтанного возбуждения [3], так и с реализацией программы элементарной организации поведения; 2) функцию релаксации, которая связана со специфической приятностью акта самоповреждения. Способность самоповреждения принести удовольствие объясняется действием некоторых биологических веществ и механизмов, включая моноамины и гормоны. Действия, связанные с самоповреждением, вызывают усиленную выработку эндогенных опиоидов, отвечающих за снижение болевой чувствительности и способствующих релаксации. *Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант №10-06-00511а).*

Литература

1. Патология психического развития / Под ред. А.С. Тиганова. http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=36
2. Anderson L., Dancis J., Alpert M. Behavioral contingencies and self-mutilation in Lesch-Nyhan disease // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1978. V. 46. P. 529-536.

3. Barrera F.J., Violo R.A., Graver E.E. On the form and function of severe self-injurious behavior // [Behavioral Interventions](#). 2007. V. 22. № 1. P. 5–33.
4. Berney T.P., Ireland M., Burn J. Behavioral phenotype of Cornelia de Lange syndrome// *Archives of Disease in Childhood.*, 1999. V.81. P.333–336.
5. Bergen A.E., Holborn S.W., Scott-Huyghebaert V.C. Functional Analysis of Self-Injurious Behavior in an Adult with Lesch-Nyhan Syndrome // *Behavior Modification.*, 2002. V. 26. P. 187-204.
6. Deb S. Self-injurious behavior as part of genetic syndromes// *Brit J Psychiat.*, 1998. V.172. P.385–388.
7. Emerson E. Self-Injurious Behaviour: An Overview of Recent Trends in Epidemiological and Behavioural Research // *Mental Handicap Research.*, 1992. V. 5 (1).P. 49–81.
8. Emerson E. Severe Self-Injurious Behaviour: Some of the Challenges It Presents // *Journal of the British Institute of Mental Handicap (APEX).*,1990. V. 18 (3). P. 92–98.
9. Green A. H. Self-Mutilation in Schizophrenic Children // *Arch Gen Psychiatry.*, 1967. V.7 (2). P.234-244.
- 10.Hanchett J. Skin picking and other forms of self-trauma in Prader-Willi syndrome // *Gathered View.*, 1994. V. 37.
- 11.Matson J.L., LoVullo S.V. A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders // *Behavior Modification.*, 2008. V. 32. P. 61-76.
- 12.Nyhan W. L. Behavior in the Lesch-Nyhan syndrome // *J of Autism and Childhood Schizophrenia.*, 1976. V.6. P. 235-252.
- 13.Oliver C., Hall S., Hales J., Murphy G., Watts D. The Treatment of Severe Self-Injurious Behavior by the Systematic Fading of Restraints: Effects on Self-Injury, Self-Restraint, Adaptive Behavior and Behavioral

- Correlates of Affect // Research in Developmental Disabilities., 1998. V. 19 (2). P. 143–165.
14. Robey K.L., Reck J.F., Giacomini K.D., et al. Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan disease // DevMed Child Neurol., 2003. V.45. P.167-171.
15. Shear C.S., Nyhan W.L., Kirman B.H., et al. Self-mutilative behavior as a feature of the de Lange syndrome. // J Pediatr., 1971. V. 78. P. 506–509.
16. Stokes J.V., Luiselli J.K. Applied Behavior Analysis Assessment and Intervention for Health: Threatening Self-Injury (Rectal Picking) in an Adult with Prader-Willi Syndrome // Clinical Case Studies., 2009. V. 8. P. 38-47.
17. Swamidhas P., Russell S. Self-injurious Behavior to the Lower Extremities Among Children With Atypical Development: A Diagnostic and Treatment Algorithm // The International Journal of Lower Extremity., 2006. V. 5 (1). P. 10-17.
18. Symons F.J., Thomson T. Self-injurious behavior and body site preference. // Journal of Intellectual Disability Research., 1997. V.41 P. 456-468.
19. Thompson T., Caruso M. Self-Injury: What We're Looking For // Schroeder S.R., Osterker M. L., Thompson Travis (eds). Self Injurious Behavior: Gene–Brain–Behavior Relationships. Washington, DC: American Psychological Association., 2002.

Развитие речевого общения, как основа профилактики отклонений поведения у умственно отсталых дошкольников с использованием комплексно-игрового метода обучения

Прохорова Ольга Борисовна, учитель-логопед,

г. Москва, Зеленоградский округ, ГОУ начальная школа – детский сад компенсирующего вида № 1853,

тел. 89162140305.

Усвоение правил общественного поведения, воспитание активности, самостоятельности, обучение средствам и видам вербального и невербального общения, необходимо для успешной реабилитации старших дошкольников с нарушением интеллекта, их последующей интеграции в социальную среду. Для предупреждения нарушений в поведении и школьной дезадаптации этих детей необходимо развивать их коммуникативную деятельность. Поэтому важно выявить имеющиеся трудности в общении, особенности эмоционально-личностных качеств дошкольников и определить методы коррекционно-развивающей работы. Практика показывает, что эти коррекционно-развивающие задачи в работе учителя-логопеда легче решать с использованием игровых приемов обучения. Это проявляется в стремлении специалистов к поискам вариативных программ, в использовании новых методов обучения и воспитания [Е.А.Стребелева]. Изучение применения комплексного подхода с использованием игровых приемов при создании программ по развитию речи проводились в лаборатории развития речи НИИ дошкольного воспитания под руководством [Ф.А.Сохина]. Этой же проблемой занимались [Е.М.Струнина, О.С.Ушакова, А.И.Максимова, А.Г.Тумакова, А.И. Тамбовцева, А.И. Максаков]. В какой-то мере комплексный подход обозначен и [Г.А.Каше 1985г]. Игровые приемы предлагалось использовать при воспитании звуковой культуры речи у детей [М.Г. Генинг, Н.А.Герман, 1980; А.И. Максаков, А.Г.Тумакова, 1979; А.Г.Тумакова, 1983]. В пособии [Е.А.Пожиленко « Волшебный мир звуков и слов» ,1999г] представлены методические разработки логопедических занятий, в основе которых комплексно- игровой метод обучения.

Я работаю учителем логопедом в таком детском учреждении: начальная школа - детский сад компенсирующего вида, в группе для детей со сложной структурой дефекта.

Проблемой наших исследований является изучение особенностей речевого развития у старших дошкольников с нарушением интеллекта и

обоснование возможностей целенаправленной коррекции речи с помощью использования комплексно – игрового метода обучения.

Как предмет исследований, рассматривается процесс разработки и апробирования комплексно-игрового метода, в коррекционном обучении по преодолению системного недоразвития речи у детей 5-7 лет с нарушением интеллекта.

Цель работы: Теоретическое обоснование, разработка и использование комплексно-игрового метода в логопедической работе со старшими дошкольниками с нарушением интеллекта. Приоритетными задачами в работе выбрали: Формирование основных функций речи – фиксирующая, сопровождающая, познавательная, регулирующая, и коммуникативная.

Коррекционная работа проводилась на индивидуальных и подгрупповых занятиях логопеда. На индивидуальных занятиях велась работа по расширению объема понимания речи, по развитию моторики речевого аппарата, реабилитации нарушенной слоговой структуры и звуконаполняемости слов, развитию фонематического слуха, нормализации грамматического строя речи с учетом возможностей каждого ребенка. Артикуляционные упражнения были связаны с определенной лексической темой, например « Птицы», «Звери» или игрой. На этапе автоматизации звуков в слогах реализовали комплексный метод, так как одновременно велась работа над развитием просодики и мимики. Дети вместе с логопедом перевоплощались в героев сказок, зверят и т.д., и таким образом активизируются высшие психические функции, отрабатывается интонационная выразительность речи, укрепляется лицевая мускулатура. На подгрупповых занятиях дети со сходными речевыми нарушениями объединились. С ними проводилась работа по автоматизации звуков, расширению словаря, развитию связной речи. В каждое занятие по развитию лексико-грамматических форм языка включались задания на формирование психофизической сферы детей. Это психогимнастика, релаксация, игры на развитие мелкой и общей моторики, голосовые и дыхательные упражнения,

игры на развитие внимания. Все задания объединяются одной лексической темой или сюжетом сказки. Последовательность ознакомления со звуками предлагается в соответствии с рекомендациями [Г.А.Каше1985]. Организационно-сюжетная основа комплексно-игровых занятий разнообразна. Это использование: сказочных сюжетов; акватерапии и пескотерапии; элементов фольклора; логоритмических упражнений; воображаемых путешествий, экскурсий; литературных героев; элементов сюжетно-дидактической игры.

Алгоритм структуры комплексно-тематических занятий логопеда с использованием игровых приемов был предложен [Е.А.Пожиленко1999].

1. Организационный этап. Цель: Формирование эмоционального контакта с педагогом, введение в тему, коррекция психофизических функций. Содержание: Релаксационные, мимические упражнения, психогимнастика. Упражнения: «Ласковые имена»; « Теплое солнышко»; « Настроение гномов из сказки».

2. Сообщение темы. Цель: Направление внимания детей к изучаемому звуку или повторению знакомых звуков. Содержание: Создание игровой ситуации. «Разговор по телефону со сказочным героем»; « Встреча с игрушкой».

3.Характеристика звуков по артикуляции и акустическим признакам. Цель: Уточнить артикуляцию, познакомить с акустическими признаками звуков. Содержание: Упражнения: « Звуковая волна»; « Песенки звуков»; «Звукоподражания».

4.Произношение изучаемых звуков в слогах и слоговых сочетаниях. Цель: Развитие слухоречевой памяти и фонематического восприятия. Формирование просодических компонентов речи. Содержание: Игровые упражнения. « Поем песенку колокольчика» ; « С Вини-Пухом дети повторяют дразнилки» ; « С инопланетянами разговаривают на их языке».

5.Произношение звуков в словах. Цель: Развитие фонематического восприятия и фонематического слуха. Уточнение и расширение лексического

запаса. Содержание: Словесные игры. «Поймай слово»; «Раскрась радугу»; «Звуки на прогулке».

6. Ритмическая пауза. Цель: Снять усталость и напряжение; вырабатывать четкие координированные движения во взаимосвязи с речью. Содержание: Логоритмика. Имитация трудовых действий. Психогимнастика.

7. Работа над фразовой речью. Цель: Установление лексико-грамматических отношений между членами предложений. Актуализация активного словаря. Учить понимать и отгадывать загадки. Содержание: Коллективное сотрудничество с использованием демонстративных таблиц. Упражнения: « Путешествие в страну звуков»; « Небывальщина»; « Слово к слову».

8. Произношение звука в связной речи. Цель: Формирование у детей процессов словообразования. Стимулирование использования детьми знакомых и новых речевых конструкций. Содержание: Закрепить интерес к сказкам, воспитывать воображение, умение продолжать сказку по ее началу. Учить придумывать рассказы по наглядной модели-схеме. Темы игровых заданий: « Зоопарк»; « Мишуткины именины»; « У нас в гостях три поросенка».

9. Обучение элементам грамоты. Цель: Познакомить со звукобуквенным анализом слова. Учить детей соотносить звук со зрительным образом буквы. Учить детей ориентироваться на листе бумаги. Содержание: Игровые упражнения: «Чей поезд длиннее?»; « Пропавший звук»; « Поймай слово». Стихи о буквах из книги [В.В.Волиной 1991], « Занимательное азбуковедение». Использование таблиц , в которых буквы находятся в геометрических фигурах из книги [Г.А. Ткаченко 1999] « В первый класс без дефектов речи».

10. Итог занятия. Цель: Определить результативность занятия. Создание положительной эмоциональной оценки. Содержание: Сюрпризные моменты. Это может быть угощение; вручение медалей; песенка в подарок.

Оформление выставки работ. Создание мини-зоопарка. Театрализованные игры.

Коррекционно-развивающая работа логопеда делится на блоки.

Первый блок – занятия. В него входит система комплексно-тематических занятий.

Второй блок – совместная деятельность. В него входит: Дидактические игры; сюжетно-ролевые игры; чтение художественной литературы; упражнения на релаксацию; логические упражнения; составление схем – напоминаний; алгоритмов; загадок ; изготовление атрибутов к сюжетно-ролевым играм; неделя классической моды «Салон от Юдашкина»; развивающая игра «Джунгли зовут»; оформление мини – зоопарка; театрализованные игры; праздники.

Третий блок – самостоятельная деятельность детей. В него входит: 1.Рассматривание тематических альбомов. 2.Создание листка-рекламы - все картинки, в названии которых есть звук «А». 3.Игры в лого – уголке. « Что в мешочке?». « Нанизывание бус». Нарисуй букву на песке. 4.Изготовление коллажей, мозаик, цветных ковриков. 5.Словестно-печатные игры. « Финиш и старт». 6.Оформление фотовыставок « Животные - наши друзья». 7.Пальчиковые игры. « Вязание из шерсти пальчиками».

На наш взгляд, большие возможности в преодолении речевых нарушений у детей с системным недоразвитием речи заключены в использовании в работе логопеда комплексно – игрового метода обучения. Разработанная нами методика способствует: активизации и развитию высших психических функций; развитию сенсомоторной сферы; реабилитации нарушенной слоговой структуры и звуконаполняемости слов; коррекции фонематического слуха, развитию чувства ритма и рифмы; автоматизации исправленных звуков; компенсаторное развитие лексико-грамматических категорий; формирование навыков связной речи. Решение проблем развития личности дошкольников с нарушением интеллекта, формирование их навыков общения со взрослыми и сверстниками на логопедических занятиях

с использованием комплексно-игрового метода позволяет успешнее решать задачи коррекции общего развития детей.

Динамика обучения показала, что данный подход использования комплексно-игрового метода в построении занятий логопеда со старшими дошкольниками с нарушением интеллекта поможет решить задачу социальной адаптации детей. И преодолеть сложности личностного определения адекватного поведения в различных ситуациях.

Литература

- 1.Л.С. Выгодский. Развитие высших психических функций. Москва АНП РСФСР 1960 г.
- 2.Е.А. Екжанова, Е.А Стребелева. Программа дошкольного образования учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта. Москва 2003 г.
- 3.А.А. Катаева, Е.А. Стребелева. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников. Москва «Букмастер» 1993 г.
- 4.А.И. Максаков, Г.П. Тумакова. Учите, играя. Москва. Просвещение . 1983г.
- 5.З.А. Репина. Нейропсихологическое изучение детей с тяжелыми дефектами речи. Екатеринбург. УГПУ .1996г.
- 6.Е.А. Пожиленко. Волшебный мир звуков и слов. Москва.1999г.

Коррекция аффективного взаимодействия матери и ребенка с эмоционально – волевыми нарушениями (метод пестования)

Рубан О.В.

(аспирант МГППУ, научный руководитель – Белопольская Н.Л)

rubanolunj@rambler.ru

Правильный выбор методов коррекции является залогом успешной реабилитации детей с ограниченными возможностями. В специальной

психологии успешно реализуется методологическая база по многим направлениям. Вместе с тем, актуальным остается вопрос разработки методов коррекции базовых форм коммуникации. Особое значение эта проблема приобретает при создании коррекционных программ для лиц со сложной структурой дефекта, сочетанными нарушениями, нарушениями эмоционально волевой сферы первичного характера. Нарушения эмоционально-волевой сферы являются характеризующей чертой не только расстройств аутистического спектра, но и других нарушений развития, не соответствующих данному диагнозу по одному из диагностических критериев. В исследованиях отечественных и зарубежных авторов особое внимание уделяется раннему взаимодействию матери и ребенка. Формы первичной коммуникации являются основой успешного развития ребенка, играют существенную роль в формировании механизмов поведения и восприятия мира. В связи с этим особое значение приобретет разработка реабилитационных программ, учитывающих значение коррекции аффективного взаимодействия матери и ребенка. Применение традиционных народных форм, таких как фольклорные игры, ремесла, жанры устного творчества достаточно распространено в педагогической и психологической практике. В литературе представлены методы коррекции игровой деятельности в рамках русской народной традиции у детей с ОВЗ школьного возраста, подростков. Вместе с тем, исследования и описание опыта использования первичных игровых форм («пестушек» и «потешек») в коррекционных целях практически отсутствуют.

Пестование представляет собой раннюю форму взаимодействия матери и ребенка: короткие рифмованные формы устного народного творчества, которые сопровождают взаимодействие в диаде во всех сферах жизни. Средства народной педагогики, такие как «пестушки» и «потешки» основаны на гармоничной для ребенка ритмической основе и дают необходимый комплекс моторных, сенсорных, эмоциональных ощущений. Цель настоящего этапа исследования - разработка программы коррекции

аффективного взаимодействия матери и ребенка с эмоционально – волевыми нарушениями. В качестве частной гипотезы, мы выдвигаем предположение о том, что формирование коммуникативных навыков у детей с эмоционально – волевыми нарушениями необходимо начинать с коррекции ранних форм аффективного взаимодействия матери и ребенка. «Метод пестования» может способствовать развитию базовых форм общения и позволит в более полном объеме сформировать коммуникативные навыки, а в дальнейшем будет служить хорошей основой для развития более сложных механизмов взаимодействия.

Проведено пилотажное исследование на базе службы «лекотека» детского сада № 288. В группу коррекции вошли 17 пар «мать – ребенок». Все дети имели нарушения эмоционально – волевой сферы. Возраст детей варьировал от 3 до 4 лет. Занятия проводились два раза в неделю по полтора часа. Все дети имеют нарушение эмоционально – волевой сферы и интеллектуальную недостаточность. Для правильной постановки задач проведено диагностическое исследование. Использовались эмпирические методы, такие как наблюдение, беседа, биографический метод. В качестве диагностики и предварительной системы оценки эффективности работы мы выделили следующие критерии: 1) уровень тревожности матери; 2) количество тактильных контактов; 3) уровень эмоционального взаимодействия; 4) количество и качество поддержек и выполнений за ребенка; 5) степень негативизма ребенка; 6) возможность регуляции матерью поведения ребенка; 7) позитивные эмоциональные реакции ребенка; 7) использование предложенных средств коммуникации в повседневной жизни.

На этапе диагностики были выявлены следующие особенности взаимодействия в диаде «мать-ребенок»:

- 1) выраженное состояние «растерянности» у матерей;
- 2) безликий тип общения матери и ребенка;
- 3) стереотипный тип взаимодействия;
- 4) высокий уровень тревожности у матерей;

5) обеднение средств взаимодействия матери с ребенком.

Полученные данные определили задачи коррекции на первом этапе:

- Сформировать адекватную оценку матерью уровня развития своего ребенка.
- Снизить уровень тревожности у матерей, воспитывающих детей с эмоционально – волевыми нарушениями.
- Расширить репертуар эмоционального взаимодействия в диаде.
- Скорректировать базовые формы коммуникации.
- Создать условия для появления форм спонтанной реактивной коммуникации.
- Предоставить средства коммуникации.

Для решения поставленных задач использовались средства народной педагогики. При выборе данных методов руководствовались культурно-исторической концепцией Л.С. Выготского, концепцией онгенетического развития психики в общении М.И. Лисиной, исследованиями раннего аффективного взаимодействия у детей с расстройствами аутистического спектра (О.С. Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг), а также исследованиями в области этнопсихологии и этнопедагогики.

Выбор данных методов был обусловлен простотой и доступностью средств народной педагогики для понимания и использования за пределами коррекционных занятий. Предложенный материал легко переносится родителями в семейные будни, не требует специальной подготовки, сложной организации деятельности и дополнительных материалов.

В рамках занятий использовались пестушки и потешки в том виде, в котором они дошли до нас, сохраняя аффективный настрой, ритмику игры, основные действия. Условно разделили игры в соответствии с основными задачами, которые помогают решить та или иная игровая форма. Ритмические игры; игры ориентированные на аффективный отклик; игры, акцентирующие личность ребенка; игры, требующие вербального или невербального ответа; игры фронтальные с действием. В игры включаются

занятия определенного типа, в зависимости от задач конкретного этапа реабилитации.

Занятие проводится в четыре этапа:

- Ритмичное круговое движение со спокойным простым ритмом, позволяющее ребенку включиться в процесс занятия.
- Пестушки и потешки, соответствующие основным задачам этапа коррекции.
- Завершающие игры, с ограничением пространства деятельности.
- Чаепитие и беседа с родителями.

Беседа с родителями проводится в непринужденной обстановке, что позволяет выявить изменения в поведении ребенка, отследить отсроченные реакции, узнать, как реагирует ребенок на использование матерью форм занятия в другой обстановке.

Основным результатом данного этапа работы является значительное улучшение взаимодействия в диаде «мать-ребенок». Родители лучше стали осознавать особенности и возможности своего ребенка, следствием чего стало более адекватное понимание целей и задач реабилитации. Удалось сформировать мотивацию к игровой деятельности. Ритмическая составляющая позволяла детям длительное время удерживаться в деятельности. Отмечено значительное расширение репертуара эмоциональных реакций как со стороны матерей, так и со стороны ребенка; снижение уровня тревожности; расширение вариативности средств общения; увеличение тактильных контактов в диаде, значительное снижение уровня негативизма со стороны ребенка. Появилась возможность регуляции поведения. За счет расширения репертуара взаимодействия мать регулировала поведение и эмоциональные реакции ребенка. Родители активно использовали средства взаимодействия, предложенные на занятиях, в повседневной жизни. Опрос родителей позволил установить, что в домашних условиях ребенок начал сам инициировать игры.

Таким образом, на основании проведенной работы, можно сделать вывод о том, что коррекция аффективного взаимодействия матери и ребенка с использованием средств народной педагогики (пестования) является успешной. Кроме того, коррекция ранних форм коммуникации в диаде мать-ребенок является необходимым звеном развивающей работы с детьми данной категории.

Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков с сенсорными нарушениями

Савельева Е.К.,

Центр профилактики правонарушений и наркозависимости среди детей и подростков, Санкт-Петербург

(аспирант ИСПиП, научный руководитель И.А.Михаленкова),

8-911-709-83-39

Эмоции человека - важнейшая часть его психики. Сопровождая практически любые проявления активности, эмоции служат одним из главных регуляторов психической деятельности в поведении, наиболее тонкому приспособлению человека к окружающему миру, к жизни в обществе, к контактам с другими людьми, в конечном итоге - к приспособлению и выживанию не только одного индивида, но и сохранению человеческого рода в целом.

В.П. Кащенко писал: «Родившемуся физически здоровому человеческому существу от природы дано все-вся полнота сторон, с совокупностью которых связано представление об идеальной личности. Но эта заданность лишь в возможности, а реальностью ее делает полноценное развитие в благоприятных условиях».

Действия неблагоприятных факторов, как внешних, так и внутренних, приводят к колебаниям в эмоциональной сфере. Если действие этих факторов продолжается длительное время, то это может привести к стойким

изменениям эмоционального фона.

Эмоции и чувства человека, являясь отражением его реальных отношений к значимым для него объектам и субъектам, не могут не изменяться под влиянием нарушений зрения, при которых сужаются сферы чувственного познания, изменяются потребности и интересы. Особое место в возникновении тяжелых эмоциональных состояний занимает понимание своего отличия от нормально видящих сверстников, возникающее в возрасте 4 —5 лет, понимание и переживание своего дефекта в подростковом возрасте, осознание ограничений в выборе профессии, партнера для семейной жизни в юношеском возрасте. Наконец, глубокое стрессовое состояние возникает при приобретенной слепоте у взрослых. Для лиц, недавно утративших зрение, характерны также сниженная самооценка, низкий уровень притязаний и выраженные депрессивные компоненты поведения.

Распространено мнение о том, что слепые менее эмоциональны, более спокойны и уравновешенны, чем люди, не имеющие дефектов зрения. Это впечатление объясняется отсутствием отражения их переживаний в мимике, жестах, позах. Однако речь их достаточно интонационно выразительна. Исследования понимания слепыми эмоциональных состояний человека по голосу, интонации, темпу, громкости и другим экспрессивным признакам речи свидетельствуют о том, что слепые обнаруживают большую точность в распознавании эмоциональных состояний говорящего. Оценивая эмоциональные состояния, они выделяют и адекватно оценивают такие качества личности говорящего, как активность, доминантность, тревожность. Установка лиц с нарушением зрения по отношению к себе имеет свои особенности. В первую очередь это связано с оценкой своей внешности. При этом самооценка незрячими именно этого фактора зависит от критерия, который они используют: либо за точку отсчета берется собственное представление о себе, построенное, исходя из оценки своего положения, либо происходит ориентация на внешние оценки, идущие от зрячих.

В сравнительных экспериментальных исследованиях со зрячими отмечается большее неблагополучие слепых и слабовидящих детей в эмоциональном отражении своих отношений с миром вещей, людей и обществом. Хастингс, сравнивая эмоциональное отношение детей с нарушением зрения и зрячих к различным жизненным ситуациям, нашел, что первые более ранимы, особенно по шкале самооценки. При этом слабовидящие дети показывают большую эмоциональность и тревожность по сравнению с тотально слепыми детьми. Заслуживает обсуждения и тот факт, что дети из школ-интернатов показали большую неуверенность при самооценке, чем дети из семьи. Это свидетельствует о том, что в развитии эмоций и чувств у детей с нарушением зрения большую роль играет социальное окружение и адекватные условия: слепой ребенок более зависим от общества и организации коррекционно-педагогических условий его жизни. Для слепых свойственны также страх перед неизвестным, неизведанным пространством, наполненным предметами с их опасными для ребенка свойствами. Однако этот страх появляется у детей лишь при неумелом руководстве родителей, допустивших множество неудачно окончившихся попыток в удовлетворении ребенком своей потребности в движении и освоении пространства.

Существенную психолого-педагогическую проблему представляет воспитание слепого ребенка в атмосфере чрезмерной заботы. Взрослые члены семьи ни к чему не приучают ребенка, предохраняют от малейшего усилия, предупреждая любое его желание. Излишняя опека сопровождается часто и чрезмерным проявлением любви к слепому, его захваливанием, переоценкой его способностей. Ребенок превращается в избалованное, эгоистическое существо, совершенно не готовое к будущей самостоятельной жизни. У него формируется чисто потребительская психология, тормозится образование необходимых качеств личности, таких, как трудолюбие, самостоятельность, чувство личной ответственности и инициативы, что, в свою очередь, препятствует формированию важнейших личностных

образований: воли и эмоциональной сопротивляемости к различным жизненным препятствиям.

Второй вариант внутрисемейного общения, приводящий к формированию негативных качеств личности слепого, определяется деспотическим, подавляющим волю поведением родителей в отношении со своим ребенком. На первое место взрослые ставят строгость, твердость и жесткость. При этом они, как правило, игнорируют трудности детей, вызванные нарушениями зрения. Вынужденный покоряться воле взрослого, ребенок испытывает чувство скрытой или открытой неприязни и в какой-то момент переходит к открытому неповиновению. Некоторые дети в этой ситуации уходят в себя, замыкаются, предаются мечтаниям и фантазиям. Ребенок либо растет несамостоятельным, подавленным, часто задержанным и малоинициативным, либо вступает на путь непрерывного хронического конфликта, постоянно находясь в состоянии открытой или скрытой агрессивности.

Третий вариант неблагоприятного внутрисемейного общения характеризуется эмоциональным отчуждением взрослых членов семьи и ребенка с нарушениями зрения, что приводит к отсутствию взаимопонимания между ними, к разрыву духовной близости. Слепой ребенок в такой семье живет своими интересами, замкнувшись во внутреннем мире, куда он не допускает родителей. У него не формируется потребности в общении как с членами семьи, так и с более широким окружением.

Обстановка эмоционального отчуждения ранит слепого ребенка не меньше, а может быть, и больше, чем явная открытая неприязнь к нему из-за его слепоты. Такой тип общения со взрослыми создает и обостряет у ребенка чувство неполноценности и ненужности, рано рождает у него состояние глубокой тревожности, и такой ребенок в конце концов не сможет развить в себе адекватное чувство собственного достоинства. Его самооценка неадекватно занижена.

Психолого-педагогические условия, в которых оказывается ребенок,

имеющий глубокие нарушения зрения, влияют на процесс формирования его личности.

Условия жизни слепых детей, которые в период обучения долгое время проживают в школе-интернате, имеют черты жесткой регламентации. Это структурированная коммуникационная среда, стабильная по составу сверстников, устойчивая по распределению социальных ролей, ограниченная по числу взрослых, с которыми может взаимодействовать слепой ребенок. Общение взрослых и детей в этих условиях скорее строится по формальным принципам, а не по индивидуально варьирующимся эмоциональным.

Исследования глубинных структур личности подростков показывают, что уровень притязаний подростков занижен по сравнению с нормально видящими. Если наибольшее число выборов зрячих лежит в зоне максимально сложных задач, то у незрячих — в зоне наименьшей сложности при достаточно высокой самооценке. Это говорит об их неуверенности в себе, о неблагоприятном личностном развитии. Изменение в самооценке связано с адаптацией к своему состоянию, а также с тем, что в процессе своего развития дети с врожденной слепотой переживают несколько психологических кризисов, связанных с осознанием того, что они не такие, как многие их сверстники. Особенно остро этот кризис переживается в подростковом возрасте, когда происходит обострение нарушений социальных отношений в связи с тем, что дети начинают осознавать свой зрительный дефект.

Приведенные выше факты особенностей личностного развития незрячих ставят проблему оказания им возможно ранней помощи и проведения с ними необходимой работы в тот период, когда происходит активное формирование их личности, т.е. речь должна идти об абилитационной работе, о предупреждении возможных негативных изменений, способствующих формированию девиантного поведения в том числе.

Эффективность индивидуально-ориентированных программ работы с семьей в лекотеке

Сергеева Л. Н. Детский сад № 2104

arall@yandex.ru

Чугунова А. И., ЦМПСС «Лекотека»

Современная практика работы с детьми с комплексными нарушениями развития весьма разнообразна. В этом разнообразии особенно ясно выступают нерешенные и слабо изученные проблемы. Одной из таких важнейших проблем является разработка системы психолого-педагогической помощи, адекватной качественному своеобразию развития этих детей. Вопросы организации психолого-педагогической помощи детям данной категории, создания условий для их развития давно волнуют профессионалов-педагогов, психологов, родителей и общество.

Коррекционно-педагогическое обучение детей с комплексными нарушениями постепенно превращается в социальный механизм адаптации детей данной категории к существующим условиям жизни. Образовательные программы на конкретного ребенка, имеющего сочетанные нарушения, во многом зависят от структуры и содержания учебных программ, с помощью которых организуется обучение ребенка. В каждом конкретном случае рассматривается сущность сложного нарушения, его первичность, оцениваются последствия психолого-педагогического воздействия, зафиксированные в диагностических картах, протоколах, где отражен исходный уровень развития ребенка.

Необходимо помнить, что эффект коррекционной работы проявляется на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе работы, к моменту завершения и т.д. Поэтому индивидуальная коррекционная программа может не претендовать на полное разрешение трудностей развития, а ставить более узкую цель в ограниченном временном интервале.

Для окружения ребенка с нарушениями в развитии эффективность коррекционной программы может определяться степенью удовлетворения их запроса или мотивов, побудивших обратиться за психологической помощью, особенностью осознания ими проблем и задач, непосредственно связанных с проблемами их ребенка. [1]

Показано, что лучшим и наиболее экономически эффективным вложением в развитие ребенка являются программы раннего вмешательства и раннего детского развития. Именно поэтому в 2003 году ООН признало программы раннего детского развития и раннего вмешательства приоритетным направлением своей деятельности.

Индивидуально-ориентированная программа в Лекотеке и Службе ранней помощи (СРП) направлена на профилактику и преодоление вторичных проблем развития; психогенных нарушений, ограничивающих возможности ребенка; развитие базовых коммуникативных и индивидуально-социальных компетенций, ключевых предпосылок познавательного развития. В разработке программы участвуют: ведущий специалист, социальный педагог, другие специалисты подразделения при взаимодействии с родителями (законными представителями).

Основой для разработки индивидуальной программы является состояние актуального развития ребенка, его «зона ближайшего развития», индивидуальные природно-психические свойства, особенности поведения, состояние эмоционального благополучия ребенка, ресурсы и ограничения его развития. Программа разрабатывается с учетом ситуации в семье и возможностей участия в ее реализации родителей (законных представителей) и других взрослых, активно участвующих в воспитании ребенка.

Качество содержания индивидуально-ориентированной программы работы с ребенком (далее ИОПР) и ее эффективность напрямую зависят как от традиционных условий: взаимодействие педагога с родителями, в процессе написания ИОПР, так и от нетрадиционных: повышение у родителей, воспитателей детей с нарушениями в развитии педагогических

(ключевых) компетенций в процессе взаимодействия по написанию и реализации ИОПР.

Все программы раннего вмешательства для детей со всеми видами нарушений направлены на то, чтобы расширить коммуникативные возможности ребенка и его семьи. При этом развитие коммуникации рассматривается и как цель, и как средство раннего вмешательства.

Согласно принципу нормализации, жизнь человека с нарушениями должна быть как можно более похожей на жизнь других людей в его обществе. Это, прежде всего, означает, что другие люди должны воспринимать человека с нарушениями как личность, имеющую свои потребности, желания, чувства и волю. Но это возможно, только если такой человек может выразить свои потребности, желания и чувства понятным для других способом. В противном случае окружающие люди будут рассматривать его как некий одушевленный предмет, о котором надо только заботиться, мыть и кормить. «Социальные взаимодействия, в которых участвуют дети, умеющие говорить, являются продолжением тех, в которых они участвовали в довербальном периоде, в том смысле, что межличностные намерения социально конструируются всеми участниками. Далее мы утверждаем, что способность старшего ребенка конвенционально выразить намерения отражает то, чему он научился в более ранних взаимодействиях; это касается и значений, которые могут быть выражены, и того, как их выразить» [2].

Сотрудничество педагогов-специалистов с семьей в лекотеке включают написание и реализацию индивидуально-ориентированной программы работы с ребенком. Составление программ помощи детям с сочетанными нарушениями во всем мире вызывает сложности из-за тяжести нарушений, недостатка квалификации и теоретической подготовки педагогов по всем аспектам затруднений детей и их семей. Однако, индивидуальная программа необходима детям и их семьям для организации воспитания ребенка на начальном этапе, с учетом возможностей ребенка и

семьи. В процессе экспериментальной работы мы выявили факторы, влияющие на эффективную реализацию ИОПР:

- Профессиональная компетентность педагогов-специалистов.
- Содержание индивидуально-ориентированных программ работы с ребенком.
- Условия для реализации индивидуально-ориентированных программ работы с ребенком.
- Заинтересованность родителей в эффективной реализации индивидуально-ориентированных программ работы с ребенком.
- Ведущее нарушение ребенка.

Исходя из вышеуказанного, нами разработаны и апробированы следующие критерии оценки эффективности содержания ИОПР:

- Уровень усвоения ИОПР ребенком.
- Взаимосвязь актуального состояния ребенка, описанного в программе и содержания целевых разделов (целеполагания) ИОПР;
- Наличие коррекционной работы по основному диагнозу клиента.
- Наличие методов коррекционной работы, обусловленных ведущим нарушением в развитии клиента.
- Адекватность задач, описанных в индивидуальной коррекционной программе работы с ребенком, возможностям ребенка и семьи.
- Соответствие заявленных в ИОПР задач запросу родителей ребенка.
- Количество задач.
- Междисциплинарность.
- Частота посещения детьми занятий.

Эффективность психолого-педагогического сопровождения ребенка в лекотеке напрямую зависит от содержания ИОПР, включения в нее адекватных и целесообразных форм взаимодействия с ребенком. Существует возможность создания оптимальной модели ИОПР в

лекотеках, если применять указанные выше критерии эффективности при написании индивидуальной коррекционной программы.

Литература

1. [1] Аксенова Л.И. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений современной специальной (коррекционной) педагогики. // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития - № 3, 2002.
2. [2] «Нет необучаемых детей. Книга о раннем вмешательстве» Под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Клочковой С-Петербург: Каро, 2007.

Программа профилактики отклонений поведения у умственно отсталых школьников.

Сиднева Н.И.

МСОУ VIII вида, г. Павлово Нижегородской области.

На современном этапе развития общества главной целью реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья является их социальная адаптация. Это отражено в Статье № 9 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ». Вступая в самостоятельную жизнь, инвалиды получают те же права, что и другие граждане. Но, вместе с тем, общество возлагает на них обязанности и требует выполнения определенных законов и правил. Если в сфере учебной деятельности детям с ОВЗ предоставляются особые программы, учитывающие их дефект, то в сфере гражданского и уголовного законодательства государство не может снизить требования к данной категории граждан, потому что это может ущемить права других людей.

Все это в полной мере относится к умственно отсталым школьникам. Без формирования социально приемлемых форм поведения их адаптация к обществу не может быть успешной. В связи с этим очень важной задачей специальной (коррекционной) школы VIII вида является коррекция

личностного развития умственно отсталого ребенка, которая заключается в воспитании осознанных положительных форм поведения. Это необходимо потому, что в силу своих умственных способностей дети данной категории не всегда могут правильно анализировать конкретные жизненные ситуации и находить правильный способ действия в них, адекватно оценивать собственное поведение и поведение окружающих. Они могут совершать поступки, которые с точки зрения общества, являются аморальными, и даже криминальными. Вот почему необходимо проводить профилактику отклонений поведения у умственно отсталых детей и подростков.

Нами была разработана программа профилактической работы «Подросток в море проблем». Она направлена на предотвращение противоправных действий подростков 12-15 лет. Программа призвана решить следующие задачи:

- познакомить подростков с нормами и правилами, регулирующими поведение в обществе;
- привить навыки адекватного поведения;
- повысить уровень сформированности нравственных понятий;
- сформировать у учащихся положительное отношение к здоровому образу жизни.

Программа включает в себя несколько разделов.

Раздел «Это должен знать каждый» включает теоретические и практические занятия, направленные на повышение осведомленности учащихся в области прав и обязанностей подростков.

Раздел «Умей правильно общаться» направлен на исправление негативных тенденций в поведении, развитие и обогащение навыков поведения.

Раздел «Я – Личность» посвящен осознанию учащимися сильных и слабых сторон своего характера. Он направлен на повышение уровня сформированности нравственных понятий. В процессе занятий учащиеся разбирают такие понятия, как «характер», «черта характера», получают

представление о положительных и отрицательных чертах характера. Этот раздел очень важен, так как недостатки в воспитании положительных качеств личности являются одной из причин, обуславливающих трудности социальной адаптации умственно отсталых детей и отклонения в поведении.

Результаты предварительной диагностики нравственных понятий показывают, что умственно отсталые учащиеся не всегда правильно понимают значение той или иной черты характера. Они путают такие качества, как сила и смелость, вежливость и доброта. А значение таких понятий как щедрость, они вообще не могут объяснить.

Для выявления особенностей представлений учащихся о тех или иных чертах характера, нами была разработана методика «Уровень сформированности нравственных понятий» (УСНП), основанная на исследованиях Н.В. Тарасенко и А.И. Капустина [1]. Сущность методики заключается в том, что подросткам предлагается раскрыть значение десяти понятий (доброта, трудолюбие, смелость, аккуратность и др.). Учащимся предлагают продолжить ряд предложений, например: «Смелым мы называем такого человека, который...». Все ответы оцениваются баллами. Точные ответы, в которых правильно раскрыто значение понятия, оцениваются двумя баллами; ответы, в которых назван неосновной признак (например, аккуратный – «всегда чистит обувь»), одним баллом. Неверные ответы и ответ «не знаю» оцениваются 0 баллов. Подсчитывается общее количество баллов и, в соответствии с этим, определяется общий уровень сформированности нравственных понятий. После проведения коррекционных занятий методика УСНП проводится повторно. Это позволяет проследить динамику формирования у учащихся уровня сформированности нравственных понятий.

При проведении коррекционных занятий по изучению черт характера используется следующий алгоритм:

1. Чтение или демонстрация какой-либо сказки или ситуации, в которой герои проявляют то или иное качество.

2. Подбор словесных объяснений и синонимов данной черты характера.
3. Подбор антонимов для обозначения данной черты характера.
4. Проведение работы по отграничению данного понятия от других, которые кажутся учащимся схожими (например, трусливый – осторожный).
5. Соотнесение изученного качества с действиями героев в различных ситуациях.

Далее проводятся практические занятия с элементами тренинга, на которых осуществляется закрепление понятий. В процессе работы используются приемы сказкотерапии, игротерапии и др. Широко применяются компьютерные технологии.

Следующий раздел коррекционной программы называется «Будь толерантен». Он направлен на развитие позиции воспитания толерантного отношения к окружающим. Содержание занятий данного раздела направлено на то, чтобы формировать качества личности, способной понимать других людей, контролировать свое поведение и эмоции.

Раздел «Нет! Вредным привычкам» направлен на разъяснение учащимся вреда, наносимого употреблением психотропных веществ. При проведении занятий данного раздела применяются мини-лекции, викторины, инсценировки, компьютерные презентации, конкурсы плакатов и др.

Целью заключительного раздела коррекционной программы, который называется «Убежать от стресса», является обучение формам поведения, способствующим обеспечению здорового образа жизни.

Проведение работы по профилактике отклонений поведения является одной из важнейших задач, так как это связано с успешностью адаптации умственно отсталых детей к обществу.

Литература

1. Тарасенко Н.В., Капустин А.И., Особенности усвоения нравственных понятий и понимания оценки поступков человека учащимися вспомогательной школы // Исследование личности и познавательной

деятельности учащихся вспомогательной школы / Под ред. В.Г.Петровой – М., 1980.- с.64-71.

Концепция девиантного поведения подростков с позиций культурно-исторической психологии

Н.Р. Сидоров, МГППУ

Предмет исследования – девиантное поведение несовершеннолетних, не носящее правонарушающего или криминального характера, но выражающееся в неподчинении правилам внутреннего распорядка, в конфликтах, в отказе от учёбы и тому подобных отклонениях. Такой подход актуален для ситуации, складывающейся в школах.

Традиционно девиантное поведение определяется как поведение, нарушающее общепринятые социальные нормы. Главный недостаток данного определения заключается в том, что оно помещает феномены, обозначаемые этим термином, в предметное поле этики. Рассмотрение девиантного поведения несовершеннолетних в предметном поле психологии требует другого определения – с привлечением категорий психологической науки.

Сотрудники лаборатории МГППУ «Психологические проблемы детей с девиантным поведением» предлагают иное определение: девиантным поведением мы называем такое поведение индивида, которое регулярно разрушает совместную деятельность и общение в той социальной группе, к которой принадлежит он сам. В этом случае центральными для последующего анализа становятся понятия поведения и деятельности.

Для квалификации девиантного поведения решающим оказывается не нарушение общепринятых социальных норм, но его, поведения, деструктивный характер в межличностных отношениях. Понятие отношение так же играет заметную роль в психологической теории (В.Н. Мясищев).

Обращение к категориям деятельность (совместная деятельность), общение, отношение не только переводит исследование девиантного поведения в предметное поле психологии, но и уточняет сам предмет исследования. Применительно к школе, например, беготня на перемене или случайно разбитое стекло не могут квалифицироваться как девиантные поступки, как это часто готовы представить педагоги.

При рассмотрении девиантного поведения несовершеннолетних мы выделяем два определяющих момента: его предпосылки и его психологические причины.

Поскольку человеческие индивиды суть биосоциальные существа, постольку предпосылки их поведения вообще и девиантного поведения в частности располагаются в двух плоскостях: биологической и социальной. Биологической предпосылкой девиантного поведения является, в первую очередь (при сохранном интеллекте), сниженный уровень психофизиологических ресурсов индивида. Основной социальной предпосылкой – отсутствие умения и навыков конструктивного межличностного взаимодействия.

Ближайших психологических причин девиантного поведения две:

- 1) специфические особенности динамической системы личностных отношений индивида,
- 2) снижение уровня сознательной регуляции его жизнедеятельности.

1) Относительно динамической системы личностных отношений индивида можно сказать следующее: психологическая категория отношение находится в непосредственной связи с понятиями мотивация, личность (В.Н. Мясищев), смысл, деятельность (Д.А. Леонтьев) и другими понятиями. В порядке содержательного раскрытия отношения представляют интерес взгляды М. Бубера: отношение «Я-Ты» и отношение «Я-Оно».

В отношении «Я-Ты» – и только в рамках этой модальности отношений – личность проявляет себя, и только в этой модальности порождаются смыслы совместной деятельности. В совместной деятельности любые

действия не исчерпываются изменением предмета труда: они выражают определённые субъект-субъектные взаимоотношения.

Негативное отношение индивида к другим участникам совместной деятельности в модальности «Я-Ты» деструктивно сказывается на ходе и результатах совместной деятельности и, в конечном счете, разрушает её. То же происходит и в случае негативного отношения индивида к ходу и ожидаемым результатам совместной деятельности в модальности «Я-Оно».

В школьной практике негативное отношение учащегося к другим участникам образовательного процесса, его негативное отношение к самому процессу учения выражается в отказе от учёбы, в инициировании конфликтов, нарушении дисциплинарных требований на уроках и вне уроков. То есть, происходит то, что всеми квалифицируется как девиантное поведение. Но по существу происходит разрушение совместной учебной деятельности и педагогического общения.

2) Мы предлагаем следующее рабочее определение сознания: сознание есть функция психики социализированных человеческих индивидов, ориентирующая их в сфере нечувственных сущностей, овладение которыми осуществляется в ходе практической деятельности, и обеспечивающая продуцирование людьми объектов духовной культуры, включая идеи, образы, проекты предметной среды и технологий.

Снижение роли сознания в организации человеческой жизнедеятельности имеет своим следствием снижение способности индивида к абстрактному мышлению и его преимущественную «привязку» к непосредственно воспринимаемой им реальности, будь то ближайшее предметное и социальное окружение или актуально переживаемые потребностные состояния.

Снижение уровня сознательной регуляции психической деятельности индивида проявляется в следующих четырёх аспектах:

- Снижение когнитивной сложности индивидуального образа мира: упрощение кодирующей системы категоризации при рефлексии

явлений внешнего и внутреннего мира (Дж. Брунер). Восприятие ситуативно-значимых элементов реальности вне целостного контекста, который сам по себе характеризуется чрезвычайно узкими границами как в пространстве, так и во времени.

- Короткий список номенклатуры ценностей морального ряда, снижение их роли в регуляции поведения индивида, приоритет удовлетворения актуальных потребностей. В связи с этим – плохое понимание побудительных причин поведения других людей, и, как следствие, ухудшение взаимопонимания.
- Бедная «Я-концепция». Преобладание самооценки категории «Я – сам по себе», включая оценки внешности и физических способностей, над социальной самооценкой. Неадекватное представление о собственной социальной диспозиции и, как следствие, неверное понимание социальных дистанций. Значительная доля нереальных самооценок.
- Значительное снижение таких составляющих целостного действия как моделирование, программирование и оценка результата. В целом – значимое снижение общего уровня саморегуляции действий. Импульсивность.

В серии эмпирических исследований, проведённых сотрудниками лаборатории, были получены результаты, подтверждающие выдвинутые нами гипотезы, и, в целом, хорошо иллюстрирующие предложенную концепцию.

Психологическое содержание реакций родителей на факт рождения ребенка с отклонениями в развитии

Сорокин В.М.

ИСПиП, Санкт – Петербург

vombat54@mail.ru

Рождение ребенка с отклонениями развития чаще всего воспринимается как эмоционально травмирующее, а главное неожиданное событие. [Д.Н. Исаев, Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина, В.В. Ткачева, О.Н. Усанова, Л.М. Шипицына. и др.]

Результаты проведенных нами опросов показывают, что женщины, будущие матери, имеющие высшее немедицинское образование оценивают вероятность рождения больного ребенка в 10 – 12%. Молодые женщины, имеющие медицинское образование, оценивают такую вероятность несколько выше - от 18 до 25% случаев. Опрос мужчин показал, что вероятность рождения у них больного ребенка оценивалась ими независимо от образования на уровне от 2 до 5%. Эти данные говорят о том, что женщины психологически оказываются более подготовлены к возможным осложнениям при рождении ребенка, чем мужчины, что, по всей вероятности, определяет различие в реакциях на рождение больного ребенка между мужчинами и женщинами. Когда родительские реакции описываются как шок, стресс, отчаяние, в большей степени это относится к отцам, чем матерям.

В основе психологических реакций родителей лежит так называемый феномен экспектаций, под которым понимается система ожиданий родителей в отношении ребенка и своего собственного поведения в отношении последнего. Рождение больного ребенка аннулирует прежние экспектации, а новые в этот момент еще не сформированы. Отсутствие экспектаций и порождает шоковую реакцию, создает благоприятные условия для формирования отрицательных ожиданий в отношении больного ребенка, как бесперспективного и не оправдавшего надежд существа.

Отсутствие экспектаций является не только причиной стрессовых реакций на факт рождения больного ребенка, но и приводит к тому, что процесс воспитания ребенка подменяется простым физическим уходом, ибо родители не представляют, какие воспитательные меры к ребенку применимы. Это дополнительно, помимо болезни, осложняет процесс

развития ребенка. Период неэффективных попыток лечения в ряде случаев продолжается до 5 лет. За это время родители, как правило, узнают очень много о заболевании своего ребенка, его причинах, течении, возможных осложнениях. Как ни странно, о том, как в этих условиях развивается ребенок и каковы особенности его воспитания, родители знают очень мало. Сам процесс воспитания как бы откладывается на потом. В результате необратимо теряется много времени, которое могло бы быть потрачено более эффективно на процесс воспитания ребенка, что дополнительно осложняет процесс его психического развития.

Процесс принятия больного ребенка весьма сложный и неоднозначный по своему содержанию у разных родителей и зависит не столько от характера заболевания ребенка, сколько от особенностей личности матери и отца. Общей же закономерностью является то, что первыми начинают принимать больного ребенка матери. Во многом это определяется формирующимся механизмом материнской привязанности и безусловным характером материнской любви. Кроме того, как указывалось выше, женщины оказываются более подготовленными психологически к рождению больного ребенка, чем мужчины.

Отношение отцов к ребенку отличается большей рациональностью, а их любовь - условностью. Именно поэтому принятие больного ребенка отцами выглядит более противоречиво и драматично. Тем не менее, опыт показывает, что пример материнского принятия ребенка для многих отцов становится положительным и стимулирующим образцом. Но не редки случаи, когда абсолютное принятие ребенка матерью приводит к нарушению отношений между супругами. В дальнейшем, когда родители больного ребенка, так или иначе, знакомятся с другими родителями, воспитывающими таких же детей - инвалидов, их опыт, схожесть проблем значительно смягчают процесс отношения к собственному ребенку и его принятие. Тем не менее, на самых ранних стадиях, знакомство с другими родителями не всегда оказывает положительный эффект. Родители еще не смирились со своим

положением и не до конца приняли больного ребенка и себя в роли его родителей. Именно поэтому опыт других родителей воспринимается как чужеродный и ненужный, не имеющий к ним никакого отношения.

Продолжительность шоковых реакций у родителей разными авторами оценивается по - разному в зависимости от критериев купирования признаков состояния шока. То, насколько родители быстро выходят из шокового состояния, зависит от множества причин – и, прежде всего, от индивидуально – психологических особенностей матери и отца, от того насколько был желанным ребенок и пр. Но, пожалуй, наиболее важный фактор, способствующий быстрой мобилизации родителей, – это степень их эмоциональной близости и сплоченности. Это позволяет воспринимать супругами случившееся не как событие личной жизни, а событие собственной семьи, члены которой нуждаются в помощи и поддержке. Многие матери отмечали, что длительное переживание стресса от факта рождения больного ребенка в конечно счете психологически выматывал их, лишал сил что-либо делать. Во многих случаях отмечалось появление многочисленных соматических жалоб на боли в сердце, желудке, озноб, сонливость, тошноту, головокружение, плохой сон, отсутствие аппетита и пр. Отцы в гораздо меньшей степени демонстрируют признаки астенизации. Во многом это объяснимо тем фактом, что они меньше проводят времени с ребенком, переключаясь на другие виды деятельности. Больше половины женщин отмечали, что в этот период они остаются без психологической поддержки. Окружающие их люди стараются избегать разговоров на травмирующую тему, и тем самым оставляют ее в состоянии психологического одиночества. Ощущение общей неуверенности весьма часто приводит к тому, что родители ребенка не всегда откровенно обсуждают друг с другом собственные переживания по поводу случившегося.

В процессе психологического консультирования у более чем 70% женщин, воспитывающих детей с различными отклонениями в развитии,

отмечается чрезвычайно амбивалентное отношение к собственному ребенку. Прежде всего это проявляется в чувстве постоянной немотивированной тревоги за ребенка, неизменно присутствует ощущение какой-то опасности, того, что что-то неприятное должно произойти. Матери отмечали, что до рождения ребенка не были ни тревожными, ни мнительными. Тревога начинала проявляться в конце первого года после рождения ребенка. Многие констатировали у себя в первое время после рождения ребенка острое чувство собственной незащищенности и слабости. Оно переживалось так же, как и неспособность защитить собственного ребенка. Возникает чувство, что и он, ребенок, тоже беззащитен и его легко потерять, ибо с ним в любую минуту может произойти что-то непоправимое. Возникало состояние тревожного ожидания. Чувство собственной слабости и невозможности защитить своего ребенка лишний раз усиливало чувство вины матери перед ним.

Противоречивость отношения к собственному ребенку проявлялось в том, что он одновременно рассматривался и как объект особой любви, и как источник собственных душевных страданий. Именно последнее, по оценке большинства матерей, являлось причиной частых приступов раздражения по отношению к ребенку.

Иррациональный страх за ребенка дополнялся таким же иррациональным чувством вины перед ним. Многолетний опыт работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, показывает, что именно на ранних стадиях закладываются и фиксируются неадекватные стили отношения к больному ребенку, в неменьшей степени осложняющее процесс его психического развития, чем само заболевание.

Литература

1. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. - СПб., 2003.
2. Мастюкова Е.М. Московкина А.Г. Семенное воспитание детей с отклонениями в развитии. - М., 2004.
3. Ткачева В.В. Гармония семейных отношений. - М., 2000.

4. Усанова О.Н. Специальная психология. - СПб., 2006.
5. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. - СПб., 2002.

Эффективность нейропсихологической коррекции девиантного поведения детей с задержкой психического развития

Султанова А. С.

Институт психолого-педагогических проблем детства РАО, Москва

Задержка психического развития (ЗПР) является одним из самых часто встречающихся вариантов психического дизонтогенеза. Данные различных авторов показывают, что для детей с ЗПР характерно не только отставание в темпах развития, но и целый спектр поведенческих нарушений. Согласно нашим наблюдениям, зачастую именно нарушения поведения являются причиной обращения родителей этих детей за помощью к специалистам. Часто родители недооценивают глубины отставания ребенка в психическом развитии (считают, что «еще маленький», «перерастет», приводят аргументы «другие еще позже начали говорить, и ничего» и т.п.), однако смириться с нарушениями поведения оказывается для родителей и других членов семьи очень сложно.

В представляемом исследовании приняли участие дети с ЗПР церебрально-органического генеза двух возрастных групп: 5-7 лет (дошкольники, 20 чел.) и 8-10 лет (младшие школьники, 26 чел.). Поскольку данная форма ЗПР обусловлена перинатальным поражением ЦНС, с этими детьми целесообразно проведение нейропсихологической коррекции. Однако нейропсихологическая коррекция направлена, в основном, на улучшение продуктивности психических процессов – внимания, памяти, речи, мышления и пр. Может ли ее проведение повлиять на поведение ребенка, нивелировать поведенческие нарушения? Чтобы ответить на данный вопрос, мы проанализировали результаты нейропсихологической коррекции, проводимой в течение учебного года с детьми, имеющими ЗПР.

Исследование состояло из следующих этапов: 1) Нейропсихологическая диагностика и опрос взрослых членов семьи, воспитателей детского сада и учителей о особенностях поведения ребенка. При этом отмечались не только эти особенности, но и их выраженность (по 10-балльной шкале), что дало возможность провести количественную обработку данных. 2) Нейропсихологическая коррекция. При работе с детьми применялись как стандартные приемы нейропсихологической коррекции, так и авторская методика сенсомоторной коррекции (сенсомоторной интеграции). Коррекция осуществлялась в течение учебного года, как в групповой, так и в индивидуальной форме. 3) Повторная диагностика, оценка эффективности коррекционного воздействия. При этом сравнивались изменения показателей как детей, прошедших коррекционный курс, так и детей (из тех же групп детского сада или классов), не участвовавших в коррекции (контрольная группа).

Предварительный опрос членов семьи и воспитателей дошкольных образовательных учреждений показал, что основными формами отклоняющегося поведения у детей с ЗПР 5-7 лет являются агрессия и негативизм: наиболее часто агрессия по отношению к сверстникам сочетается с негативизмом по отношению к взрослым членам семьи и воспитателям. Дети нарушают дисциплину, не уступают сверстникам в играх, склонны ссориться, легко вступают в драку. Довольно часто наблюдаются аффективные взрывы с агрессией, с реакциями протеста по отношению к взрослым, особенно при попытках регламентировать деятельность ребенка, принудить его к выполнению заданий или соблюдению каких-либо правил. У этих детей снижено «чувство дистанции», практически не сформирована способность к эмпатии, эмоциональному сочувствию. Помимо устойчивых трудностей общения и взаимодействия со сверстниками и со взрослыми, для детей с ЗПР характерны различные навязчивости, тенденция к гипер- или гипоактивности, к полевому поведению; в целом, у них существенно снижен произвольный контроль

своего поведения. У детей с ЗПР 8-10 лет на первый план выходят школьные трудности, неумение усвоить правила поведения в школе. Характерно нарастание жалоб на поведение ребенка со стороны членов семьи – даже тех, кто ранее отрицал наличие отклонений (особенно это свойственно отцам и бабушкам), более серьезное и критичное отношение к характерологическим особенностям ребенка. Наиболее часто у этих детей фиксируются такие особенности поведения, как: нарушение правил поведения во время урока, употребление ненормативной лексики, агрессия по отношению к одноклассникам, расстройства привычек и влечений (наиболее часто – зависимость от компьютерных и прочих игр, которую некоторые родители склонны поощрять, т.к. эти игры – единственное, что хорошо получается у ребенка); у детей 9-10 лет к этому добавляются лживость, воровство, пропуски уроков в школе. Девиантное поведение ребенка этой возрастной группы уже становится очевидной проблемой и не только приводит к школьной дезадаптации, но часто является причиной семейных споров, взаимных упреков и обвинений членов семьи, т.е. нарушения внутрисемейных отношений.

Повторный опрос членов семьи, воспитателей и учителей, а также данные наблюдения за детьми показали, что после нейропсихологической коррекции нарушения поведения у детей с ЗПР существенно снизились, особенно в группе детей 5-7 лет. Все родители отметили снижение агрессивных проявлений и упрямства, капризов, улучшение способности взаимодействовать со сверстниками и взрослыми; в 70% случаев – существенное снижение навязчивостей, гиперактивности и полевого поведения. Интересно, что в процессе коррекции наблюдалась динамика характера жалоб на поведение ребенка со стороны родителей и других взрослых. Например, в начале коррекционного процесса поступали жалобы на то, что ребенок на уроках не сидит на месте, мешает другим детям, «срывая шторы и сметая парты» бегаем по классу, дерется, употребляет ненормативную лексику и пр.; через несколько месяцев стали поступать

жалобы (и замечания в дневнике) лишь на то, что ребенок «не принимает участия в уроке», «невнимателен на уроках»; ближе к концу учебного года – только «неактивен на уроках». У большинства детей, не посещающих коррекцию, положительной динамики не отмечалось; в 45% случаев наблюдалась отрицательная динамика (так, некоторые дети были исключены из детского сада за агрессивное поведение из-за жалоб родителей других детей в группе); 30% детей получили те же оценки своего поведения, что и в начале учебного года, и лишь в 25% случаев можно говорить о положительной динамике, о снижении нарушений поведения. Однако анализ выраженности нарушений поведения показал, что имеются статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) между показателями динамики основной и контрольной групп. В среднем, разница между начальной и итоговой оценками выраженности нарушения поведения в основной группе (проходившей коррекцию) составила 8,7 баллов; в контрольной – 2,2 балла.

С нашей точки зрения, значительный положительный эффект нейропсихологической коррекции отклоняющегося поведения детей с ЗПР связан с тем, что происходит воздействие на ряд факторов, во многом определяющих развитие негативных форм поведения у этих детей. Так, снижаются утомляемость, истощаемость психических процессов, инертность и др. нейродинамические нарушения, улучшается внимание, память, мышление, моторика, что позволяет ребенку в большей степени соответствовать требованиям со стороны социума, дает возможность адекватно реагировать на происходящее, в результате чего исчезают проявления негативизма и агрессии, снижаются навязчивости. Повышается произвольный контроль поведения, достигается прогресс в развитии речевых процессов, что улучшает взаимодействие ребенка со сверстниками и со взрослыми людьми.

Необходимо отметить, что наибольший позитивный эффект был достигнут в группе, в которой нейропсихолог по мере роста возможностей ребенка включал элементы тренинга общения, некоторые методы

когнитивно-бихевиоральной терапии, а также довольно часто проводил беседы с родителями. В группе, где нейропсихолог работал как «тренер», эффективность коррекции с точки зрения снижения поведенческих нарушений была существенно ниже. Таким образом, нейропсихологическая коррекция является эффективным методом преодоления нарушений поведения у детей с ЗПР, однако оптимальные результаты достигаются при ее сочетании с методами психологической коррекции, психологического консультирования детей и их семей.

**Организация летнего отдыха для детей-инвалидов с
психоневрологическими заболеваниями в целях психологической
коррекции их поведения**

Н.А. Улькина,

Центр «Детская личность», Москва

тел.:89161949319

Организация отдыха для детей, страдающих психическими заболеваниями, является важным компонентом работы специалистов, занимающихся психолого-медико-педагогической коррекцией. Для правильного взаимодействия специалистов не только с самими детьми, но и с их семьями, организация летнего лагеря представляется весьма полезной. Часто ребенок с ОВЗ, обучающийся в школе или посещающий занятия в Центрах психологической реабилитации и коррекции, летом оказывается в изоляции, так как семья не может предоставить ему необходимого для развития общения, а также игр и занятий. Члены таких семей, и особенно матери, часто и сами нуждаются в отдыхе после непростого учебного года. Кроме того, в семьях с больным ребенком могут быть еще и другие дети, которые также нуждаются в материнской заботе. Осенью, после неправильно организованного отдыха педагоги и психологи часто с грустью констатируют

ухудшение в психическом состоянии детей с ОВЗ: они хуже контактируют с педагогами и сверстниками, теряют сформированные ранее навыки.

Целесообразность создания детских лагерей, специализирующихся на организации отдыха для детей с психическими заболеваниями, давно доказана специалистами Соединенных Штатов Америки. Уже в 1970 –м году там были созданы детские лагеря для детей с ДЦП и детей с онкологическими заболеваниями. По данным Университета Джорджа Вашингтона и Центра неврологии и поведенческой медицины в 2006 году в США существовало уже 138 лагерей для детей, больных астмой, 91 лагерь для детей с мышечной дистрофией, 25 лагерей для детей с эпилепсией, 3 лагеря для детей с синдромом Туретта и т.д. По данным тех же источников некоторые из этих детей способны пребывать в обычных лагерях, однако родители больных детей предпочитают помещать их для отдыха в специализированные детские лагеря.

На базе ГОУ ЦППРК «Детская личность» (г. Москва), начиная с 1993 г., разрабатываются и апробируются две коррекционные модели организации летних выездных лагерей для детей и подростков с психоневрологическими заболеваниями.

Первая модель представляет собой интеграцию детей-инвалидов с различной психоневрологической патологией в специально организованную среду, которая сконструирована группой профильных специалистов: врачами, психологами, дефектологами и т.д.

Во второй модели дети и подростки с психоневрологическими заболеваниями интегрируются в Детский летний лагерь, созданный по типовым стандартам.

Подробный анализ пребывания детей и подростков в летних лагерях, организованного по двум предложенным моделям дало нам возможность оценить эффективность психологической и психолого-медико-педагогической коррекции поведения детей с ОВЗ, и их развития в целом.

Летний лагерь первой модели был организован нами в Подмосковье. Основной особенностью этого лагеря стала работа коллектива специалистов, которые могли обеспечить необходимое лечение и коррекцию развития, находившихся в лагере детей и подростков с ОВЗ. Основной трудностью функционирования лагеря является проблемное поведение многих детей и подростков с ОВЗ. В связи с этим важное место в правильной организации коррекционной работы занимало комплектование групп, которые должны были быть заранее хорошо диагностированы. Комплектование групп осуществлялось в ПМПК и включало в себя комплексную оценку состояния ребенка или подростка. Мы сформировали четыре возрастные группы: дошкольная группа, дети начального школьного возраста, среднего школьного возраста и подростки.

Дети и подростки, находящиеся в лагере первого типа, имели различные психоневрологические заболевания: ДЦП; ДЦП, отягощенный эпилепсией; умственная отсталость вследствие органического поражения ЦНС; эпилепсия; аутизм (в т.ч. процессуального генеза); синдром Дауна и другие генетические синдромы с умственной отсталостью; а также дети, страдающие логоневрозом, дети с нарушением зрения и здоровые дети некоторых сотрудников, которые отважились на такой эксперимент. Дети и подростки с тяжелыми формами ДЦП были выделены в отдельную группу, так как уход за ними и занятия требовали большее количество персонала.

При комплектации групп важным фактором их адекватного функционирования было соблюдение возможного процента детей с грубыми нарушениями поведения по отношению к детям с адекватным поведением. Если пропорция нарушалась, группа не могла эффективно общаться и коррекционная работа становилась неэффективной. Также мы учитывали возможный процент детей в группе, у которых мог возникнуть эпилептический приступ.

Опыт функционирования лагеря показал, что для проведения эффективной коррекционной работы, дети с тяжелыми нарушениями

поведения и эпилептическими приступами должны составлять не более 16% от всей численности группы. Остальные 84% должны составлять дети без ярко выраженных нарушений поведения и частых эпилептических приступов. Таким образом, каждая возрастная группа включала в себя как детей с тяжелыми нарушениями поведения, так и детей с логоневрозом, с легкими формами ДЦП, детей с нарушением зрения и здоровых детей сотрудников.

Для проведения коррекционных занятий и игр использовался кабинет ЛФК, «Музыкальная комната», специально оборудованные кабинеты педагогов дополнительного образования, хорошо оснащенные кабинеты психологов, дефектологов и логопедов, а также спортивные площадки, применимы и для работы с детьми с ДЦП. Коррекционная работа строилась с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. Так, проводились концерты и ставились детские спектакли, в которых каждому ребенку находилась посильная роль. Организовывались игры, в которых под руководством психолога, участвовали от двух до 10 детей. Для наиболее сложных детей режим дня составлялся индивидуально с учетом потребностей, как конкретного ребенка, так и основной массы детей в группе. Проводились спортивные игры и соревнования, в которых все дети успевали побывать победителями.

Вторая модель лагеря, разработанная в нашем Центре, была рассчитана на детей с пограничными психическими заболеваниями, легкой и умеренной степенями умственной отсталости, которые не имели грубых нарушений поведения. Целью коррекционной работы была интеграция разновозрастной группы детей и подростков с нарушением психического здоровья в детский лагерь общего типа, расположенного на берегу Черного моря. Все дети были диагностированы на ПМПК.

В этом случае дети с ОВЗ располагались в отдельном корпусе, где проживали со своими педагогами-дефектологами и психологами. Внутри разновозрастной группы были сформированы подгруппы по возрастному

критерию, которые имели своих кураторов. Таким образом, дети с ОВЗ имели возможность получать необходимые занятия и участвовать в играх, как с детьми своего возраста, так и в разновозрастной группе. По мере своих возможностей дети и подростки с ОВЗ принимали участие во многих общих лагерных мероприятиях при активном участии своих кураторов.

Таким образом, обе разработанные нами модели организации коррекционного детского отдыха для детей с ОВЗ, доказали свою эффективность.

Интеграция детей с ОВЗ в детский лагерь общего типа возможна только для детей, не имеющих грубых нарушений поведения. Кроме этого, необходимым условием эффективной коррекционной работы является сопровождение этих детей соответствующими специалистами, способными управлять процессом интеграции и одновременно осуществлять индивидуальную коррекционно-развивающую работу.

Для детей, имеющих выраженные нарушения поведения, достаточно эффективной является первая модель организации летнего отдыха, позволяющая формировать навыки общения с другими детьми и более адекватное поведение в группе.

Апробирование программы по формированию произвольной регуляции деятельности у детей 4-6-ти лет с задержкой психического развития

Фатхатдинова Е.В., ЦППРиК «Гармония»,

Баз Л.Л., НЦПЗ РАМН, Москва

Нами была разработана коррекционная программа для развития произвольной регуляции деятельности детей дошкольного возраста и проведено пилотажное исследование с целью оценки ее эффективности. Исследование проведено на базе Центра Психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Гармония» в подразделении «Лекотека».

Целью эмпирического исследования является изучение эффективности предложенной психокоррекционной программы.

Задачи исследования: 1. Выявить особенностей произвольной регуляции деятельности у детей с ЗПР до проведения и после проведения коррекционной программы.

Гипотеза: Предложенная программа является эффективной для ЗПР.

Методики: «Домик» (Н.И. Гуткина) - на выявление сформированности произвольного внимания. «Графический диктант» (Д.Б. Эльконин) - на определение способности следовать указаниям взрослого и работать самостоятельно. «Методика - Пьерона — Рузера» - на определение уровня сформированности саморегуляции в интеллектуальной деятельности.

Испытуемые: Две группы детей, страдающих задержкой психического развития (ЗПР) в возрасте от 4 - 6 лет: 6 детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (F90) и 6 детей с ранним детским аутизмом (F84). Дети были обследованы психологом, невропатологом, и психиатром.

Программа состоит из четырех усложняющихся этапов. Каждый этап - из серий усложняющихся заданий. Все задания построены по принципу образности и имеют возрастную соотнесенность. Каждый из этапов состоит из основной части и из контрольных заданий, проверяющих сформированность произвольных навыков. Длительность каждого этапа зависит от индивидуальных темпов усвоения программы ребенком. Приблизительное время индивидуальной работы - 20-25 мин, групповой - 30-40 мин. Программа рассчитана на 6 мес.

Этап 1. *Подэтап 1А.* Задача: формирование произвольной двигательной регуляции на уровнях целостного тела. Наиболее важным является фиксация внимания на мышечных ощущениях полного расслабления или напряжения. Работа проходит в положении “лежа на спине”. Пример: упражнение “Бережок”. Детям предлагается представить, что они находятся на берегу на солнышке. При этом все мышцы лица, шеи,

тела максимально расслабляются. По команде ведущего: “Подул сильный ветер, стало холодно!” - дети должны максимально напрячь все мышцы (лица, шеи, всего тела) одновременно. Длительность напряжения 5 – 7 сек. После этого дети вновь расслабляются. Комментарий ведущего: “Ветер стих, снова тепло, тихо, приятно”. *Подэтан 2А*. Задача: формирование произвольной двигательной регуляции частей тела. Напряжение, а затем полное расслабление отдельных частей тела в четкой последовательности: начиная от лица к плечам; от головы к рукам; от рук к туловищу и ногам; затем к группам мышц рук и ног (от мышц плеча к мышцам предплечья); к группам мышц кистей рук и стоп. Проводится в форме игровых заданий, дети лежат или сидят на ковре. Пример: “Ветер в лицо”. По команде взрослого: “Ветер в лицо!”, дети должны сильно напрячь все мышцы лица на 5-7 сек. При этом плечи, руки, остальные части тела и желательна диафрагмальная область должны оставаться расслабленными. По команде ведущего: “Ветер стих!”, - дети расслабляют лицо.

Этап 2. Задача этапа: произвольное удержание двигательной программы. Проводится в положении «лежа на спине», «сидя» и «стоя». Важно учитывать последовательность подачи ребенку заданий с целью переноса контроля за выполнением извне непосредственно на контроль за собственными действиями самим ребенком. *Подэтан 2А*. Выполнение серий произвольных движений должно происходить первоначально одновременно по показу и развернутой речевой инструкции с пошаговым контролем специалиста. Пример: “Зарядка Буратино”. Под счет взрослого ребенок поднимает одну или обе руки вверх, затем сгибает в локтях по прямой линии к ушам, вновь распрямляет руки в локтях, затем возвращает руки в исходное положение. Задания выполняются каждой рукой (ногой) в отдельности или одноименной рукой и ногой одновременно, либо обеими конечностями одновременно. На этом этапе контроль за правильностью выполнения тех или иных движений распределен между специалистом и ребенком. Далее задания выполняются только по речевой инструкции. Аналогично

производится работа с нижними конечностями. В конце подэтапа ребенок должен правильно выполнять задания только по их названию, с собственным (или попарным) контролем. *Подэтап 2Б.* Задача: формирование произвольной регуляции силы мышечного напряжения и направление приложения силы. Задания выполняются в различных положениях. Пример: “Умный мячик”. Ребенок обеими руками или каждой рукой отдельно должен толкнуть мяч на определенное расстояние. Эту игру проводят в парах. Аналогично отрабатывается “точность” силы в упражнениях с ногами лежа или сидя на стуле. На этом подэтапе также предусмотрены последовательные движения как изолированными конечностями, так и всем телом, не включающие сложные реципрокные (билатеральные) взаимодействия конечностей. *Подэтап 2В.* Упражнения этого этапа базируются на ранее освоенных умениях и дополняются выполнением поочередных движений руками и ногами в рамках игровых двигательных заданий. Работа ведется вначале в проксимальных частях конечностей, с постепенным усложнением и включением все более дистальных частей конечностей. Пример заданий: “Рубим от плеча”. (Задействуется работа обеих рук по очереди). Следует обратить внимание на последовательность подачи ребенку заданий с целью переноса контроля за выполнением извне (контроль со стороны взрослого) непосредственно на контроль за собственными действиями самим ребенком. Задания также выполняются и в позе на четвереньках.

Этап 3. Наибольшее внимание уделяется возможности произвольной регуляции собственно высших психических функций ребенка. Задача: формирование регуляторных механизмов деятельности в целом, включая регуляцию собственной речевой активности, произвольного внимания, запоминания, элементарных эмоциональных реакций. Пример: игра “Расскажи стихи руками”. Дети лежат на животе или сидят лицом друг к другу в кругу. Ладони рук свободно касаются пола. Все вместе вспоминают знакомое стихотворение (например, “Мойдодыр”). Дети хлопают по полу (обеими ладонями или реципрокно в зависимости от этапа, на котором

проводится занятие) ладонями рук. Чтение стихотворения производится либо поочередно (по кругу) подряд, либо поочередно через одного человека. Возможно обратное проведение игры, когда стихотворение читают все вместе, а “отхлопывание” ритма производится по очереди, или через одного, или по какому-либо другому правилу. Усложненное задание - сочетание обоих вариантов заданий. Аналогично проводится работа с ногами, и другими частями тела. Уместно использование различных вариантов “вербальных” игр, наряду с групповыми двигательными, когда ребенку приходится “ждать своей очереди”, то есть организуя произвольно не только моторную, но и речевую, эмоциональную активность. Пример: Игра “Дама купила комод, на комоду сто рублей, что хотите, то купите, черного и белого не берите, головою не мотать, “да” и “нет” не говорить, что изволите купить?!”.

Этап 4. Задача: совершенствование собственной эмоциональной регуляции. Задания этапа представляют систему постепенно усложняющихся игр по правилам, в том числе и заданий, имеющих своей целью формирование и совершенствование коммуникативных навыков, реализуя формирование собственной эмоциональной регуляции деятельности. Завершающей частью программы является постепенный переход к когнитивным играм с удержанием правил и возможностью контроля не только за собственной частью игры, но и за выполнением правил игры партнерами. Пример: различные настольные и “азартные” игры - “Домино”, “Шашки” (поддавки), простые игры в карты, а также двигательные игры, такие как “Вышибалы”, “Казачьи разбойники”, и т.д. Необходимо частое варьирование правил игр. Также возможно проигрывание маленьких драматических сюжетов с четким распределением ролей, а затем их сменой. На этом этапе целесообразно использовать отдельные задания и упражнения, предложенные М.И. Чистяковой (1995).

В случаях грубой несформированности произвольной регуляции поведения программа может быть использована в индивидуальной форме

при желательном подключении ребенка к работе в малой группе на этапах 3-4.

Общая структура занятий. Каждое занятие тактически разбивается на различные этапы: 1. Разминка, в ходе которой можно оценить степень закрепления уже отработанных заданий; 2. Овладение новым “материалом”; 3. Игровой этап, в ходе которого происходит формирование произвольности, как на двигательном уровне, так и произвольности внимания, памяти и т.п. (в ходе удержания заданных игровых правил), с учетом, как ведущего типа мотивации каждого ребенка, так и специфики межличностных коммуникаций в целом; 4. Завершающий, чаще всего релаксационный этап, с использованием уже имеющихся, или формирующихся умений расслабления.

Результаты: Проведено сравнение результатов полученных до и после проведения коррекционной программы по трем методикам в двух группах с использованием критерия Стьюдента. Установлено, что после проведения коррекции у детей с диагнозом ранний детский аутизм достоверных различий не выявлено, тогда как дети с диагнозом органическое поражение головного мозга с синдромом гиперактивности статистически значимо улучшили результаты по всем трем методикам. Методика «Домик»- $t = 1.22$, $\alpha \leq 0,05$, $n' = 10$; методика «Графический диктант»- $t = 1.35$, $\alpha \leq 0,05$; $n' = 10$; методика «Пьерона-Рузена» - $t = 1.02$, при $\alpha \leq 0,05$, $n' = 10$.

Выводы: Предложенная коррекционная программа показала свою эффективность при использовании у детей с диагнозом органическое поражение головного мозга с синдромом гиперактивности (F90).

Развитие представлений о себе у глухих детей с эмоционально-поведенческими нарушениями

Хохлова А.Ю., Казакова А.Д., СШИ №65, МГППУ

ehalina2@yahoo.com

Самосознание — стержневое понятие в области изучения личности. В формировании личности ведущую роль играет общение с другими людьми. Но осознание себя как отдельной личности, с собственной историей и образом жизни, интересами и предпочтениями, также оказывает значимое влияние на эффективность общения с другими людьми, формирование адекватного отношения к окружающим.

Субъективно личность для человека выступает как его Я, система представлений о себе, которая обеспечивает целостность и постоянство его самосознания. В структуру образа себя входят:

- реальное Я — представление о себе в настоящем времени. Частью его является физическое Я – представление о собственном теле;
- динамическое Я — представление о себе в прошлом и будущем;
- социальное Я — соотнесение с социальными группами, в которые человек включен;
- зеркальное Я — образ себя глазами других;
- идеальное Я — каким хорошо было бы стать;
- экзистенциальное Я — представление о себе в контексте жизни и смерти.

Дети с нарушениями слуха, как правило, воспитываются в условиях недостатка информации и дефицита общения, что влияет на временной аспект формирования самосознания (практически всех его компонентов). Тем не менее, в последние десятилетия в психологии глухих проводится все больше исследований личностного развития детей, формируются коррекционные подходы.

В нашем исследовании предпринята попытка сформировать подход к изучению самосознания у детей со сложной структурой дефекта, то есть у тех, кто помимо глухоты имеет другие первичные нарушения развития. Глухие, имеющие дополнительные нарушения развития, - это большая и очень разнородная группа. Разнообразие заключается как в степени выраженности «дополнительных» нарушений, так и в вариантах их

сочетания. Поэтому очень сложно набрать однородную выборку для исследования и сделать обобщенные выводы.

Главной же целью исследования стало создание небольшой коррекционной программы, направленной на расширение представлений о себе. В основе программы – групповые методы работы, так как в группе ребенок может обратить внимание не только на свои особенности, но и на особенности других детей, осознать общее (например, все дети делятся на мальчиков и девочек, у всех есть семья и др.) и индивидуальное (внешность, состав семьи, любимые занятия).

Работа проводилась с четырьмя подростками, имеющими нарушение слуха и эмоционально-поведенческие нарушения (3 мальчика и 1 девочка). Возраст детей 15-17 лет. Уровень интеллектуального развития от возрастной нормы до легкой умственной отсталости. Один ребенок имеет выраженное нарушение зрения, двое – аутистические черты в поведении, один – расстройство личности, обусловленное невыясненными причинами.

Тем не менее исследование представлений о себе у этих детей, наряду с индивидуальными особенностями самосознания, показало и некоторые общие проблемы, на решение которых может быть направлена групповая коррекционная работа.

Для изучения представлений о себе у детей применялись следующие методики:

1. Автопортрет. Ребенку предлагается нарисовать себя, что позволяет получить косвенные данные о том, как ребенок представляет характеристики своего физического образа. Выполняя это задание трое детей изобразили себя реалистично, двое из них даже достаточно детально. Один рисунок был схематичным, так как ребенок ввиду особенностей своего психического состояния вообще «не любит» изображения людей.
2. Рисунок семьи. Позволяет оценить представления ребенка о границах и составе своей семьи. На материале рисунка также можно провести короткую беседу, чтобы прояснить знания о членах семьи – имена, возраст. Все дети

правильно изобразили состав своей семьи, назвали имена членов семьи. Двое не смогли назвать возраст членов семьи.

3. Половозрастная идентификация Н. Л. Белопольской и в модификации, описанной Ю. З. Замалетдиновой. Методика позволяет оценить представления ребенка о жизненном пути человека, а также о начале и конце жизни. Дети правильно оценивают свою половую принадлежность и адекватно относят себя к возрастной группе школьников или юношей. В целом правильно выкладывают возрастную ряд и определяют возраст своих родителей. Но, в трех случаях отмечено отрицание образа старости. В рисуночном варианте в двух случаях возрастные изменения приводятся к увеличению роста, в одном случае изменения не прослеживаются, и лишь в одном рисунке изображены атрибуты возрастных изменений, кроме старости.

4. Анкета «Я люблю/Я не люблю». Формализованная беседа с ребенком, позволяющая выявить его представление о собственных интересах и предпочтениях (ребенку предлагается на двух половинах листа бумаги написать или нарисовать, что он любит или не любит делать). В результате только один ребенок (А.Г., 17 лет) смог подробно ответить на вопросы анкеты. Содержание других ответов сводилось к перечислению стереотипных интересов и объектов неприязни мальчика. Остальные дети сформулировали по 1-2 ответа на вопрос, что они любят, и затруднились назвать нелюбимые занятия.

Таким образом, по результатам обследования можно выделить ряд общих и индивидуальных особенностей представлений у детей о своем физическом, социальном, динамическом образе, а также образе себя как субъекта собственных интересов и предпочтений.

С целью несколько расширить эти представления, а также обратить внимание детей на свои индивидуальные особенности в сравнении с другими детьми, предлагаем небольшую коррекционную программу, направленную на работу только с когнитивным компонентом образа Я.

Коррекционные задания, составляющие содержание программы, формировались таким образом, чтобы упростить ребенку понимание условий, а также закреплять знания о себе и членах группы.

Целью занятий 1,2 и 3 стало расширение представлений о своем физическом облике.

1. Рисунок себя на зеркале. Перед ребёнком ставится зеркало, психолог предлагает ему обвести маркером на зеркале своё отражение.

2. Рисунок друг друга через прозрачное стекло. Между двумя детьми ставится стеклянный экран. Каждому ребёнку по очереди предлагается обвести портрет друга, сидящего за стеклом разноцветными маркерами. В процессе задания ведётся обсуждение: Какого цвета глаза? Какого цвета волосы?

3. Рисунок себя, рисунок друг друга на листе бумаги с обсуждением внешних характеристик.

4. Занятие направлено на формирование представления о собственных интересах и предпочтениях. Детям предлагается составить расписание дня, описать то, чем они занимаются каждый день. Нарезать карточки с названиями занятий. Далее детям выдается лист с двумя полями: «я люблю» и «я не люблю», соответствующие карточки кладутся на соответствующие поля.

Занятия 5 и 6 направлены на закрепление приобретенных знаний.

5. Детям предлагается заполнить анкету с вопросами о себе: характеристиках внешности, любимых и нелюбимых занятиях.

6. Дети заполняют анкету с вопросами о внешности одноклассников и об их любимых и нелюбимых занятиях.

Занятие 7 имеет целью закрепить представления детей о семье.

7. Дети рисуют свою семью, рассказывают о составе семьи, называют членов семьи, их имена, возраст. Потом меняются рисунками и рассказывают о семье соседа.

Занятия 8 и 9 посвящены закреплению представлений о возрастных

этапах жизни человека.

8. Детям предлагаются их фото в разных возрастах. Дети должны узнать себя и друг друга, рассказать о соседе.

9. Демонстрация фото незнакомых людей в разных возрастах. Дети должны сопоставить своё фото с фотографиями незнакомых людей в соответствующем возрасте.

В процессе самой коррекционной работы с детьми отмечались довольно существенные изменения. Особенно это прослеживается на примере с ребенком А., который во время диагностики неохотно выполнял рисунки человека. Изображал себя и других схематично, стереотипно. При выполнении же рисунка на стекле и зеркале приступил к заданию с интересом. Рисунок выполнил подробно, реалистично. Более реалистичными и детальными стали рисунки и у остальных детей.

И в других заданиях материал предлагался очень конкретный (нарисовать то, что непосредственно находится перед глазами, определить свое отношение к повседневным вещам и т.д.). На конкретном материале удалось обратить внимание детей на те свои особенности, о которых они раньше не задумывались.

Таким образом, занятия по составленной нами коррекционной программе, направленной на расширение представлений о себе и других, показали весьма положительный эффект. Подростки, имеющие нарушения слуха и эмоционально-поведенческие нарушения, выполняли рисунки себя и других более адекватно, подробно прописывая детали.

Нейропсихологический подход к коррекционно-развивающему обучению детей, перенесших черепно-мозговую травму

Цветков А.В.

МПСИ, Москва

ats1981@gmail.com

Работ по реабилитации детей с локальной мозговой патологией крайне мало, что обуславливает актуальность исследования. Нами было проведено нейропсихологическое (по методике Л.С. Цветковой) обследование 4 детей, перенесших черепно-мозговую травму (ЧМТ), у одного из них прослежена динамика, так называемого спонтанного восстановления психических процессов, с другим - проведено направленное коррекционно-развивающее обучение.

У детей, перенесших ЧМТ, выделились как симптомы регионарного характера, связанные с локализацией поражения, так и общие симптомы:

1. Симптом несформированности динамического праксиса и реципрокной координации;
2. Симптом несформированности речевой активности.

Эти симптомы характеризуют формирование фактора динамики психических и речевых процессов (в частности, недоразвитие речи идет по типу «динамической афазии») и межполушарного взаимодействия.

Приводим случай «спонтанного восстановления»: Мальчик в возрасте 3 лет, перенес перелом пирамиды височной кости с ушибом головного мозга справа; в правой височной области отмечается субдуральная гематома. Первое обследование (в возрасте 11 лет) и повторное (в возрасте 16 лет), дали следующие результаты - общий нейропсихологический статус (дисфункция подкорковых, задне-лобных отделов и зоны ТРО левого полушария) не претерпел существенных изменений, при отчетливой динамике нейропсихологического синдрома. Часть проб, которые были «сильным звеном», показали существенное ухудшение (зрительная память, праксис позы и конструктивный праксис), пробы на реципрокную координацию и развитие речи показали позитивную динамику. Следовательно спонтанная динамика не позволяет говорить о сколько-нибудь полной компенсации.

Поэтому рассмотрим случай направленного коррекционно-развивающего обучения (КРО). Мальчик 7 лет, в возрасте 1 года перенес

ЧМТ с последующим образованием кисты в затылочных отделах слева. Первое обследование показало: 1) несформированность двигательных процессов - динамического праксиса и реципрокной координации. Дефекты при выполнении праксиса позы и пространственного праксиса; 2) резкое снижение работоспособности и способности к произвольной регуляции собственной деятельности; 3) грубое недоразвитие устной экспрессивной речи; 4) грубое нарушение слухоречевой памяти; 5) снижение вербального мышления. Описанные симптомы могут указывать на: а) дисфункцию глубинных структур мозга и заинтересованность в патологии височно-теменно-затылочных зон (зона ТРО) коры левого полушария мозга.

Был проведен курс из 30 занятий КРО с применением методов, направленных на: а) развитие сенсорных синтезов, как основы речи; б) развитие моторных процессов и энергетического обеспечения деятельности; в) развитие памяти; г) развитие мышления ребенка.

Методы КРО: 1. «Узнай запах!» - ребенку предлагалось несколько стандартных флаконов с каплей ароматического масла внутри (яблоко, ваниль, апельсин, лимон, фиалка, ель), на каждый из которых наклеена цветная геометрическая фигура из текстурированного материала (например, ель – зеленый пластик в форме елочки). После того, как ребенок ознакомился с запахом, он смотрел и щупал фигурки на флаконе, а затем выбирал подходящий к запаху предмет (муляжи фруктов и т.д.). Следующее задание – дорисовать фигурку «как на флаконе», данную ребенку на листе бумаги простым карандашом до «настоящей елочки» цветными карандашами. Психолог также выполняет задание, обеспечивая элемент соревновательности, интерес ребенка, а также помощь ребенку в случае необходимости. После завершения рисунков психолог и ребенок сравнивают их. Задание ребенку (на первых этапах ему подсказывает психолог) – найти отличия в цвете, размере, форме. Последнее задание метода – вспомнить (через обращение к флаконам) тот запах флакона, который рисовали. Когда в течение нескольких занятий таким образом отработано 2-3 предмета, можно

переходить к другому методу – рисунку ситуации: где этот предмет встречается, что его окружает, что с ним может происходить. Описанный метод позволяет включить в совместную работу редко задействованный обонятельный, тактильный, так и основной для человека (но ослабленный в силу травмы у Вани М.) зрительный анализаторы. Кроме того, сравнение рисунков, и поэтапная работа от одного признака предмета до целостного образа развивает образ-представление, составляющий «чувственную базу» речи.

2. «Работа с ситуациями». Для этого метода требуются краткие (на 1-3 абзаца) повествовательные рассказы или стихи про предметы, с которыми велась работа по методу «Узнай запах». Психолог и ребенок берут свои рисунки с выбранным предметом, читают рассказ, придумывают «среду обитания» для предмета и ее рисуют. Потом они сравнивают свои рисунки, каждый по очереди называя отличия. На следующем занятии психолог предлагает представить, например, что «лес» – прямо у нас в комнате и нарисовать «карту леса»: где опушка, где берлога медведя, где растет «наша елочка». В качестве сопровождения – музыка «Звуки природы», соответствующая теме занятия. Чтобы ребенку было легче все это представить, в пространстве комнаты соответствующие объекты выставляются в виде стульев, игрушек и т.д. После того как карта (часто – с существенной помощью психолога) нарисована, ребенок и психолог совершают «путешествие по лесу», проговаривая, где они идут, с кем встречаются, что и кто им говорит и т.д. Данный метод вовлекает в работу и невербальный слух, и память (причем мультимодальную, – так как ребенок припоминает не только зрительный образ, но и запах обрабатываемого предмета, и его текстуру и т.д.), а также мышление при восприятии коротких рассказов, выделении их смысла и составлении карты.

3. «Невербальная сортировка». Ребенку предъявляются карточки (55 штук) формата 10*15, с репродукциями картин К. Моне, Пикассо, Х. Миро, фото цветов, фруктов, овощей. Инструкция: разложи их так, чтобы

подходили друг к другу. После сортировки, ребенка просят назвать каждую группу. Затем – подобрать подходящий группе запах. Последнее задание – выбрать из всей колоды «самую красивую» картинку и попробовать перерисовать ее (психолог также делает это, по окончании рисования ищем отличия между тремя картинками – образцом, психолога и ребенка). Эта методика развивает мышление ребенка, отталкиваясь от наиболее сохранных и сформированных у него правополушарных (невербальных) процессов, поскольку классификация картин чаще идет по признакам цвета, формы, соотношения «фигура и фон». Кроме того, снова привлекается принцип мультимодальных ассоциаций. Перерисовывание картинки «по образцу» помогает развивать произвольную регуляцию поведения.

4. «Моторные шахматы». На полу тесьмой выкладывается 9-12 клеток, затем психолог на шахматной доске показывает как ходят фигуры (ладья, слон, ферзь, конь). Инструкция: «Давай прыгать по клеткам! Ты ходишь как слон, а я как конь. А теперь – наоборот!». Задача ребенка – встретиться на «шахматной доске» и хлопнуть партнера по плечу (передать мячик), так отрабатываются пространственный гнозис и праксис (на уровне крупной моторики), умение планировать свою деятельность в пространстве.

5. «Ручеек». На полу комнаты на расстоянии 20-30 см положены две тесьмы, психолог и ребенок стоят по разные стороны «ручейка». Инструкция – по хлопку перепрыгивать на другую сторону, стараясь при этом «не намочить ног». Сначала хлопает психолог, затем – ребенок. Методика формирует динамику психических процессов, а также их энергетическое обеспечение.

После курса КРО с мальчиком проведено повторное обследование. Положительная динамика в развитии устной экспрессивной речи (расширился словарь, появилась вербальная процессуальность), увеличился объем слухоречевой памяти (в том числе за счет развития сферы образов-представлений). Однако дефекты работоспособности и поведения ребенка

остались почти на прежнем уровне. Дефекты моторных процессов претерпели малую позитивную динамику.

Коррекционно-развивающее обучение у детей с последствиями черепно-мозговой травмы в первую очередь, позволяет преодолеть нарушения высших процессов, в том числе – возникающие вторично (из-за недоразвития/повреждения более низкоорганизованных психических процессов, таких как блок регуляции тонуса по А.Р. Лурии).

Профессиональное самоопределение подростка с девиантным поведением.

Цубина Т.В.,

ЦППРиК «Солнечный луч», г. Москва

Вопрос профессионального самоопределения начинает осознаваться подростками уже в 13-15 лет. Согласно проведенным исследованиям лишь 10-15% обучающихся, имеют твердые профессиональные намерения. Примерно столько же вообще не задумываются о своих профессиональных планах. Около 70% не имеют четкой позиции, сомневаются в своем выборе; их одолевают противоречивые чувства: «Выбор сделать надо, но не знаю, что мне надо». Выбор будущей профессии – это первая серьезная жизненная проблема, с которой сталкиваются старшеклассники. И от того, как решит подросток эту проблему, зависит его благополучие и комфорт как в эмоциональном, так и в личностном планах. [2]

Почему же для сегодняшних молодых людей выбор профессии – это проблема? Причин несколько.

Во-первых, очень сильно расширился список профессий: исчезли многие «старые» (знакомые по рассказам родителей, бабушек и дедушек), появилось очень много «новых» (незнакомых старшему поколению, имеющих иностранное наименование и др.).

Во-вторых, сегодняшние подрастающие дети не имеют возможности ознакомиться, с особенностями профессиональной деятельности своих родителей, бабушек и дедушек по вполне понятным причинам: как правило, бизнес-процессы не терпят посторонних, большая часть работы происходит в мыслительном (ненаблюдаемом) плане. Поэтому очень трудно объяснить ребенку, что папа/мама думает, поэтому устал(а).

В-третьих, на сегодняшний день практически исчезли все кружки по интересам: радиотехнический, юных фотографов, журналистов, конструкторский и другие. Подросток не может попробовать себя во всех или нескольких сферах жизнедеятельности, поэтому у него просто нет знаний о том, что ему нравится делать, а что нет. Более или менее понятной остается только сфера деятельности родителей. А этого недостаточно, для того чтобы сделать осознанный выбор.

Необходимость социализации связана еще и с тем, что социальные качества не передаются по наследству. Они усваиваются, вырабатываются индивидом в ходе взаимодействия с внешним миром. Социализация требует деятельного участия самого индивида и предполагает наличие сферы деятельности. [1]

В этой связи весьма актуальна проблема адекватного профессионального самоопределения старшеклассников, склонных к девиантному поведению, их особенностей. В Концепции Модернизации Российского образования в приоритетных направлениях образовательной политики отмечено, что дети с проблемами асоциального характера должны быть обеспечены индивидуальным социально-педагогическим сопровождением. Недооценка важности воспитательной работы педагога с такими детьми приводит к тому, что дети утрачивают способность к общению, сопереживанию, сочувствию, у них обнаруживается агрессивность или, наоборот, чрезмерная замкнутость, что нарушает экологию детского сообщества. Преодоление социальной дезадаптации детей и подростков возможно только в условиях специально организованного учебно-

воспитательного комплекса мер. Такое категоричное суждение базируется на двух посылах. Во-первых, преодоление социальной дезадаптации детей возможно только в ходе оказания ребенку (его родителям или лицам, их заменяющим) социальной помощи, и такого рода помощь есть по своему существу специально организованная педагогическая деятельность. Во-вторых, опытом педагогики показано, что условия жизнедеятельности ребенка, способствующие его прогрессивному психическому развитию, могут быть специальным образом спроектированы с заранее заданными свойствами, могут быть созданы и создаются в результате целенаправленной педагогической деятельности. Являясь неотъемлемой частью личностного развития, профессиональное самоопределение происходит под воздействием ряда внутренних (личностных) и внешних (социальных) факторов. Поэтому у подростков, склонных к девиантному поведению, процесс профессионального самоопределения существенно затруднен в силу дисгармонии личностного развития и неблагоприятного влияния социальных факторов. Таким образом, данной категории молодых людей требуется профессиональная помощь при решении вопросов профессионального выбора. В противном случае процесс социализации подростка и его будущей интеграции в мир взрослых может пройти неудачно. А это приведет к нравственно-моральной, духовной деградации личности, которая будет представлять угрозу обществу. В течение нескольких лет в Специальной общеобразовательной школе № 1 для детей и подростков с девиантным поведением реализуется комплексная программа профессиональной ориентации учащихся «Я выбираю профессию», которая состоит из трех взаимодополняемых друг друга блоков:

- Первый блок: состоит из традиционных занятий, на которых учащиеся узнают об особенностях своего темперамента, способностях, проходят профориентационное тестирование, учатся практическим навыкам: самопрезентации, составлению резюме, элементам делового этикета.

- Второй блок: представляет собой работу «Виртуального музея профессий», в котором представлен широкий спектр разнообразных профессий, которые можно освоить в колледжах города Москвы, представлены требования предъявляемые к физическому здоровью, условия труда, сроки обучения, адреса местонахождения и другая полезная информация. Причем подросток является не только посетителем музея, но и непосредственным создателем - ибо одной из задач является расширение информационно-коммуникативной сферы учащегося.

- Третий блок: экскурсионный, в апреле, мае месяце, после проведения заключительного анкетирования формируются группы учащихся и совместно с педагогами выезжают в колледжи, где им окончательно помогают сориентироваться в выборе профессии, знакомят с учебным заведением или производственными цехами, помогают написать заявление, рассказывают о возможных льготах. Результатом такой целенаправленной работы стало то, что каждый выпускник школы сумел найти свое место в жизни, подобрать понравившуюся и подходящую ему профессию, и успешно продолжать дальнейшее обучение.

Успешность до профессионального и профессионального образования сегодняшних школьников определяет место России в современной и завтрашней цивилизации и культуре.

Литература

1. Самоукин, А.И. Выбор профессии – путь к успеху / А.И. Самоукин, Н.В. Самоукина - Дубна, 2000. – 268 с.
2. Собкин, В.С. Российский подросток 90-х: движение в зону риска. Аналитический доклад / В.С. Собкин - М.: ЮНЕСКО, 1998. – 214 с.

Психологическое сопровождение подростка с ограниченными возможностями здоровья на этапе перехода к юношескому возрасту

Шашкина О. В.

Каждый этап развития человека – это множество проблемных ситуаций, которые он должен разрешить, чтобы перейти на следующий этап развития.

Часто психологу приходится консультировать родителей, чьи дети переживают определенные сложности с проживанием возрастных кризисов. Поводы для обращения могут быть разными, но необходимо суметь выделить в проблеме тематику возрастного кризиса и применить соответствующее воздействие. Это важно, потому что родители не владеют информацией о специфике возрастных кризисов. В школьном возрасте принято выделять два кризиса: 6 - 7 лет и подростковый. Их содержание раскрывается во многих источниках. А вот этап перехода от подросткового возраста к юности не раскрыт. Родители чаще всего обращают внимание на отдельные внешние проявления. В качестве проблем они предъявляют частные факты, жалобы на изменения в поведении и связанные с этим неудобства и, как следствие, собственное нежелание принимать новые качества в характере ребенка. Психологу важно рассмотреть целостную картину внутреннего мира ребенка. У обычного подростка развитие идет согласно возрастным закономерностям и у родителей есть возможность подготовиться к кризису. У ребенка с проблемами в развитии, протекание кризиса заведомо отягощено. Специфика возрастного кризиса, в отличие от других (семейного, профессионального и др.), заключается в том, что изменение социальной ситуации связано с восприятием времени, то есть образом будущего и прошлого, а пуском является страх будущего, не всегда проявляемый внешне. Кризис важен для человека. Проживание кризиса предполагает переход личности на новую, более высокую ступень развития. В нашей практике отмечается ряд случаев «застревания» в кризисе (проживание кризиса долго и остро). Когда при переходе к юности подростки с психоневрологическими заболеваниями, осознав образ своего будущего

(непривлекательный для них, расходящийся с ожидаемым, отсутствием перспектив), впадали в депрессию. Отмечался регресс.

Каждый кризис можно условно разделить на 3 периода:

1. Разрушительный, когда старые модели уже сломаны, а другие еще не построены. Для каждого возраста можно выделить типичные нарушения поведения, которые у педагогов и родителей вызывают тревогу. Заметив изменения в поведении, на первый взгляд кажущиеся негативными, не следует торопиться их корректировать, а позволить какое – то время существовать или, при необходимости, придать им социально приемлемую форму. Задача психолога убеждать родителей и педагогов в том, что «и это хорошо». В этот период уделяется больше внимание работе с педагогами: «дать возможность разрушить».

2. Подготовительный, когда постепенно прокладывается путь к новому. Акцент в работе делается на родителей. Часто родителей убеждают смириться с временными неудобствами и дождаться позитивных изменений в поведении детей, как следствие завершения кризиса. При работе с родителями, имеющих подростков с особенностями в развитии, мы сталкиваемся с неготовностью принять ими такие перемены. На этом этапе актуализируются глубинные конфликты, проблемы, отсутствие представлений о будущем своего ребенка у самого родителя. Например, проблемы, связанные с половым созреванием (мастурбация и онанизм). Принятие сексуальности своего ребенка нередко вызывает брезгливость, отторжение у родителей. Многие родители переживают подобные чувства. Но обычные подростки контролируют эти проявления и родители знают, что этот этап пройдет. Встречаются и отклонения, но диапазон вариативности меньше. Родители юношей с психоневрологическими заболеваниями боятся, что это может приобрести патологическую форму, возможно, не уйдет никогда, так как у юношей с ОВЗ нет должного контроля. Ощущения преобладают над контролем, становятся ведущими мотивами поведения. Они не скрывают своих действий или скрывают формально (закрывшись одеялом,

под партой в классе). Очень важно вести просветительскую работу с учащимися индивидуально и осторожно. При необходимости, привлекаются медицинские работники. Родители (с подачи психолога) нередко обращаются к врачу (психиатру) с целью подбора медикаментозного лечения. Эта проблема наиболее остро проявляется в группах юношей и девушек с сохранным или сниженным интеллектом, но резко ограниченными физическими возможностями.

Работать с родителями надо очень осторожно, чтобы не инициировать чувство вины, за которым может последовать мощный агрессивный выпад в отношении того, кто заговорил (психолог) об этой проблеме.

Предполагаемые результаты работы с родителями: активизация, мотивирование, пересмотр и расстановка приоритетов, обсуждение конкретных шагов в организации помощи ребенку, анализ внутрисемейной ситуации, будущей картины жизни их семьи.

3. Созидательный, когда зарождаются первые позитивные модели поведения. На этом этапе юноши и девушки активно «включаются».

При работе с юношами и девушками, имеющих нарушения психофизического и интеллектуального развития, необходимо корректировать преобладание эгоистических тенденций, акцентировать позицию, что любовь надо не только принимать, но и отдавать. Родители склонны переоценивать беззащитность, хрупкость своих детей, что приводит к их инфантилизации. Старшеклассники, имеющие сложную структуру дефекта, рисуют образ своего будущего спутника (супруга) как человека более сохранного по своим возможностям: «чтобы он обо мне заботился». Наименьшее значение отводят личностным качествам. От психолога требуется переориентация родителей и, как следствие, их детей к созданию таких условий, в которых юноша самостоятельно сможет проявлять внимание к кому-либо.

Каждый кризис сопровождается возрастанием самостоятельности ребенка, берущим на себя ответственность за принятые решения. Мы

наблюдаем, как воспитанники Центра стремятся к самостоятельности, но не могут ее использовать. Одна из задач психолога – способствовать становлению зрелой самостоятельности, это возможно при равномерном «включении» как прав, так и обязанностей. Необходимо, чтобы родители использовали ситуацию. Игнорирование этапа перехода от подросткового возраста к юности, может стать причиной разного рода страданий в будущем: чувства одиночества, отчаяния от того, что поздно что-либо изменить.

Психологическое сопровождение – это целостное образование, включающее в себя систему профессиональной деятельности психолога, направленную на создание социально – психологических условий для успешного обучения, становления и развития личности обучающегося, на формирование психологической культуры субъектов данного психолога – педагогического процесса.

На основе анализа научной литературы мы составили модель индивидуального психологического сопровождения подростка с ОВЗ на этапе перехода к юношескому возрасту.

Субъект сопровождения: психолог, педагоги, администрация, родители, психиатр, невролог (все, кто сотрудничают с психологом).

Объект сопровождения: учащиеся, педагогический коллектив, родители учащихся.

Результативность сопровождения зависит от того, насколько участники процесса смогут выработать единый подход, единую тактику психологического сопровождения. В связи с этим педагоги, родители и администрация могут быть как объектом, так и субъектом сопровождения.

Предметом психологического сопровождения (ПС) выступает взаимодействие «субъект - объект», направленное на решение субъектом актуальных проблем личностного и социального становления.

Основное содержание сопровождаемой деятельности включает организацию взаимодействия и направлено на освоение объектами сопровождения новых моделей поведения, общения, деятельности.

Алгоритм ПС включает: осознание необходимости ПС, планирование ПС, создание условий для ПС, организацию, оценку промежуточных и итоговых результатов, анализ, коррекцию, моделирование ПС.

Технологии ПС:

- стратегия ПС: перспективы, замысел, план действий, планирование хода сопровождения;
- тактика ПС: система ПС, включающая компоненты;
- техника ПС: совокупность способов, методов, и форм использования психологического инструментария.

В основе ПС лежит принцип индивидуального подхода. Планируется под конкретного ребенка.

Если планируемые изменения оказываются слишком обширными и опережающими возможности старшеклассника, то он может оказаться или не готовым к их принятию, или же эффект воздействия окажется слишком кратковременным.

Этологически ориентированные подходы к профилактике нарушений поведения у воспитанников сиротских учреждений

Шевченко Ю.С.

Российская медицинская академия последипломного образования.

europsy@mail.ru

Фрустрация естественных детско-родительских взаимодействий, в норме базирующихся на врожденных поведенческих моделях (изначально имеющих защитный и/или адаптивный характер), требует от персонала детских учреждений специальных знаний и умений, позволяющих строить коммуникации с детьми не в противоречии, а в согласии с филогенетически-инстинктивными механизмами социализации ребенка. В первую очередь это касается детей раннего возраста, но остается весьма актуальным и на

последующих этапах онтогенеза [В.Р.Дольник, 2004; Д.Моррис, 2004]. В противном случае сиротское учреждение рискует уподобиться территориальному изоляту, в котором воспитатели - «миссионеры» тщетно пытаются найти общий язык с детьми - «туземцами» и обратить их в свою веру, искренне удивляясь «неблагодарному» и «неразумному» поведению последних. Основной же постулат этологии заключается в том, что нет абсолютно бессмысленного поведения, любое поведение изначально носит защитный и/или приспособительный характер.

Ниже приводятся некоторые психопрофилактические, коррекционно-педагогические и психотерапевтические приемы, отработанные нами в контексте онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [Ю.С.Шевченко, 1995-2007] и применимые в условиях дома ребенка, детских домах и иных лечебно-воспитательных учреждениях.

В доме ребенка следует обеспечить сохранение сформировавшихся эмоциональных связей в искусственной семье, базирующейся на произвольной, инстинктивной любви взрослых к детям и не только к своим. Этот инстинкт проявляется во время игры в куклы у девочек, которые, достигнув подросткового возраста, жаждут уже нянчить живых детей. Такие искусственные семьи существуют у всех приматов, когда воспитанием осиротевшего детеныша занимается вся стая, реализуя тем самым обобщенный инстинкт сохранения вида. В то же время, большими шансами выживания обладает детеныш, взятый под персональную опеку кем-то из старших, берущего на себя роль «родной тетки». В связи с этим необходимо отказаться от существующей психотравмирующей практики многократной смены воспитателей в связи с переходом ребенка из одной группы в другую. В качестве профилактики «детдомовской дедовщины», возникающей из инстинктивной детской иерархии, может быть предложен следующий прием. Самого незащищенного ребенка следует попробовать поместить в группу более старших детей, которые к нему будут относиться как к «игрушке», младшему сородичу и опекать. В группе сверстников субординация, как правило,

устанавливается на основании этологического принципа силового превосходства, визуальным признаком которого является превосходство в росте. В связи с этим самым маленьким следует надевать обувь на высокой платформе. Разделению сфер лидерства может способствовать моделирование успешности низкоранговых членов группы в той или иной сфере деятельности. В любой группе существуют «дети-психотерапевты», «детские мамы». Задача воспитателя – выявить такого альтруистичного ребенка и с его помощью повысить эффективность воздействия на всю группу. В противном случае они могут стать отрицательными лидерами, организаторами системы круговой поруки, конфронтации против взрослых, создателями детской субкультуры, подобно шаманам в архаических сообществах [В.П. Самохвалов, 1995]. И в детском учреждении и дома помимо миграционной территории у ребенка должна быть «своя территория», предполагающая наличие индивидуального пространства (включая личные вещи и возможность самостоятельно регулировать расстояние от других людей). Это оптимизирует социальные коммуникации человека, ориентированные, как и у остальных приматов, по принципу доминирования и иерархии. При отсутствии личной территории (где ребенок при желании свободно может побыть в одиночестве), либо при нежелательном вторжении взрослых и других детей у ребенка развивается явная или скрытая («психосоматическая») тревога, бессознательные территориальные претензии в виде разбрасывания вещей и игрушек, феромонной маркировки (в частности, в форме энкопреза и энуреза), шумовом и звуковом (в т.ч. в форме громкой речи или музыки) обозначении границ пространства, на которое претендует ребенок. К территориальному поведению примыкает бессознательное стремление метить пространство, оставляя зарубки, повреждения, царапины, пометки, знаки, рисунки, надписи маркирующие окружающий мир, «очеловечивающие» его, придающие разнообразие, организовывающие и упорядочивающие во временной, пространственной и событийной последовательности. В этом смысле рисование на партах, столах, стенах – естественное (инстинктивное) маркировочное поведение и это должно

учитываться персоналом, склонным запрещать «пачкать и разрисовывать» не предлагая альтернативы.

Не имея личных вещей, не обладая собственностью, ребенок ведет себя по принципу: «Все, что наше – то мое», становясь завистливым, вороватым и агрессивным. С точки зрения этологии детское воровство – проявление инстинкта собственности, а ложь – замещающее поведение (смещенная активность), сбивающее с толку тех, кто собирается наказать.

В то же время даже маленький ребенок нуждается не только в личных вещах, но и личных «ценностях», которые он может накапливать, реализуя древний инстинкт собирателя [В.Р. Дольник, 2004]. Воевать с этим инстинктом бессмысленно. Возможно, в детском учреждении полезно предусмотреть места для хранения детьми личных «ценностей» по аналогии с «личной ячейкой» в банке. Удовлетворение данной врожденной потребности служит основой принятия культурной традиции, запрещающей рыться в чужих вещах и читать чужие письма.

Стремление прятать пищу характерно для состояний депривации и эндогенной депрессии, при которой к вечеру повышается потребность в углеводах. Расторможение инстинктивных механизмов поведения в условиях воспитательного учреждения может проявиться в актуализации существующей у многих видов животных врожденной программы воровства. При этом она может срабатывать не только в трудных ситуациях выживания, но при полном благополучии в форме игры. По тому же принципу построены многие спортивные игры (футбол, рэгби, хоккей и проч.), основанные на азарте отнимания. В этом смысле становится понятным, легкое возникновение у асоциальных детей поведения, напоминающего взрослый рэкет. Социальной альтернативой воровства являются спортивные игры, построенные на принципе отнимания – футбол, хоккей, ручной мяч, водное поло и т.п.

Возрастное продвижение по иерархической лестнице, особенно в закрытых учреждениях, сопровождается: приобретением престижных символов; приобщением к недоступной ранее информации; доступом к

предметному или пищевому дефициту (играющих ту же этологическую роль, что у взрослых черная иномарки со спецномером, мигалкой и сиреной, «вертушка» для связи с Кремлем, vip-ложа в театре, обслуживание в спецполиклинике и отоваривание в спецраспределителе).

Обладатели символов ранга (у животных - размер и сексуальность, у людей - принятые в данной культуре признаки достатка и власти, у детей – физические или социальные знаки доминирования) составляют высший иерархический уровень любого коллектива – «патриции». Под ними располагается «средний класс» приближенных, которым разрешено прикосновение к обладателям символов и посвящение в высший класс (своеобразная инаугурация). Низшую ступень занимают «плебеи», не имеющие доступа к символам. Отказ от общешкольной формы ужесточил спонтанную иерархическую конкуренцию в детских классах за счет «парада мод», вернув ее к чисто животному уровню (по типу «чья шерсть пушистее» и «у кого рога ветвистее»).

Изменить иерархию можно, изменив качество или количество символов престижности, развенчав «патрициев», посвятив нижестоящих в более высокий ранг.

В то же время следует помнить, что каждый из рангов имеет как свои преимущества, так и недостатки. Создать «блеф» доминирования (с целью увеличения шанса победить в соперничестве и повысить свой иерархический ранг) или субмиссивности (с целью избежания конкурентной агрессивности, грозящей обидой и снижением ранга, поскольку инстинктивно конкурируют особи, стоящие рядом на иерархической лестнице, вожаком же становится на защиту слабейшего), можно целенаправленно, используя их этологические признаки в невербальном поведении. Опущенная голова (создающая для стоящего напротив впечатление более детского лица - «минус лицо») и плечи, съеживание, прятание рук, избегание взгляда, слабый голос, являясь признаками подчинения (субмиссии), побуждают взрослого к поведению опеки, подавляя воспитательную агрессию.

Поднятая голова создает впечатление преобладания лицевого черепа над мозговым, что характерно для более взрослой и высокоранговой особи.

У детей, занимающихся гимнастикой, танцами, больше шансов выглядеть доминантно («вырасти» в глазах окружающих) за счет всего лишь осанки и походки. В период экономических трудностей строительство детской иерархии основывается не на символических ценностях, а на основе доступа к пище. Так же как и приматы, дети образуют возрастные «банды» для совместного добывания пищи. Доступ к пищевому и предметному дефициту определяет построение иерархии в закрытых детских учреждениях. Близость к учителю, воспитателю как обладателю информации и символу социальных ценностей делает учеников, сидящих на первых партах, потенциальными отличниками в глазах детей, а, сидящих за последними партами, – реально «последними». Чем ближе сидят ученики, тем реже они проявляют социальный протест и тем выше оценивает их способности учитель.

Пересаживая учеников на разные парты в смысле приближенности (ближе-дальше) и сторонности (справа-слева) по отношению к учителю, можно влиять на иерархию в классе. Оптимальным представляется ситуация, когда все ученики сидят полукругом в одном ряду перед столом учителя.

В профилактическом плане проблема девиантного поведения заключается в обеспечении разрядки накопившейся агрессивности в социально приемлемых формах. Для этого существует ряд общебиологических и чисто человеческих механизмов: переориентация агрессии на эрзац-объекты или регламентация процедуры прямого соперничества; сублимация агрессии в не менее воодушевляющих, но допустимых и социально полезных видах деятельности и творчества; социально одобряемые формы реализации потенциальной агрессии в борьбе с общим врагом; катарсис при осуществлении агрессии в отношении представителей других видов; отреагирование агрессии в мечтах, фантазиях, воображении, азартных играх и жестоких зрелищах; ритуализированные формы внутривидовой агрессии - спорт, в том числе экстремальный (способный

выступать в качестве альтернативы аддиктивному поведению), параспорт (болельщики-фанаты), военизированные и скаутские лагеря.

Приведенные коррекционно-воспитательные приемы, ориентированные на этологические механизмы поведения ребенка, ни в коей мере не являются альтернативой социально-личностному подходу, а лишь облегчают его осуществление в реализации основного принципа детской психотерапии – принципа радостного взросления.

Структура эмоциональных состояний детей со сложными вариантами нарушений психического развития

Шельшакова Н.Н.

КГПА, г. Петрозаводск

Ежегодно увеличивается количество детей, испытывающих трудности в освоении учебных программ, в адаптации к школе и социальному окружению. Вместе с тем проблема школьной и социальной дезадаптации возрастает, так как повышается количество детей со сложными вариантами нарушений психического развития, к которым, в частности, относится и часть школьников с умственной отсталостью с гипердинамическим синдромом (Е. С. Иванов, 2006)

В связи с этим актуальной является проблема определения основных негативных эмоциональных состояний, которые сопровождают школьные трудности этих детей. Непринятие во внимание коморбидности нарушений может способствовать усугублению школьной и социальной дезадаптации детей, девиантному поведению (Ч. Венар, П. Кериг, 2007).

В исследовании участвовали 65 младших школьников, из них экспериментальную группу составили 25 детей с легкой степенью умственной отсталости в сочетании с гипердинамическим синдромом (УО и СДВГ) и 40 детей с легкой степенью умственной отсталостью (УО) без СДВГ. Базой для исследования послужили специальные (коррекционные) школы Карелии.

Использовались следующие методы и экспериментально-психологические методики: биографический метод, метод наблюдения, беседы, тест Тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен); Hand – тест Э.Вагнер; рисуночные методики «Автопортрет» (Р.Бернс), "Несуществующее животное" М. Дукаревич. Обработка данных проводилась с помощью методов математической статистики: t – критерий Стьюдента для независимых выборок, F-критерий Фишера, факторный анализ ("STATISTICA" ver. 7.0.).

Исследование показало, что дети со сложным вариантом психического развития (умственная отсталость в сочетании с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью) находились в основном в дисгармонических, с низким уровнем материального обеспечения семьях, члены которых подвержены алкогольной зависимости.

Установлено, что у детей с УО с СДВГ отмечалось преобладание астенических эмоций над стеническими, они чаще находятся в унынии (84%) по сравнению с учащимися с УО (К) (30%) ($p \leq 0,05$), что сопровождалось стабильным деконструктивным отношением к себе и окружающей действительности.

В структуре эмоционального реагирования детей экспериментальной группы доминировал фактор эмоциональной напряженности, который являлся интегральной характеристикой и связующим звеном эмоциональных состояний, и включал яркие эксплозивные реакции. Вследствие этого у школьников с УО с СДВГ неблагоприятным фактором, повышающим уровень напряжения, является перегрузка отрицательной эмоционально значимой информацией, которая имеется в неблагополучных семьях. С другой стороны, возникал дефицит информации, вызванный нарушением внимания, свойственный особенно детям с УО с СДВГ, что позволяет обосновать наличие нарастающей необоснованной тревоги и определить ее к низшим эмоциям в системе эмоционального реагирования.

За основу модального ряда у учащихся со сложными вариантами нарушений психического развития принималась сочетанность отрицательных

эмоциональных состояний, таких как тревога (средний показатель – 47%), агрессия (интегративный показатель агрессии - 1,71), активная конфликтность и проявления эмоций депрессивной направленности (80%), особенно у их сверстников с УО с СДВГ. Общей характеристикой эмоциональных состояний детей с УО с СДВГ являлись проявления агрессии (вербальной косвенной агрессии и физической прямой агрессии – соответственно), которые в результате интегрирования эмоций, таких как тревога и гнев, заострялись.

Анализ литературы позволяет полагать, что коморбидность эмоциональных состояний, таких как тревога и агрессия, влияет на снижение агрессии, уменьшение экстернализованных проявлений в целом и импульсивности в частности при наличии тревоги [1].

Однако, по результатам исследования, такой эффект у детей с УО в сочетании с гипердинамическим синдромом встречается редко, вероятно потому, что снижение агрессии предполагает осознанность и включенность когнитивных или личностных оснований, что не свойственно этим детям в силу нарушения. Именно возбудимая тревога, характеризующаяся беспокойством, являясь одним из структурных компонентов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, возникает на фоне эксплозивности и ведет к заострению агрессивности детей с УО с СДВГ. С другой стороны, агрессия тормозилась или трансформировалась, если появлялись страх, смущение, вызванные мыслями о возможном наказании и порицании.

Анализ рисуночных методик показал, что для детей с УО с СДВГ были характерны, с одной стороны, импульсивные агрессивные реакции, которые сочетались с эмоциональными протестными реакциями против насмешек детей и взрослых, «патологической» агрессией, с другой стороны, им были присущи актуальные проявления страхов и тревоги, неуверенность в себе. Вследствие этого можно утверждать о наличии коморбидности эмоциональных проявлений, таких как агрессия и эмоции депрессивной направленности.

Факторный анализ результатов исследования позволил представить структуру эмоциональных состояний на основе определения взаимосвязи эмоциональных реакций, актуальных и доминирующих состояний, эмоционально-личностных особенностей в системе эмоционального реагирования детей со сложными вариантами нарушений психического развития.

У детей с умственной отсталостью в сочетании с СДВГ доминирующие эмоциональные состояния интегрируются и в результате происходит снижение положительных эмоций (-0,893). Пониженный эмоциональный фон сопровождается снижением коммуникативных (-0,816) и демонстративных реакций (-0,817), что позволяет полагать, во-первых, эмоциональные реакции являются продолжительными, застревающими, тем самым, оказывая значительное влияние на формирование доминирующего эмоционального состояния детей с умственной отсталостью с СДВГ, и, во-вторых, возможно сужение круга общения ребенка. В свою очередь ограничение общения ребенка с УО с СДВГ (провоцирующего фактора для высвобождения импульсивных реакций (-0,794)) приводит к снижению эмоций депрессивной направленности (-0,777). Детям в одиночестве эмоционально комфортнее, чем в обществе.

Второй фактор отражает актуальные (ситуативные) эмоциональные состояния детей с умственной отсталостью в сочетании с СДВГ, которые характеризуются снижением эмоционального напряжения (-0,735).

У детей с умственной отсталостью выделенный первый фактор описывает следующие структурные компоненты доминирующих эмоциональных состояний: при снижении импульсивности (-0,91), физической агрессии (-0,86), директивных реакций (-0,85) происходит снижение напряжения (-0,849), генерализованной тревожности (-0,869). Актуальные эмоциональные состояния характеризуются снижением проявления эмоций грусти (-0,875), что сопровождается снижением отзывчивости (-0,875) в силу неспособности понять эмоциональные

переживания других. Очевидно, что структура эмоциональных состояний инвариантна к рассмотренным нарушениям психического развития.

В целом, дети с умственной отсталостью и в прошлом, и в настоящем испытывают страдание вследствие недостаточной социальной поддержки со стороны взрослых. Это является ещё одним свидетельством в пользу того предположения, что у младших школьников с гипердинамическим синдромом потребность быть признанным взрослым обладает огромным потенциалом для установления эмоционально положительных взаимоотношений и осуществлению коррекционно-развивающей работы.

Литература

1. Венар, Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Чарльз Венар, Патрисия Кериг – Спб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 670 С.
2. Иванов Е. С. Синдром дефицита внимания и гиперактивности как самостоятельная форма дизонтогенеза / Ананьевские чтения 2006, Материалы научно-практической конференции, С.558-560.

Значение личностно-ориентированного подхода в профилактике нарушений социализации детей и подростков с умственной отсталостью

Щербакова А.М., МГППУ

shcherbakova17@gmail.com

Проявления нарушений социализации в виде девиантного и делинквентного поведения, а также повышенной виктимности в ряде работ связываются с проблемами психического развития и здоровья детей и подростков [6].

В предложенной С.А. Беличевой типологии детско-подростковой дезадаптации выделяются патогенный и психосоциальный виды. Патогенная дезадаптация вызвана отклонениями, патологиями психического развития и нервно-психическими заболеваниями [1]. В.П. Емельянов, изучавший несовершеннолетних преступников Саратовской области, утверждает, что

среди олигофренов преступность в 1,7-2 раза выше, чем у психически здоровых юношей [3]. В исследовании М.И. Рыбалко [8] показано, что умственная отсталость в легкой степени выявлена у 1,5% детей и подростков с девиантным поведением. Другие исследователи (В.В. Гроховский; Н.И. Фелинская и В.А. Гурьева; В.Я. Гиндикин) утверждают, что умственная отсталость в легкой степени встречается у подростков-правонарушителей гораздо чаще, чем среди подростков в популяции [7].

Противоправные действия совершаются умственно отсталыми либо вследствие неустойчивой личностной направленности, а также в результате подражания; либо, при общей положительной направленности личности, в результате детской мотивации - легкомысленности или неправильной оценки действия и его последствий.

Отмечается повышенная виктимность умственно отсталых детей и подростков. Исследование, проведенное Н.Б. Морозовой, показало, что у девочек - жертв сексуального насилия умственная отсталость наблюдалась в 31% случаев [5]. Н.Б. Морозова выделяет “патопсихологический комплекс виктимности”, который характеризуется у потерпевших не только нарушением способности регулировать свое поведение в соответствии со сложившейся ситуацией возможного насилия, но и трудностями понимания характера и значения насильственных действий, что отражает интеллектуальный компонент виктимности. Проблемы, испытываемые умственно отсталыми в приеме и переработке информации, сказываются в дефицитности понимания вербальных и невербальных коммуникаций, связанных с враждебными намерениями другого человека.

Описанные варианты нарушения социализации у детей и подростков с умственной отсталостью связаны с недоразвитием у них “оморализованной самопроизвольности” (Э. Сеген), беспомощностью в том случае, “когда задача требует ... какой-либо связи между отдельными ситуациями или одновременного участия в двух ситуациях” (Л.С. Выготский), неумением

планировать собственную деятельность, легкостью необдуманных действий (А.Н. Граборов).

И.А. Коробейников отмечает, что система традиционной педагогической помощи детям с нарушениями психического развития, сложившаяся в рамках отечественной дефектологии, ориентирована, главным образом, на активизацию и коррекцию познавательной деятельности ребенка. Личностные аспекты развития, играющие определяющую роль в формировании модуса социального поведения, в значительно меньшей мере затрагиваются в коррекционной работе с детьми даже с легкой степенью интеллектуальной недостаточности, где нарушения поведения и адаптации в целом, как правило, не носят отчетливой “органической окрашенности” [4].

Переориентация олигофренопедагогики с сугубо образовательных (обучающих) технологий, вооружающих учащихся определенным объемом учебных знаний и навыков, на личностно-ориентированное воспитание является сложной задачей в связи с малой разработанностью вопроса формирования личности умственно отсталого ребенка, специфики становления его сознания, самосознания, самооценки. Профилактика нарушений социализации, состоящая в повышении информированности умственно отсталых подростков (например, экспериментальный курс Обеспечения безопасности жизнедеятельности; курс Социально-правовой ориентировки, преподаваемый в интернатах для детей-сирот, в том числе, и в интернатах VIII вида), представляется малоэффективной. Информационно обогащающее (“социализирующее” по О.С Газману [2]) направление подготовки умственно отсталых детей и подростков к самостоятельной жизни не решает проблемы переноса усвоенного способа действий в новые условия. Очевидна необходимость проектирования специальных образовательных технологий формирования у детей и подростков с психическим недоразвитием умений совершать правильный выбор в жизненно важных для них ситуациях. Для того, чтобы получаемый опыт

трансформировался в смысловые образования личности, он должен быть эмоционально пережит и символически освоен.

Литература

1. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. - М., 1994.
2. Газман О.С. Педагогика свободы: путь в гуманистическую цивилизацию XXI века / Новые ценности образования, вып. 6. - М., 1996.
3. Емельянов В.П. Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями. — Саратов, 1980.
4. Коробейников И.А. Клинико-психологическая диагностика нарушения поведения у детей с интеллектуальной недостаточностью: Методические рекомендации. М., 1994.
5. Морозова Н.Б. Психические расстройства и их роль в виктимном поведении детей и подростков. - М., 2003.
6. Подростки и молодежь в меняющемся обществе (проблемы девиантного поведения). Сборник тезисов международной конференции. - М., 2001.
7. Пятунин В.А. Девиантное поведение несовершеннолетних: современные тенденции. – М., 2010.
8. Рыбалко М.И. О невротических расстройствах у детей и подростков с девиантным поведением/Неврозы у детей и подростков. – М., 1986.

Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей с аутистическим спектром поведения

Щербаткина Л.В.

СКОШ VIII вида г. Павлово Нижегородской области.

Тел: 8-831-71-2-10-36

Как известно, особенность детей с аутизмом состоит в недоразвитии потребности в контакте, недостаточной эмоциональной зависимости ребёнка от взрослого. Всё это влияет на поведение ребёнка и может препятствовать развитию целостной, осмысленной организации его взаимодействия с окружающим миром.

Перед нами стояла задача описания поведения аутичных детей третьей группы по классификации О.С. Никольской. Ввиду относительно большей самостоятельности в бытовом отношении эти дети не имеют нужды в тесном симбиотическом контакте с близким человеком, перестают страшиться отрыва от него. В то же время несформированность эмоциональных связей мешает ребёнку ощутить эмоциональную ценность контакта с близким. Безразличие, холодность к людям и даже стремление поступать им «назло» парадоксально сочетаются у таких детей с влечением к чужим, аффективно активным людям.

Эти дети активно проецируют свои переживания в фантазиях и рисунках, могут часами говорить на аффективно значимые для них темы. При этом они легко возбуждаются и обращаются не к конкретному собеседнику, а как бы вообще в пространство. Часто на занятиях с такими детьми можно слышать неадекватные интонации в голосе, видеть блестящие глаза, мимику и жесты, которые вызывают впечатления нелепости, неадекватности; наблюдать состояние некоторой эйфории.

Установление эмоционального контакта с детьми этой группы включает в себя два этапа работы: 1) создание у ребёнка потребности в эмоциональном контакте; 2) постепенное развитие разных форм эмоционального контакта.

Дети этой группы не проявляют особой сензитивности к взгляду, прикосновению. С момента знакомства с педагогом им изначально неприятны попытки взрослого вмешаться в их деятельность. Они становятся напряжёнными, порой стремятся уйти от общения, могут стать агрессивными.

Для того, чтобы убедить их в безопасности общения с педагогом нужно организовать с ними пассивный контакт в течение не менее чем одной недели. А потом вызвать интерес к себе через организацию интересных для ребенка действий: при выполнении физических упражнений (подбрасывании мяча, игрушек); в играх с водой (ловить игрушку в воде, рыбок удочкой, бросать в воду разные предметы, обращая внимание на то, какие из них утонут; опускать в воду предметы из разных материалов, которые будут по-разному намокать; играть с губками, а также предложить «постирать» какую-нибудь небольшую вещь).

Так дети привязываются к удовольствиям, связанным с интересными действиями с предметами и привыкают к человеку, который помогает их совершать. Чтобы привлечь их к учителю, нужно демонстрировать готовность слушать ребёнка, вникать в смысл его рисунка и игры, не проявляя нетерпения, не требуя разъяснений, не выступая со своими предложениями и не оценивая положительно или отрицательно действия ребёнка.

Педагог, вникающий в проблемы такого ребёнка, делается значимым для него. Возникает избирательная связь именно с этим педагогом. После этого можно попытаться осторожно перейти ко второму этапу работы - постепенному углублению эмоционального контакта, усложнению его форм. Эта работа также очень кропотлива и растягивается на годы.

Такая работа позволила нам перейти к процессу предметного обучения аутичного ребенка в первом классе. Для того, чтобы перейти к обучению по школьным предметам, необходимо сначала удивить ребёнка; показать что-то новое и необычное. Например, раскрасить картину на бархатном фоне; из цветного песка создать любой узор на бумаге с клеевой основой; раскрасить рамку, колечки, фигурки из бесцветного пластика специальной гуашью. Всё это вызывает радость и у аутичного ребёнка, так как сделанные им произведения очень яркие, красочные.

На уроках чтения взрослому очень полезно делать эмоциональный комментарий действиям ребёнка, его фантазиям. Сначала комментарий идёт без явных эмоциональных оценок. Нужно подчёркивать силу, смелость героев прочитанных произведений и постепенно вводить в переживания ребёнка героический смысл «защиты, спасения других», а агрессию ребёнка-ученика направлять «на борьбу со злодеем». Принимая героическую роль, ребёнок вводит себя в сферу эмоциональных оценок «хорошо - плохо».

Введение ребёнка в систему эмоциональных ориентиров, заражение его удовольствием от сопереживания другим, способствуют улучшению его эмоционального понимания происходящего вокруг, создают предпосылки для развития более адекватной системы произвольной организации его поведения.

Другим направлением работы по развитию форм контакта является обучение ребёнка диалогическим формам взаимодействия. Эта работа идёт на основе аффективного монолога ребёнка. Педагог, побыв сначала идеальным слушателем, начинает задавать вопросы ребёнку, уточняющие ход его фантазии; подавать реплики; совершать с ним игровые действия; подрисовывать детали в его рисунки, помогающие ребёнку полнее выразить свои переживания. Принимая помощь в организации аффективного монолога ученик приучается слушать учителя, следовать за ним. Если ученик получает удовольствие от такого монолога, то можно попытаться усложнить взаимодействие. Ввести в сюжет дополнительное препятствие и попросить ученика продолжить свой рассказ. Если ученик начинает это делать, то постепенно втягивается в диалог. Признаком возрастания уверенности в себе в возникающем диалоге является проявление активности ученика в усложнении взаимодействия. Для этого ученику можно предложить сочинить сказку или нарисовать рисунок самому или вместе с родителями: взрослый начинает рассказывать и просит продолжить рассказ на самом интересном месте ученика, тот продолжает и снова передает

рассказ одному из родителей и т.д. Основную нагрузку берет на себя взрослый (родитель или педагог).

Для проведения диалога мы разработали цикл занятий по развитию эмоционально-волевой сферы (12 дидактических сказок, основная цель которых направлена на раскрытие личностного потенциала ребенка; на его расслабление, развитие положительных эмоций и чувств (я- лучший, я- положительный, я- не один).

Первый этап занятий - этап объединения. Цель его: научить ребёнка проговаривать то, что он чувствует в данный момент.

Целью второго этапа является коррекция некоторых личностных качеств и формирование нравственного поведения (на понятийном уровне) На этих занятиях рассматриваются следующие понятия: добро-зло, жадный- щедрый, трусость-смелость, друг-враг, ум-тупость.

Структура занятий включает: 1) организационный момент; 2) игру или песню (по выбору педагога); 3) прослушивание сказки; 4) рисование отдельного эпизода сказки (только красками); 5) обсуждение рисунка или игра; 6) обсуждение сказки (для поддержания диалога, придумывание творческого конца ребёнком); 7) игра на развитие мелкой и общей моторики.

Цель третьего этапа: раскрытие ценности ребёнка, его личностного потенциала.

Сказки может читать как педагог, так и ученик. Если ученик просит прочитать сказку не один раз, значит сказка несёт каждый раз новую мораль. Следует отметить, что потребность в ведении диалога возникает по ходу этой работы. Постепенно возникающая возможность вести диалог, ориентироваться на эмоциональные оценки собеседника, адекватно сопереживать другим открывает пути дальнейшего развития эмоционального контакта, который способствует формированию адекватного поведения.

Особенности общения сиблингов в условиях детского дома

Якимова Т.В., МГППУ

shupalzev@mtu-net.ru

Распространенность социального сиротства в современном российском обществе настолько велика, что актуальным становится вопрос о факторах и условиях его воспроизводства в нескольких поколениях одной семьи. Для прояснения стоит обратить внимание не только на особенности развития личности и психики конкретного ребенка в условиях институализации, но и на изменение его связей с членами семьи, в частности, с братьями и сестрами. Около половины всех социальных сирот, находящихся на попечении государства, составляют сиблинги, часто из многодетных семей. В детских домах и интернатах оказываются целые сиблинговые подсистемы, системные функции и особенности которых часто не учитываются и не находят поддержки в структуре подобных заведений.

Обзор литературы, посвященной социальному сиротству, показал, что такой аспект, как общение братьев и сестер в закрытых учреждениях практически не изучен. Как правило, в фокусе внимания исследователей находится один ребенок. Отношения между братьями и сестрами естественно продолжаются и при институализации сирот и приобретают в этих условиях свою специфику.

Цели исследования – с одной стороны, привлечь внимание к значимости проблем сиблинговой системы в условиях институализации, с другой, – понять, каким образом изменяются ее структура и функционирование.

Представленное небольшое исследование проведено в одном из московских детских домов. Половину всех его воспитанников составляют сиблинги. В исследовании участвовали дети и подростки 9-16 лет, всего 16 человек. Методы: наблюдение за общением братьев и сестер со стороны воспитателей, анкетирование для оценки сиблинговых связей воспитанников и персонала детского дома, социометрии.

Воспитатели отмечают, что в большинстве сиблинговых систем распределение ролей в общении стабильно и жестко: как правило, общение детей друг с другом имитирует способы функционирования детско-родительской системы. Старшие, если они склонны к поддержанию отношений со своими младшими сиблингами, как правило, приходят в группу к младшим, чтобы помочь им с одеждой, уроками и пр. Старшие сиблинги в этих случаях не выходят за рамки родительской роли, они не обращаются к младшим с какими-либо просьбами для себя, не проявляют интереса к непосредственному, дружескому общению с ними. Младшие тянутся к старшим, ищут их внимания, но старшие часто отвергают или игнорируют их инициативу, ограничиваясь выполнением привычных функций.

Интересный материал был получен с помощью анкеты для воспитанников детского дома, имеющих в нем братьев или сестер. Вопросы анкеты выявляли частоту, регулярность, цели и условия их общения с братьями и сестрами. Ответы на вопросы о частоте сиблинговых контактов показали, что большинство детей общаются «иногда» или «редко».

Ответы на вопрос «Общаетесь ли вы друг с другом наедине?» показали, что такого общения практически нет. Сиблинговая система не «очерчена» и не поддерживается внешними границами. Другими словами, братьям и сестрам в условиях детского дома необходимо прилагать специальные усилия, чтобы сохранять и поддерживать связи друг с другом. Очевидно, что таких условий нет в семьях, где сиблинговые границы «заданы» извне общими правилами общения взрослых членов семьи с детской системой.

На вопросы о том, с какой целью сиблинги заходят друг к другу, в основном, получены ответы: передать какую-либо вещь (например, телефон), узнать новости из семьи. Обсуждение семейных новостей, встреч с родственниками, их подарков – основная тема общения сиблингов, тема, которая их объединяет.

Персонал детского дома (воспитатели и администрация) анонимно отвечали на вопросы другой анкеты, направленной на изучение их опыта работы и общения с сиблингами. Были получены довольно противоречивые ответы. С одной стороны, взрослые единогласны в том, что в условиях детского дома поддерживать условия для общения братьев и сестер нетрудно, с другой – почти все считают, что работать проще с единственными детьми. В связи с этим воспитатели, как правило, не стимулируют общение сиблингов или даже препятствуют ему, мотивируя это тем, что «старшие плохо влияют на младших», провоцируют их «на разный криминал», «учат плохому».

При этом воспитатели и представители администрации детского дома считают, что сиблинговые отношения стоит укреплять и поддерживать, так как, во-первых, они (отношения) не развиваются без внешнего вмешательства и создания специальных условий, во-вторых, эти отношения являются важной опорой для детей-сирот в будущем, а в-третьих, они способствуют снижению риска неудач у сирот в их взрослой семейной жизни.

Основным фокусом социометрического исследования являлись представления воспитанников детского дома об особенностях их близких связей. Ребенку предлагалось заполнить три бланка социограммы: "ты и твое окружение в настоящее время", "ты и твое окружение в прошлом" (например, до поступления в детский дом), "ты и твое окружение в будущем" (желаемое будущее). В заполнении детьми внутренних кругов социограммы (близкие люди) при всем разнообразии вариантов легко прослеживаются общие тенденции.

Восприятие детьми своих семейных связей можно охарактеризовать как фрагментарное, неустойчивое и нечеткое. Родители и другие близкие родственники то исчезали, то возникали в социограммах от прошлого к будущему. В нескольких случаях дети указывали в настоящем и будущем родителей, которые уже умерли. Часто дети не были уверены, в каких именно родственных отношениях находятся с тем или иным человеком

(например, «не знаю, это мамин друг или мой дядя»). Трое подростков не стали включать в близкий круг в настоящем и будущем братьев и сестер, живущих с ними в детском доме. Во многих случаях выяснилось, что за пределами детского дома у ребенка есть и другие сиблинги, но сколько их, каков их возраст, как их зовут и где они находятся, воспитанники сказать затруднялись.

Характер отношений с людьми из внутреннего круга при этом часто идеализировался: обозначался как очень близкие отношения. Например, несколько детей оценили отношения с родителями, которые их навещают крайне редко (например, раз в полгода) и нерегулярно как очень близкие. Большинство подростков указывали, что отношения с людьми их внутреннего круга в будущем будут максимально близкими, даже если туда включались все одноклассники и знакомые.

Для всех воспитанников, независимо от их возраста, структура связей во внутреннем круге не менялась от прошлого к будущему: в нее входили кровные родственники и друзья. Только одна (!) девочка-подросток во внутреннем круге в будущем указала мужа, ребенка и «друзей с работы». Для нее структура отношений в будущем представляется отличной от настоящей, изменившейся в соответствии с социально ожидаемыми задачами развития.

Особо стоит отметить факт, характеризующий специфику отношений привязанности воспитанников детского дома. В настоящее время люди, постоянно присутствующие в жизни детей-сирот – это воспитатели. Однако ни один (!) воспитанник независимо от времени пребывания в детском доме не включил представителей персонала в свой внутренний круг в настоящем, только трое воспитанников включили воспитателей во внешний круг.

Заполнение *внешних кругов* социограмм не было настолько разнообразным, как внутренних. Наибольшее количество связей во внешнем круге – это «друзья», «знакомые» и «одноклассники», соответствующие возрасту воспитанников.

Таким образом, в представленном небольшом исследовании отражена сложность развития и сохранения сиблинговых связей в условиях институализации детей, изменение их функционирования в условиях неблагополучной родительской подсистемы семьи, их ресурсность для дальнейшего развития ребенка-сироты, а также показана необходимость разработки методов их психологического сопровождения.

Трансформация и разрушение социальной ситуации развития, связанные с утратой привычных семейных связей, в том числе, и внутри сиблинговой системы является мощной травмой, «двойной» утратой для ребенка, которая не получает, как правило, необходимой поддержки в условиях институализации. Функции сиблинговых связей, существующие в семьях, в условиях неблагополучной семьи или институционального воспитания утрачиваются или замещаются родительскими.

В условиях закрытых учреждений, где у ребенка нередко отсутствуют личные вещи, меняется окружающий его предметный мир. Общение со взрослыми не имеет такого стабильного и эмоционально насыщенного характера, как в семье. Ресурсность сиблинговых связей становится очевидной: именно на них, а иногда и только на них, может лечь нагрузка, связанная с сохранением какой бы то ни было стабильности и непрерывности мира для ребенка.

Сохранение сиблинговой системы с ее функциями, близкими к тем, которые существуют в семье, видимо, является условием, снижающим риск воспроизведения социального сиротства. Именно в ней ребенок осваивает длительные, близкие сверстниковые (горизонтальные) отношения, на основе которых в дальнейшем он строит свою семью и другие внесемейные связи, а также сохраняет чувство принадлежности к своей кровной семье (семейную идентичность).

Командный подход к помощи семье, воспитывающей ребенка с особенностями развития.

Яремчук М.В.

«Центр лечебной педагогики», Москва

yarem@rambler.ru

Центр лечебной педагогики уже более 20 лет оказывает помощь семьям, воспитывающим детей с особенностями развития. Среди воспитанников Центра есть дети с трудностями адаптации, особенностями развития эмоционально-волевой сферы, генетическими нарушениями, тяжелыми интеллектуальными нарушениями, множественными нарушениями развития.

Основной целью нашей работы является интеграция ребенка с особенностями развития и семьи в целом в общество. Для большинства семей с детьми без выраженных нарушений эта задача решается довольно просто и не требует направленного вмешательства специалистов. Современное общество предлагает некоторую цепочку социальных институтов, каждый из которых строится на основе некоторой системы отношений ребенка с окружающими взрослыми и сверстниками, способствует приобщению ребенка к культуре, вводит его в общество. Однако для детей с особенностями развития подобная система еще не является в достаточной степени определенной и простроенной, в результате семья в целом может оказаться в социальной изоляции. Чтобы избежать изоляции семьи, необходима комплексная помощь семье со стороны разных специалистов в сотрудничестве с родителями ребенка, направленная как на коррекцию и профилактику сложностей у ребенка, так и на создание благоприятных условий для его интеграции в группу сверстников, выстраивание для него своего рода жизненного маршрута, включение семьи в целом в общество, формирование готовности общества принять человека с особенностями развития.

Сейчас существуют государственные образовательные учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих особенности развития, однако судя по количеству детей, «выпавших» из сферы государственного образования, и взрослых, закончивших эти

образовательные учреждения, но не начавших работать, большое количество вопросов еще остались нерешенными. Само по себе посещение образовательного учреждения не является самоцелью. Важно, что это образовательное учреждение представляет собой модель общества, следовательно, в идеале, образование ребенка должно способствовать интеграции его в социуме.

Первым этапом на пути включения ребенка с особенностями развития в общество является формирование контакта между этим ребенком и каким-то еще человеком за пределами непосредственного семейного окружения. Именно с неудачей установления близких доверительных отношений связывается большее количество случаев дезадаптации ребенка в образовательном учреждении. Для решения этой задачи необходим командный подход. Важно уметь договариваться с родителями ребенка относительно необходимости подобного этапа и его содержания. Контакт с ребенком строится вокруг интересной для ребенка деятельности, которой, в силу возраста, для большинства дошкольников является игра. Нередко родители бывают удивлены тем, что для решения, например, речевых проблем у их ребенка предлагаются игровые занятия. Важно уже здесь обсудить необходимость подобных занятий, иначе, без заинтересованности родителей эффективность помощи специалистов будет крайне низка.

Постепенно, по мере формирования контакта и развития игровых взаимоотношений ребенка с взрослым, добавляются другие занятия с другими специалистами, строящиеся на основе других взаимоотношений. Так, если в игре отношения ребенка с взрослым максимально приближены к партнерским, то познавательные занятия строятся как отношения учитель-ученик, что подразумевает принципиально иной тип взаимодействия. Взрослый что-то предлагает ребенку, а ребенок выполняет задания, предложенные взрослым. При этом не отменяется необходимость и учитывать интересы ребенка при построении познавательных занятий с ним.

Какие именно занятия будут предложены ребенку, определяется индивидуальным маршрутом ребенка. За составление и реализацию маршрута отвечает специалист, который отслеживает систему помощи ребенку в Центре, систематически беседует с родителями, организует дополнительные консультации других специалистов. Важно, чтобы во всех консультациях и занятиях выдерживалась некоторая магистральная линия, направленная на решение задач. Эти задачи совместно формулируются, обсуждаются с родителями и своевременно корректируются педагогами, занимающимися с ребенком.

Важным членом команды специалистов является доктор, отслеживающий состояние ребенка и осуществляющий медицинское сопровождение психолого-педагогического процесса. Следует отметить, что доктор не занимает позицию эксперта, диктующего то или иное медицинское вмешательство в жизнь ребенка, а обсуждает стратегию помощи с педагогами и родителями ребенка, которые имеют возможность наблюдать ребенка на различных занятиях, в разных ситуациях.

Постепенно, по мере расширения нагрузки ребенка все большее количество специалистов вовлекается в работу с ним и его семьей. Поэтому очень важно выработать единую стратегию помощи, согласовать основные задачи, своевременно и регулярно обсуждать возникающие сложности, совместно пытаться их разрешить. Чтобы подобная работа происходила, за каждой семьей должен быть закреплен ответственный специалист, который регулярно беседует с родителями, наблюдая за ребенком на занятиях, участвуя в педсоветах, владеет максимально полной информацией по данному случаю. Недопустимо передавать ребенка от специалиста к специалисту, словно по конвейеру, когда каждый из педагогов видит лишь свою часть работы и не понимает, как эта работа соотносится с общей программой занятий с ребенком. Именно ответственный специалист отвечает за консолидацию усилий членов команды, состоящей из специалистов, родителей, самого ребенка и окружающих его людей. Именно он принимает

решение в спорных случаях, отвечает за создание необходимых для решения проблем ребенка и семьи условий на разных уровнях.

Интеграция ребенка в группу сверстников будет успешной лишь тогда, когда будут задействованы все участники этого процесса:

- важно, чтобы родители ребенка были мотивированы на посещение ребенком группы, понимали, зачем это нужно ребенку, чтобы задачи групповой работы, которые выдвигают специалисты и видят родители, были согласованы;

- важно, чтобы самому ребенку было интересно в группе, чтобы у него было, хотя бы несколько любимых занятий: чтобы он был в контакте и доверял, хотя бы одному из взрослых группы. Часто ребенку на момент начала посещения группы требуется индивидуальное сопровождение со стороны хорошо знакомого взрослого (не родителя – у ребенка должна быть своя отдельная жизнь без мамы и/или папы);

- важно, чтобы специалисты, работающие в группе, договорились о том, как они будут помогать ребенку вписаться в нее, а другим детям принять его. Здесь может понадобиться распределение ролей между специалистами, когда один из них (главный на занятии) озвучивает правила или дает инструкции к заданию, а другой помогает ребенку выполнить их;

- важно обеспечить преемственность необходимой помощи на этапе перехода ребенка от одного ответственного специалиста к другому (например, при смене группы), а также при смене образовательного учреждения (например, при поступлении ребенка в школу). К сожалению, задача согласования усилий специалистов, помогающих ребенку на разных этапах его образовательного маршрута в рамках разных образовательных учреждений еще далека от своего разрешения, хотя необходимость подобной работы очевидна. Ребенок с особенностями развития эмоционально-волевой сферы, придя на собеседование в школу или на психолого-медико-педагогическую комиссию, в силу недостаточных возможностей адаптации в новой обстановке часто не показывает в полном объеме имеющиеся у него

знания, умения и навыки. В результате чего производит впечатление ребенка с более серьезными нарушениями развития, чем это есть на самом деле. Решение же о дальнейшем образовательном маршруте ребенка на несколько лет вперед принимается именно по результатам подобных собеседований и комиссий. Для решения этой проблемы желательно видеть более тесное взаимодействие школ и дошкольных образовательных учреждений, при котором учителя, набирающие школьные классы, имели бы возможность посмотреть на детей в уже привычной для детей рабочей ситуации подготовки к школе, а специалисты, выпустившие детей в школу, - посещать школу, чтобы посмотреть, как ребенок интегрируется в новую для него образовательную среду. Подобные встречи обогатили бы обе стороны и, главное, способствовали бы более успешной адаптации ребенка в школе. Важно, чтобы другие дети получали объяснение сложных и неясных для них моментов в поведении особенного ребенка на доступном для их понимания языке, чтобы все понимали, как можно и нужно общаться с ребенком, имеющим особенности развития.

Командный подход Центра лечебной педагогики предполагает активное вовлечение всех участников группового процесса: ребенка, других детей, родителей, специалистов (как медицинского, так и психолого-педагогического направления, как в рамках одной организации, так и специалистов из разных организаций, которые посещает ребенок) и консолидацию их усилий с целью интеграции каждого ребенка в группу сверстников.

ББК 88.48
К66

Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. Материалы I Всероссийской научно-практической конференции (17–18 октября 2011). – М.: МГППУ, 2011. – 193 с.

Редакционная коллегия:

Т. А. Басилова, Н. Л. Белопольская, В. А. Лонина

В сборнике представлены материалы I Всероссийской конференции по психолого-педагогической коррекции нарушений развития у детей. Главной темой конференции являлась коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. Рассмотрены научные и практические проблемы психолого-педагогической и медицинской помощи подросткам с девиантным поведением, коррекция и профилактика нарушений поведения у детей и подростков с сенсорными, интеллектуальными, речевыми и эмоциональными недостатками в развитии.

Для специалистов в области специальной психологии и педагогики, клинической и юридической психологии, детской и возрастной психологии, детской и подростковой психиатрии, социальной педагогики. А также для широкого круга читателей, интересующихся проблемой коррекции нарушений поведения у детей.

ISBN 978-5-94051-081-9

© МГППУ, 2011.