ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Материалы
международной научно-практической конференции
Актуальные проблемы
психологической реабилитации
лиц с ограниченными возможностями здоровья

Москва
2011

ББК 88.48
А 43

А43 **Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.** Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» – М.: 2011. -713 с.
ISBN - 978-5-94051-092-5

Составители
Ю.Е.Куртанова, А.М Щербакова

Подготовка к печати
Г.К.Кислица, О.А.Попова, А.В. Убоженко, А.В.Шехорина

Дизайн обложки
О.Н.Гудилина, А.И.Колесников, А.М Щербакова

Верстка
О.Н.Гудилина, А.В.Шехорина

Все материалы печатаются в авторской редакции.

© МГППУ, 2011

Оглавление

Теоретико-методологические проблемы психологической реабилитации

Григорьев Д.А.
Внедрение инновационной модели комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ГУ «Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники» *17*

Екжанова Е.А.
Психологическая подготовка детей с ОВЗ к этапу школьного обучения..... *21*

Зинченко Ю.П., Вишнева А.Н.
Психологические проблемы нейрореабилитации *26*

Каменева О.В.
Права инвалидов в свете социальной психологии *30*

Косов А.В.
Психологические основания социальной мифоонтологии людей с ограниченными возможностями здоровья..... *34*

Морозова Е.В.
Значение индивидуальных установок в реабилитации личности с ограниченными возможностями здоровья..... *40*

Одинцова М.А.
Современный взгляд на ограниченные возможности здоровья (перечитывая Л.С.Выготского) *45*

Пономарёв А.А.
Взаимосвязь мотивации достижения и речевого восстановления пациентов, проходящих курс нейрореабилитации..... *50*

Сорокин В.М.
Соотношение категорий реабилитация, компенсация и адаптация *53*

Тельминова К.В.
Алгоритм психологической реабилитации детей-инвалидов и их семьей *58*

Проектирование моделей, программ и технологий психологической реабилитации

Ворошнина О.Р.
Содержание психологической помощи семьям, воспитывающим недоношенных младенцев..... *63*

Головина Г.А.

Разработка модели учебно-производственных подразделений для осуществления социально-трудовой адаптации в условиях реального производства лиц со сложной структурой дефекта, прошедших специальную профессиональную подготовку в условиях колледжа *68*

Головина Л.Е.

Развитие коммуникативных навыков у студентов с ограниченными возможностями здоровья *72*

Горина Е. Ю.

Организация ранней помощи детям с нарушениями аутистического спектра в г. Гётеборг (Швеция) *77*

Дренева В.В.

Социально-психологическая реабилитация школьников посредством реализации программы «Формирование активной жизненной позиции у школьников с ограниченными возможностями здоровья» *83*

Кагарлицкий О.В.

Онтогенетический подход в ведении детей группы «Особых возможностей здоровья» *88*

Краснокутская Е. Н., Морозова Н.С.

Психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в детско-родительских группах *91*

Кривуть М.Л.

Эмоциональное воспитание учащихся с интеллектуальной недостаточностью как одно из направлений их реабилитации *96*

Кудряшова И.Ю.

Предметное портфолио как форма повышения социальной активности и самооценки учащихся с ограниченными возможностями здоровья *99*

Куракина Е.А.

Специфика реабилитационной работы со школьниками с нарушениями зрения в условиях школы-интерната *103*

Лебедева Л.Д., Музяков В.В., Родионов В.В.

Эмоциональная адаптация женщин с ограниченными возможностями здоровья в процессе восстановительной арт-терапии *107*

Макарова О.А., Стержанова О.М., Банникова Я.Н.

Комплекс наглядно-дидактических приемов для детей с выраженными расстройствами психической деятельности в условиях Лекотеки *111*

Минина О.Г., Рочева Н.И., Коневская Е.В., Бушковская П.И., Угловская Т.А., Гурьева Л.В.

Обучение иностранному языку незрячих детей и их включение в глобальную образовательную среду *115*

Нигманов С.У., Протасова О.С.

Профессиональная занятость как показатель успешности психологической реабилитации инвалидов *120*

Сатари В.В.

Программное обеспечение развития воображения младших школьников с двигательной патологией *124*

Смирнова И.А.

Работа психолога в дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата *130*

Токарская Л.В.

К проблеме психологической коррекции агрессивности у подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью *134*

Юдина Н.И., Юдин М.Г.

Клуб общения как модель психологической реабилитации лиц с ОВЗ и членов их семей (ресурсное обеспечение и структура проведения заседаний) *140*

Яковлева А.В.

Танцевальная терапия как одна из технологий психологической реабилитации инвалидов по зрению *144*

Проблемы междисциплинарного взаимодействия в реабилитационном процессе

Баулина М.Е.

Проблемы взаимодействия нейропсихолога с другими специалистами в коррекционно-развивающем обучении детей с ограниченными возможностями здоровья *147*

Григорьев Д.А., Иванова Е.А.

Проблема профессионального самоопределения подростка с ограниченными возможностями здоровьяв в системе комплексной реабилитации в ГУ «Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники» г. Москвы. *151*

Григорьев Д.А., Андреев Г.А.

Проблемы межведомственного взаимодействия при реализации комплексной модели реабилитации и адаптации на примере ГБУ Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники» *155*

Жаворонков Р.Н.

Организация инклюзивного образования лиц с ОВЗ в России на современном этапе *158*
Кулакова Е.В.
Междисциплинарное взаимодействие в процессе организации социального пространства развития детей младенческого и раннего возраста с нарушением слуха *164*
Куликова Н.В., Васильева Т.Н., Донская М.В., Шашина И.А.
Проблемы междисциплинарного взаимодействия специалистов при организации интегрированного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья *168*
Лебедева Л.Д.
Восстановительная арт-терапия как средство психоэмоциональной реабилитации больных раком молочной железы *174*
Максакова О.А., Гусарова С.Б., Игнатьева Н.С.
Команда в нейрореабилитации *179*
Молчанова Т.В., Кропотова И.В.
Междисциплинарное взаимодействие в реабилитационном процессе *183*
Парамонова Л. Г.
Помощь детям с ограниченными возможностями здоровья должна быть комплексной *187*
Поварова И.А.
Психологическое пространство субъекта с затрудненным общением *192*
Поварова И.А.
Сущностный подход к психолого-педагогической реабилитации лиц с нарушением вербального общения в структуре повышения качества их жизни *196*
Русинова С.В.
Анализ компьютерных программ для детей с нарушением зрения
Суворова С.А., Гиленкова С.В.
Элементы психокоррекции в работе логопеда *209*
Титова Т.А.
Трудности восприятия и воспроизведения различных типов ритмов учащимися школы V вида *212*
Организация и содержание психологической помощи в условиях учреждений различных ведомств (образования, здравоохранения, социальной защиты)
Айсмонтас Б.Б.

Высшее профессиональное психологическое образование студентов с ОВЗ на основе дистанционных технологий: от мотивации избегания неудачи – к мотивации достижения успеха *217*

Антропова И.М.

Психологическая помощь подросткам с травмами позвоночника и спинного мозга в 6-м нейрохирургическом отделении ДПНБ № 18 ..... *222*

Белинская Д.Б.

Психологические аспекты диагностических мероприятий в рамках реабилитации инвалидов боевых действий *226*

Брянцева М.В.

Проблемы социальной работы с детьми–инвалидами в общеобразовательных учреждениях города Москвы *236*

Воробьева Г.Е.

Использование здоровьесберегающих технологий при организации психологической помощи в условиях инклюзивного образования *241*

Добрынина О.А., Добрынина М.А.

Взаимосвязь психических состояний инвалидов с адаптационным потенциалом личности *245*

Игнатов М.А.

Организация психологической службы в инклюзивном детском саду *249*

Киселева Е.И.

Исследование эмоционально-оценочного отношения подростков к людям с ОВЗ *265*

Козель Е.В., Позывайлова М.Л.

Сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе интеграции в среду нормативно развивающихся сверстников *270*

Козловская Г.Ю.

Психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра на разных возрастных этапах *275*

Кулькова Ж.Г.

Организация помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях психолого-медико-педагогических комиссий *280*

Купреева О.И.

Психологические особенности саморазвития студентов с ограниченными возможностями здоровья *283*

Малинина Н.Ю., Иванова В.Ю., Ахмерова Е.А., Попова С.А. Организация и содержание психологической помощи в условиях образовательного учреждения: Из опыта работы интегративной группы 287

Мусатова О.А.

Психологические особенности реабилитации инвалидов и участников военных действий с использованием групповых методов воздействия 293

Павлова Н.Н.

Повышение педагогической компетенции родителей, воспитывающих ребенка раннего возраста с органическим поражением ЦНС 301

Паксеваткина В.Ю.

Специфика оказания экстренной психологической помощи слабослышащим клиентам службами «Детский телефон доверия» 306

Рязанова А.В.

Группы поддержки для родителей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями в развитии 311

Сергеева Л.Н.

Сенсорное развитие детей раннего возраста со сложным дефектом посредством продуктивной деятельности на занятиях в Лекотеке 316

Слюсарева Е.С.

Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях предшкольного образования 320

Смирнова С. И.

Проблема перехода учащихся с задержкой психического развития из начальной в основную школу 325

Сокгоева Т.Е.

Психологическая помощь ВИЧ-инфицированным людям 330

Сорокин В.М., Изотова М.Х.

К проблеме построения путей психолого-педагогичсекой реабилитации детей, пострадавших в результате теракта (по результатам проекта «Дети Беслана») 335

Тюрина Н.А.

Амбулаторная психологическая помощь в условиях поликлиники.. 339

Хайрулина И.А.

Взаимодействие с семьей студента-инвалида с двигательными нарушениями на начальном этапе обучения в вузе с применением дистанционных технологий 344

Специфика психологической реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья различных нозологий

Александрова М.Н.
Нейропсихологический подход к восстановлению речи в условиях детского стационарного отделения ЦПРиН..... 349
Антропова И.М.
Современные технологии в психологической реабилитации детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата 355
Апсе А.С.
Геронтообразование в Вентспилсском Дигитальном центре 358
Березкина О.В., Климова С.В.
Особенности и структура семьи, имеющей ребенка с особенностями развития. Системный подход в психотерапии семьи..... 365
Букина Ж.Ж.
Образ родителей в сознании детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья как фактор социально-психологической реабилитации…… 373
Быкова В.И., Львова Е.А.
Особенности психологической реабилитации на ранних этапах восстановления сознания у подростков после тяжелой черепно-мозговой травмы..... 376
Власова Р.М.
Нейропсихологический подход к формированию социально-бытовых навыков у подростков с ограниченными возможностями здоровья..... 380
Григорьева И.А.
Факторы, оказывающие влияние на социализацию подростков с эпилепсией 385
Гудилина О.Н.
Реабилитационный потенциал личности пациентов с нарушениями статодинамической функции..... 388
Гусарова С.Б., Игнатьева Н.С., Максакова О.А., Максаков В.Ю.
Пятнадцатилетний опыт психологической нейрореабилитации . 391
Денисенко И.А., Сидорова Л.Г.
Значение нарушений самооценки при эндогенных психозах для реабилитационных мероприятий..... 394
Емельянова М.А., Скворцов А.А., Зайкова А.В.
Основные подходы к восстановлению произвольных движений при апраксии 396
Иванова Е.А.

Совладающее поведение как фактор социально-психологической реабилитации людей с нарушением зрения *399*
Казанцева Н.В., Гомбоева А.С., Прядухина Н.И
Мишени и методы психологической реабилитации больных эссенциальной артериальной гипертензией с суточным профилем «non-dipper» *404*
Казанцева Н.В., Костина Е.М.
Мишени и методы психологической реабилитации больных ишемической болезнью сердца…… *410*
Кислица Г.К.
Некоторые особенности психологической работы с пациентами, имеющими спинальную травму *414*
Коновалова Л.Л.
Формирование личностной культуры у старшеклассников специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида *420*
Курбанов Р.С.
Качество жизни пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Психологические аспекты *424*
Куртанова Ю. Е.
Цели психологической реабилитации детей с муковисцидозом с учетом формирующихся личностных особенностей под влиянием тяжелого хронического заболевания *428*
Лебедева Л.Д.,Музяков В.В., Родионов В.В.
Эмоциональная адаптация женщин с ограниченными возможностями здоровья в процессе восстановительной арт-терапии *433*
Леонгард Э.И.
Слухоречевое развитие – фундамент психологической абилитации и реабилитации детей с нарушением слуха *437*
Леонтьева Е.М., Головина О.Е.
Переоценка ценностей больными шизофренией как ресурс в реабилитационной работе *440*
Лобанова Н.Е.
Психологическая реабилитация лиц с нарушениями речевого развития *446*
Львова Н.В.
Сенсорная комната как современное высокотехнологичное средство психологической реабилитации детей и взрослых *449*
Макарова В.С., Нигаматуллина О.Л. Макаров И.Г.
Комплексная реабилитация детей-инвалидов, имеющих сохранный интеллект *453*

Минина О.Г., Данилова Е.А., Рочева Н.И., Коневская Е.В.
Специфика психологической реабилитации незрячих и слабовидящих детей 459
Пескова О.О.
Психологические аспекты качества жизни у детей с кохлеарным имплантом в США..... 462
Рубан О.В.
Формирование коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра в системе инклюзивного детского сада 467
Сафиуллина А.И.
Взаимодействие психолога и семьи в процессе реинтеграции в образовательный процесс детей, перенесших онкологические заболевания 472
Свиридова Т.В.
Исследование особенностей самоотношения у младших подростков с хроническим соматическим заболеванием (на материале хронического гломерулонефрита и пиелонефрита) 474
Строганова Т.А., Гнитеева Л.Н., Власова Е. Ю.
Особенности когнитивного развития и исполнительных функций при нейроонкологических заболеваниях в детском возрасте 476
Суворова С.А., Гиленкова С.В.
Особенности логопедической работы с детьми со спинальной травмой в условиях стационара..... 480
Султанова А. С.
Психологическая реабилитация детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы негрубого характера 483
Трифонова Е.А.,Чумакова И.О. Михайлов Е.Н.
Клинические факторы качества жизни больных с нарушениями ритма сердца..... 487
Тюрин А.В.
Особенности психической адаптации инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы 494
Ульянова Ю.В.
Особенности психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями с нарушениями опорно-двигательного аппарата..... 498
Федотова Э. Л.
Психологическая группа для сиблингов детей с расстройствами аутистического спектра..... 502
Фуфаева Е.В., Семенова Ж.Б., Лукьянов В.И., Петряйкин А.В.

Нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой в реабилитационном процессе 506
Хвостова Е.В.
Формирование коммуникативных умений у детей младшего школьного возраста с речевыми нарушениями во внеурочной деятельности (на материале занятий фольклорного ансамбля).....510
Царева Н.А.
В погоне за днями, наполненными смыслом..... 516
Шехорина А.В.
Роль надежды в процессе реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга..... 518
Актуальные вопросы социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья
Амвросова О.А.
К обоснованию проблемы формирования рефлексивных умений у детей с ОВЗ..... 524
Арабкина Н.В.
Социокультурная реабилитация детей-инвалидов в художественно-творческой деятельности..... 526
Афонин А.Б.
Социокультурные аспекты режиссуры в особом театре (Между терапией искусством и эстетическими концепциями искусства авангарда)..... 527
Баймуратова А.Т.
Психологические аспекты интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательное пространство 534
Верещагина Н. В
Инклюзивное образование как форма социокультурной реабилитации дошкольников со сложными дефектами развития 539
Верховская М.А., Попова Н. Т.
«Древо ремесел» как ресурс социокультурной реабилитации..... 542
Востров И.М.
Формирование сознательного отношения к выбранной профессии у неслышащих студентов театрального факультета ГСИИ в процессе обучения..... 547
Гончарук А. Ю.
Социокультурная реабилитация молодёжи с ограниченными возможностями 550
Горбунова А.Ю., Плотников С.Г.

Отношение педагогических работников к развитию инклюзивного образования в Новосибирской области *556*
Евдокимова В.В.
Социокультурная реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного обучения в колледже *564*
Загрядская В.Н.
Особенности формирования языковой компетентности подростков с интеллектуальной недостаточностью в учреждении дополнительного образования *569*
Захматова И.А
Программа социокультурной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями *576*
Калачев С.Г.
Крупная польза мелкой моторики: Развитие мелкой моторики при помощи основных цирковых жанров *579*
Козлов Е.С., Пименкова О.М.
Опыт организации работы по сохранению социального здоровья детей с ОВЗ на муниципальном уровне *583*
Курочкин А. В., Белкина Ю.А.
Опыт организации кулинарных мастерских с людьми, имеющими ограниченные возможности передвижения *586*
Леханова О.Л., Чистянова М.Н.
Волонтёрство как средство социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья *590*
Моздокова Ю.С.
Театральная анимация в системе социокультурной реабилитации молодых инвалидов *595*
Назарова Н.Р.
Возможности применения арт-терапии на разных этапах лечебно-реабилитационной работы при психических расстройствах *600*
Окулова Е.Л.
Особенности эмпатии как составляющей эмоционального интеллекта у подростков с задержкой психического развити *606*
Похилько Д.Н.
География и виды безбарьерного туризма в России *609*
Силантьева Т.А.
Проект трудовой интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья для работы на предприятиях России *615*
Сунцова А.С.

Особенности эмоционального состояния детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в различных социально-педагогических условиях..... 619

Тарасов Л. В.

Проблема пренебрежения интересами ребенка-инвалида в семье в контексте анимационной работы 624

Филимонов А.А.

Работа с инвалидами психоневрологического профиля в этнографическом музее (из опыта Российского этнографического музея) 628

Психологические аспекты реабилитационной среды

Галасюк И.Н.

Психологическое сопровождение социальной реабилитации семьи инвалида: проблемы и перспективы..... 635

Гончарова В.А., Китаева Н.Н.

Психологические аспекты семейного воспитания дошкольников со стертой дизартрией…… ..640

Елисеева И.Г.

Опыт использования Монтессори-педагогики в условиях специальной школы 645

Пастухова М.В.

Проблема эмоционального состояния родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии 651

Сердюк Л.З.

Психологические предпосылки самореализации студентов с ограниченными возможностями здоровья в интегрированной образовательной среде..... 655

Оценка эффективности психологической реабилитации

Гурович И.Я., Ривкина Н.М.

Эффективность групповой психосоциальной работы с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами..... 661

Евстропова С.И.

Оценка эффективности психологической реабилитации детей раннего возраста ……..659

Ингуран О.В.

Семейные расстановки и речевые нарушения..... 669

Казанцева Н.В., Шерстобитова Л.Е.

Оценка эффективности социально-психологической реабилитации пожилых с низким социально-экономическим статусом
Панков М.Н., Грибанов А.В., Рудакова Е.В.
Изменения нейроэнергометаболизма у детей с синдромом дефицита внимания при ЭЭГ-биоуправлении 682
Ульчева Т. А., Василенко О.М., Сукнина О.А.
Группы взаимопомощи как современный подход к реабилитации психически больных 687
Подготовка специалистов в области психологической реабилитации
Леханова О.Л., Денисова О.А., Селина А.В.
Стратегия подготовки специалистов к сохранению социального здоровья дошкольников с ОВЗ..... 692
Нурлыгаянов И.Н., Хайртдинова Л.Ф.
Образ профессионала в представлениях педагогов-дефектологов..... 697
Смирнова С.В.
Психическая гибкость специалиста в помогающих профессиях как ресурс реабилитации клиента с ограниченными возможностями 702
Столярова С.С., Назметдинова И.С. 706
Барьероустойчивое поведение в профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий 706

Теоретико-методологические проблемы психологической реабилитации

Внедрение инновационной модели комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ГУ «Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники»

Григорьев Д.А.
ГУ «Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники», г. Москва

Социальная реабилитация понимается как восстановление у ребенка основных социальных функций личности, психического, физического и нравственного здоровья, социального статуса [1].

С учетом перехода от медицинской модели реабилитации к социальной модели, которая планируется в 2012 году, требуется современная системная комплексная модель социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, прогнозирование и моделирование индивидуальной программы реабилитации (ИПР) в центрах социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, с учетом новых стандартов (ИПР), является актуальной.

Традиционно в помощь решения вопроса реабилитации была призвана (ИПР), которую ребенок с ограниченными возможностями здоровья получал при прохождении освидетельствования в бюро МСЭ, где указываются степени ограничений по основным категориям жизнедеятельности. К сожалению, реально вопрос формирования ИПР остается слабо проработанным. Основной причиной является отсутствие механизма взаимодействия между многочисленными участниками реабилитационного процесса. Это происходит потому, что в процессе комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, особенно в части формирования и реализации ИПР, участвует более десятка структур, на каждую из которых должно быть возложено выполнение конкретных реабилитационных мероприятий. Без объединения усилий и

координации действий участников реабилитационного процесса обеспечить его эффективность невозможно.

На первом этапе организации инновационной модели комплексной социальной реабилитации основной задачей является создание программы развития. В центре разработан план поэтапной медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации детей ограниченными возможностями здоровья и их семей на разных социальных уровнях:

-микроуровень: информационная, социальная и психологическая помощь родителям детей-инвалидов и детей с ограничениями возможностями на ранних этапах, при постановке диагноза инвалидности ребенку.

-макроуровень: системное сопровождение междисциплинарных команд оказания комплексных реабилитационных услуг с кондуктивным контролем на каждый квартал.

-метоуровень: муниципальная и межведомственная модель взаимодействия.

В сложившейся ситуации ГУ Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники» г. Москвы (ЦСР) разрабатывает и внедряет новую, стандартизированную методику работы специалистов и методологию управления ЦСР с детьми с ограниченными возможностями.

Методическое обеспечение работы по вопросу организации медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации строиться в зависимости от ведущей степени ограничения жизнедеятельности данной категории клиентов центра, учитывая индивидуальную программу реабилитации.

Методика предполагает использование разработанных интегрированных амбулаторных карт специалистов, участвующих в медико-психолого-педагогической комиссии (МППК), и специалистов, проводящих индивидуально-реабилитационный маршрут, где прописан алгоритм и учтены все необходимые параметры для работы конкретного специалиста с каждым отдельным ребенком, с динамическим поквартальным контролем. Учет рабочей реабилитационной информации по каждому ребенку происходит в электронном виде в специально разработанной программе, которая помогает моделировать результаты текущей картины комплексной социальной реабилитации ребенка-инвалида с учетом рабочей информации от всех сопутствующих специалистов ЦСР. Это в дальнейшем, при последующих реабилитационных мероприятиях,

позволит увидеть динамику изменений состояния ребенка с ограниченными возможностями здоровья в разном возрастном интервале.

В разработке данных карт учитывался передовой зарубежный и российский опыт в вопросах комплексной социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, изучены различные подходы, предложения, проекты со стороны ведущих российских специалистов в области реабилитации.

В картах представлены блоки: диагностики, коррекции, мониторинга, экспертный блок.

Алгоритм работы специалистов МППК начинается с разработанных и интегрированных в базу данных анкет комплексной социальной реабилитации для родителей или опекунов.

Основные задачи экспертного блока: оценить возможность прохождения ребенком индивидуального реабилитационного маршрута, оценить эффективность реабилитационных мероприятий, оценить риск оказания медицинской, психологической и педагогической помощи.

Основные задачи диагностического блока – это оценка состояния здоровья ребенка по направлениям медицинской, психологической и педагогической диагностике. Данный блок помогает в планировании индивидуального реабилитационного маршрута, где указывается, какое направление является приоритетным.

Основные задачи коррекционного блока – это формирование навыков общения, обучения, самообслуживания, передвижения, ориентации, трудовой деятельности и способности контролировать свое поведение.

В каждом из блоков карты МППК у каждого специалиста комиссии выделены 5 критериев междисциплинарных показателей. При обследовании ребенка на комиссии, экспертами дается качественная оценка всех показателей с выводами о целесообразности использования индивидуального реабилитационного маршрута. Специалист комиссии оценивает специфические нарушения в жизнедеятельности, где он является главным экспертом по направлению, другие являются второстепенными экспертами, но в процессе оценки тоже принимают участие.

Для визуализации результата измерений в системе реабилитации используется лепестковая диаграмма, на которой, кроме полученных данных, может быть представлена дополнительная нормативная информация в числовой и интервальной форме [2].

При динамическом прослеживании лепестковой диаграммы создается нейронная сеть, которая в дальнейшем программируется в комплексную системную модель индивидуальной программы реабилитации детей с ограниченными возможностями, а это, в свою очередь, позволяет установить систему взаимодействия с бюро медико-социальной экспертизы в виде экспертной системы по вопросу эффективности составления мероприятий ИПР.

Как отмечают А.С. Катасев, М.А. Подольская, «для создания гибридной нейронной сети используются нейронные сети и методы нечеткой логики для обработки баз данных» [3].

При управлении реабилитационным процессом необходима ресурсная база данных и системы поддержки принятия решений для реализации оценки эффективности. При создании комплексного алгоритма, учитывающего социальные, медицинские, психолого-педагогические показатели, можно проводить моделирование и прогнозировать индивидуальные программы реабилитации, индивидуальные реабилитационные маршруты, экономические и юридические риски не только в ЦСР, но и в межведомственных структурах.

Создание методической службы социальной реабилитации по городу Москве, совместная организация методической и методологической работы с ведущими медицинскими и психолого-педагогическими университетами, является неотъемлемой частью комплексной социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями.

Таким образом, ЦСР Д-И и ДОЖ «Нагатино-Садовники», реализуя инновационную модель в области комплексной социальной реабилитации детей с ограничениями жизнедеятельности, предполагает возможность использования данной разработанной методологии и методики в других специализированных центрах города Москвы. Данная разработка требует временных затрат и коррекцию ошибок, которые могут встретиться при ее реализации.

Литература

1. Реабилитация социально дезадаптированных детей и подростков: Краткий словарь ля сотрудников специализированных учреждений социальной реабилитации несовершеннолетних [Текст] / Сост.: Г. М. Иващенко, В. Н. Бушуев при участии В. И. Ширинского. – М.: НИИ семьи, 1998. – 28 с.

2. Научно-методические рекомендации по оценке

эффективности индивидуальных программ реабилитации в условиях организаций социальной защиты, работающих с семьей и детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. / В.Я. Карташов, Е.А. Кагакина, А.И. Юдина, Т.А. Хорошева - ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет». Отпечатано на участке оперативной полиграфии КемГУ. – Кемерово, 2008. – 14 с.

3. Катасев А.С., Подольская М.А. Казанский государственный технический университет им. А.Н. Туполева. Казанская государственная медицинская академия. Неврологический вестник - 2006, стр.85-90.

Психологическая подготовка детей с ОВЗ к этапу школьного обучения

Екжанова Е.А.
ГОУ Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Ясенево» ЮЗОУО ДО, г. Москва

Подготовка детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) к школьному обучению строится на взаимодействии двух взаимодополняющих систем: абилитации и реабилитации. При этом абилитация обеспечивает использование базового ресурса развития детского организма, активизацию его компенсаторных механизмов, а реабилитация направлена на восполнение упущенного в процессе развития ребенка и восстановление социальных связей и отношений, вторично утраченных в ходе онтогенеза [3]. Чем старше ребенок и чем глубже степень выраженности имеющихся нарушений, тем больше преобладают реабилитационные подходы. Если ребенок был включен в коррекционно-развивающую работу на этапе раннего детства, мы можем говорить об абилитации как о ведущем принципе организации всего коррекционно-образовательного процесса в целом. В плане целенаправленной работы важно учитывать также адресность и продолжительность дошкольного образования, интенсивность комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения, включенность родителей в реализацию индивидуального коррекционно-образовательного маршрута ребенка и время

наступления у него психофизиологической зрелости и готовности к школьному обучению.

Поскольку школьный возраст – это особый, очень значимый период в жизни ребенка, связанный с глубокими изменениями, происходящими в его психологическом облике, нужно учитывать, что, несмотря на существенные отклонения в развитии ребенка с ОВЗ, подготовка к школе должна заложить основу для таких функций, которые в дальнейшем будут обеспечивать сами возможности его самостоятельной эффективной жизнедеятельности в обществе:

- для формирования мотивов учения, развития устойчивых познавательных потребностей и интересов;
- развития продуктивных приемов и навыков учебной работы, «умения учиться», самостоятельно или с помощью взрослого добывать и усваивать информацию;
- раскрытия индивидуальных особенностей, возможностей и способностей;
- развития навыков самопринятия, самоконтроля, самоорганизации и саморегуляции;
- становления адекватной самооценки, развития критичности по отношению к себе и окружающим;
- усвоения основных социальных норм, нравственного развития;
- развития навыков общения со сверстниками, установления прочных, ситуативных или эпизодических дружеских контактов с ними.

Давно известно: начало обучения в школе неизбежно влечет за собой резкое изменение всего образа жизни ребенка и предъявляет серьезные требования к его физическому и психическому здоровью.

Начало школьного обучения практически совпадает с периодом второго физиологического криза, приходящегося на возраст 7 лет (в организме ребенка происходит резкий эндокринный сдвиг, сопровождаемый бурным ростом тела, увеличением внутренних органов, вегетативной перестройкой). Это означает, что кардинальное изменение в системе социальных отношений и деятельности ребенка совпадает с периодом перестройки всех систем и функций организма, что требует большого напряжения и мобилизации его резервов.

Однако, несмотря на отмечаемые в это время определенные осложнения, сопровождающие физиологическую перестройку (повышенная утомляемость, нервно-психическая ранимость ребенка), физиологический криз не столько отягощает, сколько, напротив,

способствует более успешной адаптации ребенка к новым условиям. Это объясняется тем, что происходящие физиологические изменения отвечают повышенным требованиям новой ситуации. Более того, для детей, отстающих в общем развитии по причинам педагогической запущенности, этот криз является последним сроком, когда еще можно догнать сверстников.

Несовершенство нервной регуляции во многом и объясняет недостаточную точность и быстроту выполнения движений, трудность завершения их по сигналу. При выполнении движений основной контроль принадлежит зрению; и к тому же не просто фиксируется «поле деятельности», а прослеживается все движение от начала до конца. Поэтому дети так тщательно, с таким старанием выводят буковки, срисовывают рисунки, так трудно им провести даже несколько строго параллельных линий, трудно на глаз определить величину букв. И понятно: намного легче писать крупные буквы, рисовать большие фигуры. Эти особенности необходимо учитывать при формировании у детей навыков письма.

Важнейшие новообразования возникают во всех сферах психического развития ребенка: преобразуются интеллект, личность, социальные отношения. Ведущая роль учебной деятельности в этом процессе не исключает того, что младший школьник активно включен и в другие виды деятельности (игра, элементы трудовой деятельности, занятия спортом, искусством и пр.), в ходе которых совершенствуются и закрепляются новые достижения ребенка. А ребенок, чье развитие не укладывается в рамки возрастной нормы, просто имеет право на реализацию своих потребностей в рамках ведущей и типичных видов детской деятельности, относящихся к более раннему периоду онтогенеза. При этом нужно учитывать, что успешность адаптации ребенка к школе обусловлена наличием дополнительных условий образовательной среды, позволяющих детям с ограниченными возможностями здоровья осваивать образовательную программу, а также включаться в различные системы психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи.

А.Л. Венгером в психологию развития введено новое понятие «функционирования», под которым автор понимает «индивидуальный вклад участника в совместную деятельность». Совместность состоит в том, что она предполагает строго определенные формы активности каждого из участников [1]. Эти формы, как и функции участников,

взаимодополнительны. Так, активности взрослого, направленной на обучение ребенка, соответствует активность последнего, направленная на усвоение предложенного содержания. Функционирование взрослого определяется социально заданными (культурно выработанными) воспитательными нормами, которые, как подчеркивает автор, могут быть субъективно представлены в самой разной форме – от личных представлений о природе ребенка и воспоминаний о собственном детстве до психолого-педагогических познаний, почерпнутых из научной литературы. Функционирование ребенка – это активный ответ на функционирование взрослого, модифицирующий само исходное воздействие. Однако присвоение социального опыта осуществляется благодаря прямой связи – управлению со стороны взрослого, который является носителем социальных образцов.

Как известно, центральными новообразованиями младшего школьного возраста в условиях нормативного онтогенеза являются:

- качественно новый уровень развития произвольной регуляции поведения и деятельности;
- рефлексия, анализ, внутренний план действий;
- развитие нового познавательного отношения к действительности;
- ориентация на группу сверстников [2].

При подготовке к обучению ребенка с ОВЗ специалистам необходимо объективно оценить качественное состояние этих новообразований или, при их отсутствии, предпосылки их становления в ближайшей и отдаленной перспективе.

Психологу также необходимо получить информацию о характере протекания процесса адаптации к регулярному обучению в школе (затруднения в адаптации, нарушения поведения, непереносимость нагрузок) и собственно трудности овладения программным материалом по отдельным предметам базовой школьной программы. Необходимо отметить сроки и условия возникновения отмечаемых трудностей.

Обращается внимание на возникновение сопутствующих проблем (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной расторможенности и неуправляемости). Безусловно, эти проблемы могут возникнуть не только в начале обучения в школе, но и появиться гораздо раньше. Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные события предшествовали или сопровождали возникновение у ребенка проблем такого рода.

И, наконец, важно отметить наличие у ребенка частых респираторных заболеваний или обострения хронических, тяжелых инфекционных заболеваний, травм (особенно черепно-мозговых), хирургических операций, применения наркоза, что, возможно, в той или иной степени повлияло на психическое развитие ребенка, степень его психофизиологической зрелости и здоровья.

Особенности младшего школьного возраста свидетельствуют о широких возможностях развития ребенка на данном возрастном этапе. В течение этого периода на качественно новом уровне реализуется потенциал ребенка как активного субъекта, познающего окружающий мир и самого себя, приобретающего собственный опыт существования в этом мире. Особая ценность этого возрастного периода заключается в том, что он является сенситивным для тех функций, которые послужат основой для развития компенсаторных механизмов организма на ближайший период детского развития.

Таким образом, младший школьный возраст является этапом существенных изменений в психическом и физическом развитии ребенка. Полноценное проживание ребенком данного возрастного периода возможно лишь при определяющей и активной роли взрослых (учителей, родителей, воспитателей, психологов), основной задачей которых является создание оптимальных условий для раскрытия и реализации потенциальных возможностей младших школьников с учетом индивидуальных особенностей каждого ребенка. А ориентация на зону ближайшего развития ребенка с ОВЗ позволит всем заинтересованным взрослым создать условия для расширения его социальных контактов, активного освоения новой социальной ситуации развития и овладения основами школьных знаний на доступном ребенку уровне.

Литература

1. Венгер А.Л. Соотношение возрастных и индивидуальных закономерностей психического развития ребенка: Автореф. дис.… докт. психол. наук. – М., 2002. – 46 с.

2. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Собр. соч.: в 6 т. – М., 1983. – Т.5. с. 177.

3. Екжанова Е.А., Резникова Е.В. Основы интегрированного обучения: пособие для вузов. – М.: Дрофа, 2008. – 286 с.

4. Екжанова Е.А., Стребелева .А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста с неярко выраженными отклонениями в развитии: научно-методическое пособие. – Спб.: Каро, 2008. – 336 с.

5. Петрунек В.П., Таран Л.Н. Младший школьник. – М., 1981.

Психологические проблемы нейрореабилитации

Зинченко Ю.П., Вишнева А.Н.
МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва

Комплексный подход к здоровью и лечению человека в последнее время активно разрабатывается в психологии, медицине и нейрореабилитации. В настоящей статье мы остановимся на некоторых психологических проблемах, с которыми сталкиваются психологи и нейродефектологи в нейрореабилитационном процессе пациентов, перенесших инсульты и черепно-мозговые травмы.

Для создания полной картины проживания тяжелого хронического заболевания необходимо рассмотреть подробнее ситуацию болезни. Болезнь в полной мере может рассматриваться как критическое и кризисное событие в жизни человека. Критическая ситуация в психологии определяется как «ситуация **невозможности,** т.е. такая ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних **необходимостей** своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.)» [3]. Болезнь в полной мере соответствует данному определению. Однако, в отличие от других критических жизненных ситуаций, болезнь имеет свои особенности. Одной из которых является то, что стрессором и источником ограничения возможностей чаще всего является тело заболевшего человека. Ситуация тяжелого соматического заболевания – это длительная ситуация, качественно меняющая жизнь человека и, как правило, не имеющая обратного развития. Еще одним существенным отличием хронического соматического заболевания как критической ситуации является то, что разрешение данной ситуации в полной мере не подвластно человеку, ситуация здоровья и болезни лежит за рамками непосредственных человеческих возможностей, человек не может вновь стать здоровым. Болезнь является также и кризисной ситуацией, делящая жизненный путь человека на период «Я до болезни» и «Я после болезни». Болезнь как критическая ситуация имеет внутренние и внешние ограничения возможностей человека. Внутренние ограничения это ухудшение здоровья и самочувствия, парализация конечностей, приводящих к значительным затруднениям в передвижении и полноценном обслуживании себя. Внешние – это

снижение социальной активности, снижение или потеря социального и профессионального статуса, потеря друзей, работы, прерывание учебы. Болезнь, меняя и ограничивая условия функционирования организма, меняет иерархию мотивов и смыслов личности. Попав в ситуацию тяжелого заболевания человеку необходимо найти в себе ресурсы справиться с ней, потеряв, опять обрести равновесие, перестроить систему ценностей и мотивов для дальнейшего полноценного функционирования в социуме [2].

Ниже мы рассмотрим основные психологические проблемы переживания собственного заболевания и последующей инвалидности на примере больных, перенесших инсульты и черепно-мозговые травмы, имеющих в качестве последствий заболевания нарушения речи (афазии и дизартрии) и парализацию конечностей, чаще правой руки и ноги. Исследование проводилось на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации (ЦПРиН). В исследовании приняли участие пациенты в возрасте от 20 до 45 лет с нейропсихологическими диагнозами афазия средне легкой/легкой степени выраженности, дизартрия средней/легкой степени выраженности. Исследование проводилось в виде клинического полуструктурированного интервью с пациентами, целью которого было выявление отношения к болезни и преобладающих стратегий совладания с ситуацией болезни, получение информации о жизненной ретроспективе и перспективе больных.

С момента возникновения заболевания у человека начинает формироваться отношение к данной болезни, или внутренняя картина болезни, состоящая из разных уровней переживаний: болевых ощущений и физического самочувствия (сенсорный уровень), информации о болезни (когнитивный уровень), эмоционального отношения и оценивания данной болезни (эмоциональный уровень) [4], [8], [9]. Очевидно, что болезнь как критическая ситуация в жизни человека, наступающая внезапно для человека и нарушающая привычное функционирование организма и личности в социуме, активизирует защитные механизмы и стратегии совладания [1], функцией которых является сохранение личностной целостности и восстановление психологического баланса. В отличие от защитных механизмов, стратегии совладания (копинг-стратегии) осознаются человеком и применяются произвольно, формируют активную позицию человека как субъекта собственной активности, рассчитаны на долгосрочный период [6].

Одной из основных психологических проблем переживания собственного заболевания является непринятие пациентом своего

заболевания. Данный феномен является одной из базовых проблем, тормозящих процесс нейрореабилитации. Непринятие своего заболевания выражается, в частности, в непринятии собственного тела, своего самочувствия, недовольство работоспособностью, своей речью и памятью. 90% пациентов при рассказе о собственной болезни и о жизни после болезни, говорят о том, что их жизнь разделилась на «до болезни» и «после болезни». В проективных методиках также прослеживается данное видение собственной жизни («я до болезни – здоровый, сильный, красивый и я после болезни – больной, слабый, некрасивый»). Как ни парадоксально, но отвержение собственного заболевания приводит к его игнорированию, к игнорированию собственного дефекта, к некритичности, неадекватному поведению и к отсутствию мотивации для построения процесса реабилитации. Активность человека в данном случае направляется на борьбу с самим собой и своей болезнью. Данная психологическая позиция приводит к мысленному уходу в прошлое, проявляющемуся в постоянном сравнении себя и своего тела с «телом до болезни»; своих речевых, мнестических и других психических способностей с тем, «каков я был до болезни»; к постоянному желанию вернуться к состоянию здоровья «до болезни». В беседе пациенты с данной психологической позицией часто жалуются на то, что «жизнь остановилась», они отказываются строить планы на будущее, говоря, что «начнут жить только тогда, когда полностью восстановятся».

Несмотря на это упорство, большинству больных так и не удается вернуть прежнее здоровье. Пациенты, принимающие свое заболевание, оказываются более успешными в реабилитации, демонстрируют гармоничный тип отношения к болезни и большее количество психологических ресурсов. В беседе данные пациенты обнаруживают наличие конкретных и достижимых целей на ближайшее будущее. Они не подавляют другие виды деятельности, но продолжают жить здесь и теперь, в настоящих условиях. Принятие болезни, а не «бегство в нее» обозначает не пассивную позицию согласия, смирения с болезнью, но гибкую перестройку системы мотивов и целей под изменившиеся условия существования, что способствует более эффективному восстановлению.

Другой психологической проблемой, тормозящей процесс реабилитации, является общая пассивная позиция пациента по отношению к своему заболеванию и, соответственно, к процессу реабилитации и восстановления. Данная позиция проявляется в значительной инфантилизации личности пациента. Развитию данной позиции способствует получение вторичной выгоды от болезни и от

ощущения себя инвалидом. Пациент с данной позицией «больного» начинает оправдывать свое поведение тем, что «он больной и ему все можно». С позиции взрослого человека пациент переходит в позицию капризного ребенка, считающего, что все его желания должны выполняться по первому требованию. Пациенты с данной установкой отказываются принимать ответственность за свои действия, не чувствуют себя в полной мере субъектами собственной активности. В личностных характеристиках данных пациентов преобладает внешний локус контроля, эгоцентризм и пассивная жизненная позиция [7]. В реабилитации данные пациенты, как правило, также достаточно пассивны, часто отказываются от выполнения реабилитационных заданий, считают, что «само все пройдет». Иногда при разговоре с таким пациентом приходится слышать приблизительно следующее: «доктор, дайте мне таблетку, чтобы я сразу вылечился» или «загипнотизируйте меня, чтобы я завтра выздоровел».

Следующей немаловажной проблемой реабилитационного процесса является отсутствие у некоторых пациентов мотивации планирования своего будущего. Как правило, это проявляется или в принципиальных отказах строить планы на будущее, жизни только в прошлом и настоящем, или в постановке неадекватных, заведомо недостижимых целей. Такое отношение к будущему, как правило, сопутствует позиции непринятия своего заболевания и/или инфантильной, пассивной личностной позиции по отношению к своему заболеванию. В первом случае это приводит к неопределенности будущего, к отсутствию рефлексии собственных желаний и планов. Во втором – к неизбежным разочарованиям, т.к. цели были слишком завышены и неадекватны. Неопределенность будущего и отсутствие планов на ближайшее будущее приводит к частичной потере смысла реабилитации. Например, такие пациенты затрудняются ответить, зачем они восстанавливают речь, где и для чего они ее будут использовать.

Таким образом, мы осветили некоторые из проблем, с которыми сталкиваются психологи в процессе реабилитации. Данные проблемы, как правило, не зависят от тяжести заболевания и не всегда обусловлены мозговой патологией. Часто пациент с легким речевым и двигательным дефектом демонстрирует выраженные психологические проблемы непринятия своего заболевания, значительно тормозящие процесс реабилитации. Эти проблемы должны быть в фокусе внимания психологов и нейрореабилитологов и прорабатываться не только в индивидуальной, но и в групповой психологической работе. Несомненно, психологическая работа с пациентом должна проходить

с привлечением родственников пациента, членов его семьи. Только комплексный подход к пациенту, помимо неврологического дефекта и нейропсихологического диагноза, учитывающий личностные особенности пациента, отношение к болезни, стратегии совладания, семейную ситуацию и другие аспекты, дает наилучшие результаты и возвращает человека к гармоничному функционированию в социуме.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита. // Психологический журнал, 1994. Т. 15, № 1. С. 3 – 19
2. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. Учебное пособие. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд – во МГУ, 1984
4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб, 2005
5. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т.3 Проблемы развития психики/Под ред. А. М. Матюшкина. - М.: Педагогика, 1983. - 368 с., ил.
6. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. Кострома: «Авантитул», 2004
7. Леонтьев Д.А., Рассказова Л.И. Тест жизнестойкости. М., Смысл, 2006.
8. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. М., «МЕДИЦИНА», 1977.
9. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., Изд. Московского университета, 1987.

Права инвалидов в свете социальной психологии

Каменева О.В.
РООИО «Люди в колясках», г. Москва

Даже при самом поверхностном взгляде проблема социального неравенства инвалидов по сравнению с условно-здоровыми людьми (то есть с людьми, у которых нет справки об инвалидности) рассматривается как проблема ущемления интересов очень большого

количества людей, как дискриминация по признаку инвалидности в течение довольно длительного исторического периода. Но необходимо отметить не только социальное, но и психологическое неравенство инвалидов в социуме, и со всей ответственностью обозначить эту проблему как актуальную.

Инвалид – понятие, которое, в принципе, должно быть не только и не столько медицинским (связанным с диагнозом и состоянием здоровья), сколько социальным, связанным с социальным статусом. В советскую эпоху торжествовала медицинская модель инвалидности, и влияние такого подхода заметно и в наше время. Это влияние наложило серьезный отпечаток и на развитие социальной психологии в России как научной дисциплины. Бесспорно, медицинская составляющая является и должна являться частью социальной модели инвалидности. Но акцент в социальной, более прогрессивной модели делается отнюдь не на медицинской составляющей. Иначе нам пришлось бы признать жесткую дифференциацию уже внутри медицинской модели, то есть пришлось бы признать за непреложную истину резкое социальное и психологическое отличие людей с различными диагнозами друг от друга, разграничивая уже не только инвалидов от не инвалидов, но и самих инвалидов с различными диагнозами примерно как людей различных национальностей.

Несмотря на очевидную актуальность, проблема социального неравенства инвалидов и условно-здоровых людей вряд ли освещалась как в советской, так и в постсоветской науке. Вот что интересно: утверждение, что проблемы людей с инвалидностью - это «личное» (имеют отношение преимущественно к личному состоянию здоровья и настроению), до сих пор преобладает – во всяком случае, в России. А ведь проблемы людей с инвалидностью имеют серьезное социальное значение, которому в современных психологических исследованиях пока что уделялось явно недостаточное внимание.

Проблема социализации и психологической адаптации человека с инвалидностью важна на различных уровнях социума: в семье, среди родственников, на работе среди коллег и даже просто среди прохожих на улицах города. И в данном случае подход «инвалидом может стать каждый» – это обоюдоострый меч: такой подход может как помочь, так и навредить. Ведь если такое может случиться с каждым, то «какой ужас, если со мной или с близкими», а если уже случилось, то так и фиксируется отношение как «отношение к непоправимому несчастью».

Мало кому не знаком психологический термин «уход в болезнь», когда человек считает себя прежде всего инвалидом (то есть

глубоко больным человеком) и исходя из такого представления о себе строит свою жизнь. Когда и сам человек с инвалидностью, и его окружение воспринимают человека с инвалидностью не иначе как «живой труп», в связи с чем инвалид провоцируется на суицид как максимум и на ощущение себя «непоправимо несчастным», да еще и виноватым перед всеми за то, что все еще жив и нуждается в помощи. Но реальность чаще всего далека от стереотипа, который гласит, что различие ролей в обществе определяется состоянием здоровья и диагнозами людей, от стереотипа, что справка об инвалидности – это своего рода «приговор».

Вместе с тем и отношение многих людей без инвалидности как бы «подталкивает» человека с инвалидностью «уйти в болезнь». «Подталкивает», если человек без инвалидности (то есть «условно здоровый» человек) в своих представлениях о реальности и, соответственно, в своем отношении к людям с инвалидностью исходит из так называемого «двойного стандарта», при котором оценка или трактовка ситуаций диаметрально противоположна в зависимости наличия справки об инвалидности у действующих лиц. Представители этих двух социальных статусов трактуются как «совершенно различные» люди. Нередко такое отношение граничит с абсурдом или же становится свидетельством психологической дискриминации по признаку инвалидности.

В своем психологическом исследовании мы опирались на классификацию социолога М. Эйхлер [1], которая, что необходимо специально отметить, создала эту схему для исследований совсем в другом направлении социальной психологии. Однако нас привлекло ее наблюдение, что если один из социальных статусов члена общества берется за норму, в общественном мнении выстраивается весьма устойчивая бинарная оппозиция.

В том вопросе, который мы взяли для рассмотрения, в качестве так называемого «нормального» социального статуса принят статус «условно-здорового» человека, который характеризуется отсутствием у человека справки об инвалидности.

Таким образом, можно представить следующие оппозиции, отражающие психологическую дискриминацию по признаку инвалидности.

1. Здоровье-центризм.

Это взгляд на мир с точки зрения «условно нормального» человека, то есть человека без справки об инвалидности. Именно этот человек (по умолчанию) воспринимается и описывается как действующее лицо (субъект). При этом человек с инвалидностью

(«условно-ненормальный» человек) рассматривается как некий пассивный объект. Крайние формы здоровье – центризма: игнорирование людей с инвалидностью; инвалидо-ненавистничество;

2. Сверхобобщение / сверхспецифичность.

Сверхобобщение – речь идет как о чем-то общезначимом для условно-нормальных людей и условно-ненормальных (то есть инвалидов), но подразумевается что-то одно (например, «все люди одинаковые, значит, специально для инвалидов ничего делать не надо»);

Сверхспецифичность – наоборот позиция, где речь идет как бы о чем-то одном, хотя на самом деле задействованы оба (например, «никто не сможет понять инвалида, если он сам не инвалид, так что не стоит и пытаться»).

3.Нечувствительность к инвалидности.

Это игнорирование проблемы инвалидности (как социально важной переменной) при изучении тех или иных явлений. В результате такого игнорирования проблемы инвалидов не могут быть даже зафиксированы.

4. Двойной стандарт.

Это оценка или трактовка ситуаций различным образом в зависимости от здоровья или инвалидности действующих лиц. Например, «нормальным, то есть здоровым, можно создавать семью и рожать детей, а инвалидам нельзя» или наоборот – «инвалидам можно быть алкоголиками, а нормальным людям, то есть здоровым, нельзя». То есть права и потребности людей без группы инвалидности и инвалидов часто трактуются в качестве различных как социально, так и психологически.

5. «Предназначенность» инвалида.

Это приписывание социальных черт или атрибутов только людям с инвалидностью (например, «если ты инвалид, твое место … «диспетчер на домашнем телефоне» или «твое место в инвалидном доме»). Так же возможна дискриминация как акцент на том, что для воспитания ребенка здоровый родитель (и даже не родственник, но без инвалидности) якобы более важен, чем родитель с инвалидностью.

Легко понять, что данные психологические оппозиции активно препятствует интеграции людей с инвалидностью в социум.

Вот так кратко можно было бы обозначить некоторые «болевые точки». Модели поведения «условно-здоровых» людей и людей с инвалидностью, то есть социально-детерминированное поведение, безусловно, достойно изучения. Различные аспекты отношений между

«условно-здоровыми» людьми и людьми с инвалидностью ждут своих исследователей.

Задача данной работы – обозначить и рассмотреть проблему, заявить о необходимости изучения данного аспекта социальной психологии.

Литература

1. Эйхлер М. Двойной стандарт, Лондон, 1980.

Психологические основания социальной мифоонтологии людей с ограниченными возможностями здоровья

Косов А.В.
КГУ им. К.Э. Циолковского,
г. Калуга

Логика развития современной социальной ситуации в нашей стране, характеризуемая разрушением и кризисом социальных ценностей и идеалов общества, ведет к их переоценке и изменению, переосмыслению жизни людьми. Особое внимание в последнее время стало уделяться адаптации людей с ограниченными возможностями, причем таких людей становится все больше и, соответственно, труд их все больше нужен человеческому сообществу. Кроме того, большое количество людей, получивших в различное время травмы, приведшие к полной ли частичной нетрудоспособности, не хотят мириться с положением пассивной жертвы обстоятельств, сами активно вмешиваются в дела сообщества, существенно влияя на процессы, в нем происходящие.

Социальная адаптация – сложное образование, происходящее одновременно на трех уровнях: на уровне общества; уровне семьи; личностно-индивидуальном уровне, причем в этой многоуровневой структуре возникают различные противоречия: естественно-эволюционные, семейно-общественные, индивидуально-семейные, социально и асоциально значимые и пр. Результаты социальной адаптации людей к современной ситуации зависят как от личных социально-демографических характеристик (состояния здоровья, семейное положение, социальная востребованность), так и от помощи со стороны социальных институтов: государства, семьи, социальных служб, общественных организаций. В связи со всем вышесказанным, очевидна необходимость рассмотрения причин, порождающих

нетрудоспособность (ограниченные возможности) и того, как воспринимают это «носители» указанной «нетрудоспособности».

В XX века и начале XXI толкование феномена болезни предполагает отказ от жесткой оппозиции «здоровье-болезнь» и традиционного определения этих понятий относительно друг друга как сущностно различных, противоположных по природе. Мы согласны с мнением Давыдовского И.В. [6, с. 27-37], что любой патологический факт следует рассматривать лишь как компенсаторно-приспособительный; одну из вариаций адаптационной активности организма, но не как слом; нарушение естественного режима функционирования. С. Ганеман определяет болезнь как «изменение в состоянии здоровья здорового индивидуума» [4, с. 54-60].

Для работы с людьми с ограниченными возможностями необходимо выяснить, действительно ли их возможности трудиться производительно ограничены, и насколько именно, или же они себя таковыми («инвалидами») считают. Довольно часто реальностью становится не то, что есть на самом деле, а представления об этом людей, причем внутренние представления часто формируются внешними. Распространена и компенсаторная реакция, уменьшающая зависимость человека от так называемой нетрудоспособности. Поэтому в последнее время получил развитие взгляд на болезнь (имеется в виду тяжелые и/или хронические заболевания) как на развивающую систему.

Современные исследования показывают, что человек, в самом деле, «выбирает» болезнь, и это состояние для него становится способом выживания. Если заболевший не просто жертва, но активно действующее лицо, сам сделал что-то, что привело к болезни, в его действиях должна скрываться некая цель (возможно, неизвестная ему самому), а у болезни должно быть какое-то скрытое предназначение. Традиционно принимается, как само собой разумеющееся, что у болезни есть причины, но нет никакого назначения.

Традиционно модель болезни допускает два варианта интерпретации-восприятия ее: 1) нарушение внутреннего равновесия – на «совести» субъекта, ведущего беспорядочную или неправедную жизнь, и источник любого недуга в его душе (традиционная мифологемма, сопровождающая эту точку зрения: болезнь - наказание; 2) претерпевающий болезнь – жертва чужеродного вторжения извне – он страдает от деструктивного воздействия враждебных ему по природе сил, ввергающих его в состояние недуга (традиционная мифологемма – жертвенность в нашей жизни обязательна). Тем не менее, и в том, и другом случае болезнь интерпретируется как

вскрывшееся глубинное неблагополучие, которое должно быть преодолено.

Именно две указанные мифологемы, а, кроме того, особое отношение к жизни вообще и смерти (восприятие постоянной потенциальной угрозы жизни) накладывает отпечаток на процесс и результат формирования самости индивида с ограниченными возможностями здоровья – его Я-концепции при выяснении отношений указанного индивида с миром, значения мира для него и жизненных перспектив.

Принципиально иное понимание феномена болезни наличествует в естественно научной и медицинской системе интерпретаций: заболевание – чётко фиксируемый и распознаваемый по конкретным признакам объект рационального познания (болезнь рассматривается как одно из множества природных явлений, подчиненных определенным закономерностям, как специфическая форма существования, в которой выражаются естественные биологические процессы, и которую следует наблюдать, описывать и изучать, наряду с другими формами жизни).

Согласно Лериш Р. [7, с. 18], болезнь может быть определена с трех различных позиций: - как некое состояние организма или изменение физического состояния тела; - как точка зрения пациента или полнота осознания им болезни – от эмоциональной реакции до самостоятельной концепции; – как интерпретация врача или клинический диагноз. Диагноз – специфическое социальное отношение, оценка личности ее социокультурным окружением, персонифицированным в фигуре медика. Постановка диагноза приводит к отчуждению болезни: в расчет принимаются в основном, факторы и причины, напрямую не зависящие от личности, внешние по отношению к ней. Так, болезнь может быть признана результатом генетической ошибки, деформирующего влияния внешней среды, чужеродного вредоносного воздействия. Личность при этом превращается в пассивную жертву объективных процессов, ожидающую профессиональной помощи извне.

Таковы, на наш взгляд, два наиболее популярных подхода к интерпретации причин, приводящих к ограничению возможностей человека и тому, как люди склонны воспринимать собственное состояние - и то, и другое, в процессе адаптации важно, как база для возникновения (и существования) социальных мифов – мифов людей с ограниченными возможностями.

Созидательный процесс социальной адаптации и ее эффективные результаты во многом определяются степенью

удовлетворенности людьми семейными ценностями, что имеет особое значение как для индивида, так и для семейной субкультуры и общества в целом. С позиции социологического подхода вполне приемлемо и адекватно понятие «нетрудоспособного лица» или «лица с ограниченными возможностями» рассматривать в связи со сменой человеком его экономического, демографического и социального статуса. Из категории трудоспособного он переходит в другую категорию, теряя экономическую свободу (становится получателем пенсии, пособия), приобретает новый статус – пенсионер, возможности и права которого определены в законах [1] [2].

Тхостов А.Ш. считает, что «в мифе сосуществуют параллельно две семиотические системы, одна из которых частично встроена в другую. Во-первых, это языковая система (или иные способы репрезентации), выполняющая роль языка-объекта, и, во-вторых, сам миф, который можно назвать метаязыком и в распоряжение которого поступает язык-объект. Совершенно не имеет значения субстанциональная форма мифа, важен не сам предмет сообщения, а то, как о нем сообщается, и, анализируя метаязык, можно в принципе не очень интересоваться точным строением языка-объекта, в этом случае важна лишь его роль в построении мифа» [8, с. 4]. Тхостов А.Ш. выдвигает ряд идей, видимо, могущих объяснить многое в природе понимания и восприятия людьми своей болезни: «В семиотической системе главным принципом является semiosis - отношение между означаемым и означающим, превращающее последнее в знак. ...Хотя обычно говорят, что означающее выражает означаемое, в действительности в каждой семиотической системе имеются не два, а три элемента: означающее, означаемое и, собственно, знак, представляющий собой результат связи первых двух элементов» [8, с. 3-16].

Следовательно, отношение означающего и означаемого может особым образом трансформироваться, порождая вторичную семиотическую систему, названную Р. Бартом мифологической [3, с. 77]. Специфика указанной системы (мифа) «заключена в том, что он создается на основе некоторой последовательности знаков, которая существует до него; миф является вторичной семиологической системой. Знак... первой системы становится всего лишь означающим во второй системе... Идет ли речь о последовательности букв или о рисунке, для мифа они представляют собой знаковое единство, глобальный знак, конечный результат, или третий элемент первичной семиологической системы. Этот третий элемент становится первым, т.е. частью той системы, которую миф надстраивает над первичной

системой. Происходит как бы смещение формальной системы первичных значений на одну отметку шкалы» [3, с. 78].

Речь – внешнее проявление структуры сознания, а процесс формирования речи индивида отражает структуризацию знания в течение всей жизни. В свою очередь, всё это обеспечивает устойчивые взаимоотношения индивида с миром, а его индивидуального мифа (Я-концепции) с метамифом – глобальным мировосприятием (оформленным социально приемлемо и социально обусловлено). У глухих и слабослышащих она (речь) формируется в особых условиях, что накладывает отпечаток как на личностные особенности, так и на взаимоотношения с миром вообще и с конкретными людьми, как представителями внешнего мира, с которыми долгое время была затруднена коммуникация. Нарушение же восприятия приводит к искажению (неосознанному или осознанному, осознаваемому или не осознаваемому) индивидом картины мира, что в дальнейшем осложняется наличием личностных комплексов, основывающихся на понимании индивидом с ограниченными возможностями здоровья собственной уязвимости и чрезвычайно большой зависимости от внешнего мира.

Миф - метаязык и представлен в виде суггестивных текстов, порождаемых массовым и индивидуальным сознанием с целью оптимального воздействия. Языковая система (язык-объект) выделяет для метаязыка свои особые средства и приемы, придающие мифу ту оригинальную и образную форму, которая вызывает безусловное доверие личности или общества. Причем миф должен быть уравновешенным – каждому «негативному» мифу должен соответствовать его «позитивный эквивалент», каждому объяснению (миф, прежде всего, объяснение) должно соответствовать альтернативное объяснение. Однако уравновесить миф намеренно, сознательно – задача чрезвычайно трудная. Задача психологии - выкристаллизовать ведущие мифы современности, продемонстрировать их тенденциозность и попытаться их уравновесить. Все это, в первую очередь, относится к социальным мифам людей с ограниченными возможностями.

В последнее время объектом ожесточенной критики оказался миф о тотальном здоровье, хорошем физическом, душевном, психическом и социальном самочувствии, которое пропагандирует всемирная организация здравоохранения. Так, А. Циглер считает, что болезнь нельзя рассматривать как зло, препятствующее нормальному течению жизни: недуг - значимый элемент человеческого существования. А. Циглер противопоставляет мифу о всеобщем

здоровье так называемый морбизм (от нем. morbiditat - заболеваемость): так, страх перед болезнью и возможной смертью порождает стрессовые состояния.

Болезнь (или инвалидность) обычно затрудняют выполнение домашней работы и уход за собой, а в некоторых случаях они делают вовсе невозможным выполнение повседневных обязанностей, что приводит в результате к роли больного или инвалида (в отличие от роли пенсионера). Так, оказывается, что люди, уходящие на пенсию по собственной воле, редко испытывают трудности в приспособлении. Однако люди, уходящие на пенсию по достижении пенсионного возраста, сначала, как правило, испытывают неудовлетворенность, хотя постепенно привыкают к новому положению. Менее всего удовлетворены те, у кого при выходе на пенсию (что и послужило причиной ухода) было плохое здоровье, хотя общее состояние здоровья затем часто улучшается. Возвращение к более активной, наполненной смыслом (пусть и в ограниченных рамках) жизни, повышение уровня адаптации к своему положению зависимых, обездоленных, имеющих инвалидность, изолированных от общества – задача, которую нельзя решить без формирования соответствующего толерантного «милосердного» отношения общества к таким людям, к их мировоззрению, желаниям и возможностям. Решению этой группы проблем мешают не только ограниченность финансирования социальных программ, неразвитость социальной инфраструктуры, недостаток профессионалов в учреждениях социальной защиты, но и известные стереотипы массового сознания, управленческие традиции, разрушение нравственности, духовных основ наших соотечественников, проблемы сохранения и развития системы учреждений социальной помощи.

Таким образом, адаптация людей к статусу «инвалид», «пенсионер», прежде всего, - освоение и принятие новой социальной роли, нового статуса, который, как уже отмечалось, зависит от мировосприятия и может восприниматься как активно (подразумевая принятие каких-либо мер к его устранению и борьбе с болезнью), так и пассивно (с принятием на себя роли жертвы). Исходя из всего вышесказанного, очевидно, что с помощью трансформации (изменения) личностного мифа изменить мировосприятие и активизировать, в связи с этим, силы организма, преодолевая ограничения в жизнедеятельности.

Литература

1. Федеральный Закон «О государственных пенсиях в РФ» // Бюллетень Министерства труда РФ 1995. - № 11. -с. 3-29.
2. Федеральный Закон от 2 августа 1995 г. «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов). // Собрание законодательства РФ. - 1995, - № 32, ст. 3198.
3. Барт Р. Избранные работы: Семиотика. Поэтика. - М.: Прогресс, 1989. - с. 78.
4. Ганеман С. Органон врачебного искусства. – М.: Атлас, 1992, - с. 54-60.
5. Давыдовский И.В. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1969.
6. Давыдовский И.В. Приспособительные процессы в патологии. // Вестник АМН СССР, 1962, - № 4. - с. 27-37.
7. Лериш Р. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. - М.: Медицина, 1999. - с. 18.
8. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник МГУ. Сер. 14, Психология. 1993. - № 1. - с. 3-16.

Значение индивидуальных установок в реабилитации личности с ограниченными возможностями здоровья

Морозова Е.В.
ФМБА России, ФГУ «Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы», г. Москва

Проблема субъективного отношения к статусу «инвалид» и индивидуальных установок является сегодня актуальной. Это обусловлено значительным количеством лиц с ограниченными возможностями здоровья, в результате инвалидизирующего заболевания, травмы или дефекта, а также наличием людей, формально не имеющих инвалидности (либо утративших ее), но стремящихся к ее установлению (возврату), вопреки существующим нормативным критериям и классификациям установления данного статуса в РФ.

Бурное развитие медицинских реабилитационных технологий, при ряде инвалидизирующих патологий, позволяет улучшить, либо восстановить физиологическое функционирование человека, что по

нормативным критериям означает его частичную или полную реабилитацию, а, следовательно, и изменение социального статуса. По современным экспертным подходам человек, имеющий незначительные нарушения функций, способен к возврату и интеграции в социум, при условии, что имеющиеся нарушения не ограничивают его в основных сферах жизнедеятельности. Однако, некоторые лица, находящиеся в условиях инвалидизирующего заболевания, травмы или дефекта, имеющие незначительные нарушения функций, и вследствие этого непризнанные инвалидами, все - же убеждены в своей социальной недостаточности. Как единственную возможность адаптации они расценивают получение статуса «инвалид». Еще большую проблему представляют лица, у которых группа инвалидности, в результате успешно проведенной медицинской реабилитации, меняется со 2 на 3, либо утрачивается вовсе, лишая человека стабильного статуса подкрепленного соответствующей социально-экономической поддержкой. Подобная социально-экономическая девальвация положения человека, является серьезной психологической проблемой. Это происходит из-за неспособности части людей принять смену социального статуса и вернуться к активной жизни без привычной структуры социально-экономических льгот, о чем свидетельствуют многочисленные несогласия с экспертными решениями.

Возникает сложнейший парадокс, заключающийся в том, что реабилитированного с медицинской точки зрения больного, та же медицинская реабилитация, дезадаптирует с психологической точки зрения. Это в свою очередь требует психологической реабилитации. Получается, что процессы медицинской и психологической реабилитации разнонаправлены. Они могут быть эффективны лишь в комплексе, причем при более раннем начале и пролонгированном осуществлении психологической реабилитации[3]. Обусловлено это тем, что в результате перемен человек, утрачивает психологическую идентичность, в буквальном смысле не зная, кто он теперь такой: «был инвалид,… группу сняли,… а теперь я кто?». Решения экспертов в подобных случаях часто воспринимаются людьми как ошибочные, недостаточно компетентные и даже как оскорбительно небрежные. У них возникает глубокое непонимание ситуации: болезнь осталась, а «инвалидность сняли». Различие между категориями «болезнь» и «инвалидность» не осознается, что провоцирует неадекватность реакций, формирует неадаптивное поведение личности.

Статистика ФБ МСЭ и региональных ГБ МСЭ свидетельствует о большом количестве людей, оспаривающих данные решения в

вышестоящих органах. При этом значительное количество людей несогласных с экспертными решениями о невозможности установления (либо снижения) инвалидности составляют лица молодого и среднего (трудоспособного) возраста. Это является уже не только психологической проблемой данного конкретного человека, но и негативным социально-психологическим явлением в масштабах всего государства.

Несмотря на то, что социальная политика в нашей стране ориентирована на реабилитацию инвалидов, достаточно большая категория граждан, находящихся в кризисном периоде смены социального статуса, в связи с болезнью, остается на периферии, и даже за пределами реабилитационной активности специалистов. Особенно это касается психологического аспекта реабилитации, потребность в котором, учитывая имеющиеся статистические показатели очевидна.

Значительное количество лиц неспособных самостоятельно адаптироваться и интегрироваться в общество в определенном социальном статусе (после утраты или в связи с неустановленной инвалидностью) представляет собой тревожный факт. Он требует развития именно психологических реабилитационных технологий, учитывающих психологическую травматизацию людей, переживающих потерю (изменение) статуса как значительную утрату и кризис [4, 5, 6]

Подобная ситуация складывается в связи с разобщенностью и отсутствием межведомственного взаимодействия между лечебными учреждениями и учреждениями медико-социальной экспертизы. А также слабой преемственностью между учреждениями медико-социальной экспертизы и учреждениями социальной защиты и развитием реабилитационной базы в целом. Сказывается недопонимание необходимости подключать специалистов по психологической реабилитации уже на этапе лечения, с целью формирования активных личностных установок к своим изменившимся возможностям, установок на достижение максимальной независимости, психологической комфортности, и расширения спектра адаптивных совладающих стратегий в целом.

Исследование социально-психологической адаптации больных выявило их установки, формирующие определенное субъективное отношение к инвалидности, вследствие своего нездоровья.[2,5,6]

Дезадаптированные больные характеризуются зависимыми формами поведения, «незрелыми» личностными тенденциями, ориентированными на внешние взаимодействия, отсутствием

принятия своего социального статуса, что часто выражается многократным оспариванием экспертных решений. Дезадаптированные пациенты воспринимают себя социально недостаточными. Они характеризуются недифференцированным восприятием категорий «болезнь» и «инвалидность», непониманием обратимости в ряде случаев статуса «инвалид». У них отмечается неадекватная оценка своего «уровня инвалидности» и высокая степень ролевой идентификации с позицией «я инвалид». При этом во внутреннем мире и в поведении доминирует мотив «ухода в болезнь и инвалидность».

Важнейшим отличительным признаком успешной адаптации личности, при наличии инвалидизирующего заболевания, является проблемно-решающее поведение, ориентированное на переосмысление и принятие своих изменившихся возможностей, а также самореализацию в новых жизненных условиях. По результатам статистических данных (на основе, корреляционного и факторного анализа) ведущими адаптационными ресурсами являются следующие индивидуально-психологические характеристики: устойчивость эмоционально-волевой сферы; положительная самооценка; отсутствие алекситимии; интернальность; интегрированная идентичность; черты активности, доминирования; гармоничная система отношений; адекватное субъективное отношение к инвалидности; многообразие потребностно-мотивационной сферы; использование адаптивных совладающих стратегий; отсутствие напряженности защитных механизмов. К адаптационным ресурсам личности относятся также такие социально-средовые характеристики как наличие семьи, детей; наличие профессиональной деятельности; уровень полученного образования (высшее, профессиональное образование); фактический доход, превышающий прожиточный минимум; доступность социальной инфраструктуры.

Полимодальные изменения состояния личности, связанные с индивидуальными установками и субъективным восприятием своей социальной недостаточности и инвалидности, получили отражение в психологическом термине «внутренняя картина инвалидности» (ВКИ). Она представлена на эмоциональном, когнитивном и мотивационном уровне, и в отличие от «внутренней картины болезни (ВКБ) имеет различную степень обратимости. Внутренняя картина инвалидности обладает динамичностью, что делает её социально значимой, так как последствия инвалидности для человека в социально-психологическом плане всегда значительнее, чем последствия болезни. Это связано с возникновением при

инвалидности ограничений в различных сферах жизнедеятельности человека и формированием его социальной недостаточности [2].

В данный момент обеспечение социальной защиты людям с ограничениями здоровья невозможно без учета магистральных путей развития и современных тенденций. Одним из таких актуальнейших путей является модернизация системы медико-социальной экспертизы с учетом положений Международной классификации функционирования (МКФ), в которой большое значение уделяется личностным факторам. Это непосредственно связано с реабилитацией личности, средовыми факторами, и расширяет доступность реабилитационных возможностей для человека.[9]

Развитие реабилитационных технологий в заданном ключе, ориентированных на коррекцию и формирование адаптивных личностных установок, доступность различных ресурсно-развивающих видов психологической помощи и поддержки, обеспечит психологическую готовность человека к изменениям. Это возможно за счёт обретения психоэмоциональной стабильности, понимания нового себя, своих изменившихся возможностей и своего места в жизни. Дальнейшее развитие реабилитационных технологий послужит более успешной интеграции в общественную социально-экономическую жизнь значительного количества лиц с ограничениями здоровья, не являющихся инвалидами, но считающих себя таковыми [1,2,7,8].

Литература

1. Лаврова Д.И., Шабалина Н.Б., Герсамия А.Г., Морозова Е.В., «Школа жизни» для инвалидов вследствие радиационных воздействий при различных патологиях. // Методические рекомендации, М.: 2010 – 67 с.

2. Морозова Е.В. «Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства). Журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина», 2008, № 1, с. 42-46.

3. Морозова Е.В. «Роль и значение психологической реабилитации личности в экспертно-реабилитационном процессе». Журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Издательство «Медицина», 2010, № 1, с. 54-57.

4. Морозова Е.В. «Кризис инвалидности и его социально-психологические последствии» Журнал «Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе,

реабилитации и реабилитационной индустрии» 2006 г. № 3-4, с. 148-151.

5. Морозова Е.В. Морозова Е.В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания – Дисс. канд. психол. наук. – Ярославль, 2008. – 248 с.

6. Морозова Е.В., Шабалина Н.Б. «Субъективное отношение к инвалидности у пациентов в процессе прохождения медико-социальной экспертизы». Сборник научных статей. Выпуск 3. Ярославль-Минск: МАПН-ЯрГУ 2007. С.143-153.

7. Морозова Е.В. «Перспективные направления развития психологической реабилитации в русле современных ресурсно-развивающих технологий». Сборник материалов научно-практической конференции «Современные подходы к медико-социальной экспертизе в РФ с учетом МКФ и Конвенции ООН о правах инвалидов», проводимой 21-23 июня 2011 г. в г. Ижевск., С.207-209.

8. Шабалина Н.Б, Морозова Е.В., Герсамия А.Г. и др. «Концепция создания мобильной службы психологической реабилитации инвалидов и лиц с физическими ограничениями.

Современный взгляд на ограниченные возможности здоровья (перечитывая Л.С.Выготского)

Одинцова М.А.,
Университет РАО, г. Москва

Проблема людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), или людей с особенностями, далеко не нова. Еще в начале XX века в отечественной психологии она детально была разработана Л.С.Выготским. Великим классиком исследовались вопросы психологических особенностей людей с ОВЗ, проблемы воспитания «особых» детей и подростков, разработаны рекомендации по адекватному выстраиванию помощи людям с особенностями, и многое другое. Не используя понятий, которыми пестрит современная психология, великий ученый обозначил то, что сейчас зашифровывается в новую терминологию. Перечитывая Л.С.Выготского, приходится очередной раз убедиться:

«На рубище природы роковом
Мы – новые, непрочные заплаты.
В нас даже пятна старые, притом:

Из лоскутков отброшенных мы взяты.
Ах, экономна мудрость бытия:
все новое в ней шьется из старья» (К.М. Фофанов, 1889) [3].

Так, например, к «хорошо забытому старому» относятся идеи Л.С. Выготского о стигматизирующем (от греч. «stigma» – клеймо, пятно) [1, с. 1286] влиянии социума на людей с ОВЗ. Автор приводит впечатляющий пример вспомогательных школ Германии, получивших в народе название «школы для дураков». Такие школы налагают клеймо неполноценности не только на учащихся, но и на педагогов, которые в них работают, – пишет Выготский, одновременно подмечая тенденцию к иррадиации стигмы (распространение ее влияния на близких стигматизированного индивида). Примеров стигматизации людей с теми или иными особенностями мы наблюдаем немало и сегодня понятия «инвалид», «слепой» и т.п. ярлыками закрепляются в соответствующих названиях, подчеркивая своеобразие того или иного человека. Особенно болезненно это воспринимают дети и подростки. Именно проблемам стигматизации в детстве Л.С.Выготский уделяет особое внимание, называя это явление «социальным вывихом» [2]. «Можно сказать, что слепота и глухота означают не только нарушение деятельности ребенка по отношению к миру физическому, но прежде всего – разрыв, смещение тех систем, которые определяют все функции общественного поведения ребенка» [2]. Выготский выводит главную задачу воспитания – ввести ребенка с тем или иным дефектом в жизнь и создать условия для компенсации его физического недостатка, при этом опровергая устоявшееся в науке и обществе мнение относительно ведущей роли биологической компенсации. Безусловно, биологическая компенсация важна (Выготский приводит массу примеров такой компенсации), но еще большее значение приобретает социально-психологическая компенсация, которой можно научить. Для этого близким, педагогам необходимо ориентироваться не на слепоту и глухоту, а на самого ребенка, не на инвалидность, а на здоровье, тогда компенсация будет успешной. Но, к сожалению, созданная система воспитания и образования детей с дефектами как раз приносит ребенка в жертву слепоте или глухоте [2]. Впрочем, даже сегодня мы можем наблюдать то, о чем писал классик почти век назад. Следует учесть, что мы должны воспитывать не слепого или глухого, а, прежде всего, ребенка, потому что воспитывать слепого и глухого – значит воспитывать слепоту и глухоту – продолжает Л.С. Выготский. В этом случае педагогика детской дефективности превращается в

дефективную педагогику [2]. А потому установка, что ребенка с дефектом нельзя мерить той же меркой, что и нормального, должна быть заменена обратной. «К слепому и глухонемому ребенку, с точки зрения психологической и педагогической, должно и можно подходить с той же мерой, что и к нормальному» [2].

К «хорошо забытому старому» можно отнести идеи Выготского относительно разрушительной роли самостигматизации. Самостигматизация – осознание и принятие стигмы, навязанной социумом, в результате чего происходят существенные перемены в идентичности человека («испорченная идентичность» по И.Гофману) [4]. Вот что пишет Выготский по этому поводу: «Клеймо дефективного ставит его в совершенно новые социальные условия, и все развитие протекает уже в совершенно новом направлении. Социальные последствия дефекта усиливают, питают и закрепляют сам дефект» [2]. Более того, самостигматизация нередко приводит к тому, что стигма становится руководством к действию (что неоднократно доказано теорией самореализующегося пророчества [5]) в жизни человека, и он начинает соответствовать ей, и выстраивать свою жизнь согласно тому, что поначалу было ему навязано.

Выготский писал и об особенном складе личности людей с ОВЗ, включающем в себя парадоксальные хитросплетения различных противоположностей: силу и слабость, одаренность и недостаточность. «Если борьба кончается для организма победой, то он не только справляется с созданными дефектом затруднениями, но и поднимается сам в своем развитии на высшую ступень, создавая из недостаточности одаренность, из дефекта – способности, из слабости – силу, из малоценности – сверхценность» [2]. Это также хорошо забытая старая истина, пережившая три исторических этапа, которые описывает Выготский: мистический (люди с ОВЗ – особые, наделенные сверхспособностями, обладающие мистической силой); наивно-биологический (биологическая компенсация) и социально-психологический (психологическая компенсация).

Следующей хорошо забытой старой идеей является идея дестигматизации. Общество старается сохранять социальную дистанцию по отношению к людям с «дефектами», но «возможно, что недалеко то время, когда педагогика будет стыдиться самого понятия «дефективный» как указания на какой-то неустранимый недостаток его природы. Говорящий глухой, трудящийся слепой – участники общей жизни во всей ее полноте не будут сами ощущать своей неполноценности и не дадут для этого повода другим» – пророчески восклицает Л.С.Выготский. «В наших руках сделать так, чтобы

глухой, слепой и слабоумный ребенок не были дефективными. Тогда исчезнет и само это понятие, верный знак нашего собственного дефекта». «Благодаря, изменившемуся социальному строю человечество придет к иным, более здоровым условиям жизни. (…). Может быть, слепота и глухота исчезнут окончательно (…), они будут побеждены социально» [2].

Справедлива и критика Выготского относительно существующих подходов к трудовому воспитанию людей с особенностями. «Если вы обучаете глухонемого труду, если он научается делать тряпичных негров и продавать их, если он делает «сюрпризы» и потом разносит их по ресторанам, предлагая посетителям – это не трудовое воспитание, а воспитание нищенства, потому что удобнее с чем-нибудь в руках просить милостыню» [2]. Ведь у слепого или глухого нормальное социальное чувство каждого вынуждает быстрее купить, а потому быть «дефектным» становится выгодным занятием. Такие подходы к трудовому воспитанию культивируют развитие рентных (от нем. «rente» – пенсия, регулярный доход) [1, с. 1130] установок, формируют психологию попрошаек. Погружение в роль «неспособного калеки» способствует тому, что индивид считает, что окружающие должны ему уже по самому факту его беспомощности: «я инвалид, и поэтому «мне должны». Такая педагогика действительно культивирует болезнь. Цитата, выбитая на памятнике известного французского педагога, давшего свет незрячим В. Гаюи (XVIII в.): «ты найдешь свет в образовании и труде», должна быть руководством к действию. «Эпоха Гаюи дала слепым образование, наша эпоха должна дать им труд» [2] – подсказывает нам Выготский.

Неправильное воспитание, ориентированное на ложное терпение, рабский подход к своему дефекту, навязывание страдальческого пути мытарств, кверулянтские установки (от лат. querulus – постоянно жалующийся) [1, с. 571], повеления судьбе еще больше погружают в болезнь, и превращает человека в жертву своего дефекта. Это еще одна новая, однако, хорошо забытая старая идея. Изжить подобный «филантропически-инвалидный» взгляд крайне трудно – подчеркивает Выготский, поэтому на передний план должна выдвигаться «задача не столько воспитания слепых, сколько перевоспитания зрячих» [2]. Выготский пишет о необходимости просвещения педагогов, работающих с особыми детьми и подростками. «Какие перспективы открываются перед педагогом, когда он узнает, что дефект есть не только минус, недостаток, слабость, но и плюс, источник силы и способностей, что в нем есть

какой-то положительный смысл!» [2]. Возникает необходимость сформулировать научный закон компенсации дефекта. Именно в стремлении к компенсации заложен «исходный пункт и движущие силы всякого воспитания» [2]. По сути Выготский выдвигает главную мысль экзистенциально-гуманистического взгляда на природу человеческой личности: Человек – это не только то, что он есть, но и то, кем он может стать. Возможности развития человеческой личности беспредельны! Что касается дефекта, то в нем заложен огромный компенсаторный потенциал. «В этой психологической истине альфа и омега социального воспитания детей с дефектами» [2].

Неправильное воспитание, ориентированное лишь на благие намерения, которыми, как известно, «вымощена дорога в ад» - следующая хорошо забытая старая истина. Уловив некоторые привилегии, человек начинает культивировать в себе болезнь, так как она дает ему право требовать повышенного к себе внимания. «Он окольным путем как бы вознаграждает себя за испытываемые трудности» [2]. Болезнь заключает многие выгоды: снижается ответственность, появляется некая исключительность. «Особенно же хорошо этим пользуются дети, из-за болезни ребенок сразу выдвигает себя в центр внимания всех окружающих» [2]. Бегство в болезнь, манипулирование своей слабостью Выготский называет «фиктивной компенсацией» [2], углубляя и расширяя учение А.Адлера. Таким образом, воспитание, выстроенное на одних благих намерениях, готовит «инвалидов» или исполнителей, которые совершенно не умеют найти свое место в жизни. Активность, самостоятельность предприимчивость у них атрофируется за ненужностью. «Нет, нельзя строить теорию и систему воспитания на одних добрых пожеланиях, как нельзя строить дом на песке» [2] – пишет Выготский.

Как видим, Л.С.Выготский, анализируя проблемы людей с ограниченными возможностями здоровья, делает акцент на их компенсаторных возможностях, и подсказывает довольно четкое направление развития современной психологической науки и практики.

Однако сегодня мы по-прежнему совершаем одну из главных ошибок, утверждая, что, в первую очередь, среда должна приспособиться к потребностям инвалида, при этом игнорируя активность самого человека с особенностями. Безусловно, нормальное социальное чувство каждого взывает к милосердию, состраданию. Достаточно вспомнить несколько крайне неловких ситуаций взаимодействия с человеком с ограниченными возможностями здоровья, которые хотя бы однажды бывали в жизни каждого из нас.

Человек, лишенный зрения вдруг резко одергивает вашу руку, стремящуюся на помощь, инвалид на коляске, заранее внутренне съежившись, в который раз устало объясняет, что он в состоянии все делать сам, и помощь ему не требуется. Эти особенные люди переживают дискомфорт от собственной «инаковости», беззащитности, а потому иногда проявляют агрессию. Они просто хотят быть принятыми и понятыми, равными среди равных. Впрочем, это тоже «хорошо забытое старое».

Литература

1. Большой энциклопедический словарь/под общ. ред. В.Е. Кемерова. – М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. – 1435 с.;
2. Выготский Л.С. Основы дефектологии / Л.С.Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.;
3. Фофанов К.М. Дума в царском селе/К.М.Фофанов [http://fofanov.ouc.ru/dyma-v-ciarskom-sele.html];
4. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. N.Y.: Prentice-Hall, 1963;
5. Robert K. Merton, Social Theory and Social Structure, Free Press, 1968.

Взаимосвязь мотивации достижения и речевого восстановления пациентов, проходящих курс нейрореабилитации

Пономарёв А.А.
Центр патологии речи и нейрореабилитации
г. Москва

Несмотря на то, что большинство современных исследователей указывает на роль личностного фактора в восстановлении нарушенных психических функций (Л.С. Цветкова, 2004; Levack, 2006; В.М. Шкловский, 2006; и др.), нейрореабилитация продолжает развиваться преимущественно в когнитивном и двигательном аспектах. Разработано множество средств, направленных на восстановление речи, памяти, праксиса и других ВПФ, реабилитационная работа представлена различными подходами (В.М. Шкловский, Т. Г. Визель, 2000; Л. С. Цветкова, 2004; Pelagie M. Beeson, Argye E. Hillis // «Language intervention strategies in aphasia…», ed. Roberta Chapey, 2001; Buxbaum L., Haaland K., Hallett M., Wheaton L., Heilman K., Rodriguez A., Gonzalez – Rothi L., 2008). Однако при столь объёмной разработанности, нейрореабилитация

далеко не всегда оказывается настолько эффективной, насколько того ожидают специалисты. Эти проблемы связаны не только с методическим аппаратом нейропсихологической реабилитации, но и с индивидуальными особенностями самих пациентов, занятых в нейрореабилитационных мероприятиях.

В связи с этим встаёт задача учёта не только когнитивной, но и личностной составляющей процесса нейрореабилитации. Понимание и учёт личностных факторов, имеющих непосредственное влияние на ход восстановления ВПФ, нарушенных вследствие цереброваскулярных заболеваний или черепно-мозговых травм, откроет возможности для более эффективной нейрореабилитационной работы. В частности, изучение мотивационно-потребностной сферы в её взаимосвязи с успешностью восстановления когнитивных функций представляется крайне актуальным в отношении изучения фундаментальных механизмов интегративной работы мозга, без учёта которых сегодня невозможно предоставлять полноценную нейрореабилитационную помощь больным с нарушениями ВПФ.

Целями данного исследования являются, во-первых, поиск взаимосвязи между различными типами мотивации достижения (мотив избегания неудач и мотив стремления к успеху) и выраженностью речевых улучшений у пациентов с афазией, проходящих курс нейрореабилитации в суточном стационаре (45 календарных дней); во-вторых, изучение взаимосвязи выраженности мотивации достижения с эффективностью восстановления речи.

Гипотезами исследования выступили следующие положения: тип мотивации достижения у пациентов с афазией имеет связь с эффективностью восстановления речи; существует взаимосвязь между уровнем мотивации достижения и степенью выраженности динамики восстановления речи при афазиях. Теоретико-методологической базой исследования явились концепция мотивации, разработанная Г. Мюрреем и развивавшаяся Х. Хекхаузеном, и теория системно-динамической локализации психических функций А. Р. Лурия.

В исследовании приняли участие 18 пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы (4 пациента), инсульта (14 пациентов) и 1 пациент со смешанной этиологией. Пациенты имели различные формы афазии (40% с акустико-мнестической афазией, 30% - с комплексно-моторной, 30% с сенсорной и акустико-мнестической афазией) и двигательные нарушения. На момент обследования на основе методики Количественной оценки речи (Л. С. Цветкова с соавт., 1981)) у пациентов выборки были зафиксированы речевые дефекты от средне-грубой до средне-лёгкой степени выраженности

(два пациента с лёгкой, три - со средне-грубой, десять пациентов со средней и четыре со средне-лёгкой степенью).

Исследование проводилось на базе стационарных отделений Центра патологии речи и нейрореабилитации (г. Москва). Возрастной интервал составил от 29 до 70 лет (средний возраст – 52 года); десять пациентов имели высшее образование, девять - среднее специальное.

Для оценки динамики восстановления речи были взяты данные количественной оценки речи (КОР), полученные в начале и в конце курса нейрореабилитации пациента (ΔКОР). Для исследования мотивации достижения была подготовлена следующая батарея методик:

- тест исследования мотивации достижения Т. Элерса;
- методика исследования уровня притязаний личности Ф. Хоппе;
- тематический апперцептивный тест Хекхаузена (ХТАТ, в адаптации Л. Собчик, 2002).

Показатели мотива стремления к успеху, полученные при анализе ХТАТ и входящие в состав общей мотивации достижения в целом, не обнаруживают связи с показателем динамики речевого восстановления (ΔКОР); в свою очередь, показатели мотива избегания неудач, так же включённые в общий индекс мотивации достижения по ХТАТ, значимо коррелируют с ΔКОР ($r=0{,}528$, $p\leq0{,}05$). Кроме того, высокая степень корреляции ($r=0{,}876$, $p\leq0{,}01$) наблюдается между показателями общей мотивации достижения (ХТАТ) и ΔКОР. Показатели мотивации стремления к успеху по тесту Т. Элерса не коррелируют с динамикой речевого восстановления (ΔКОР). Результаты, полученные в методике исследования притязаний личности Ф. Хоппе, также показали высокую корреляцию с ΔКОР ($r=0{,}667$, $p\leq0{,}01$). Было выяснено, что имеются значимые различия ($p<0{,}01$) в уровнях общей мотивации достижения пациентов с различными показателями ΔКОР. Также обнаружились значимые различия по тому же критерию в показателях мотива избегания неудач ($p\leq0{,}05$) и различия в показателях мотивации достижения методики Ф. Хоппе ($p<0{,}01$). Следует отметить, что результаты, полученные в методике Ф. Хоппе и ХТАТ высоко коррелируют между собой, в то время как результаты опросника Элерса не имеют корреляции с другими методиками.

На основании анализа полученных результатов были сделаны следующие выводы:

1. Существует связь между мотивом избегания неудач с высокой готовностью к риску и эффективностью восстановления речи у пациентов с афазией; вместе с тем, аналогичной связи для мотива стремления к успеху выявлено не было.

2. Обнаружена взаимосвязь мотивации достижения и показателем динамики восстановления речи при афазии у пациентов, проходящих курс нейрореабилитации. Чем выше мотивация достижения, тем лучше динамика восстановления речи.

3. Значения мотивации достижения пациентов, проходящих курс реабилитации после ОНМК или ЧМТ, в среднем ниже, чем типичные средние показатели. Данное снижение характерно для лиц с депрессивными состояниями.

4. Методика стандартизированного самоотчёта (тест исследования мотивации к успеху Т. Элерса) не достаточно сензитивна в условиях обследования пациентов с локальными поражениями коры головного мозга.

Таким образом, качество мотивации и её уровень имеют важное значение для эффективности нейрореабилитации. Это делает актуальным дальнейший поиск мотивов, способствующих существенным успехам в восстановлении нарушенных когнитивных функций, разработку методик диагностики и формирования мотивации. Работа по формированию мотивации может быть реализована в виде индивидуальных и групповых форм занятий с пациентами, имеющими когнитивные дефекты различной степени грубости.

Соотношение категорий реабилитация, компенсация и адаптация

Сорокин В.М.
Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, г. Санкт-Петербург

При всей популярности понятия реабилитация в современной клинической психологии приходится признать, что его содержание остается весьма расплывчатым и понимается большинством профессионалов на интуитивно – эмпирическом уровне. При раскрытии понятия реабилитация ВОЗ подчеркивает, что это система мероприятий медицинского, социального, педагогического и трудового характера, целью которых является максимальное приспособление больного человека к деятельности. Наиболее

дифференцированно с точки зрения теоретико-методологического содержания понятие реабилитация представлено в исследованиях М.М. Кабанова.

Следует признать, что по свое природе реабилитация есть нечто внешнее по отношении к индивиду, что отражено в одном из принципов проведения реабилитационных мероприятий – аппеляция к личности больного. Это столь верно, сколь и предельно абстрактно, так как к личности можно отнести все от порогов ощущений до мировоззрения и системы ценностей. С нашей точки зрения, реабилитационные процессы обращены из вне и опираются на такие внутренние процессы как феномены психологической компенсации. Эффективность процесса психологической компенсации во многом определяется характером складывающихся межличностных отношений больного с ближайшим окружением. Отношения участия, взаимопомощи, эмоциональной поддержки, понимания, терпимости и т.д. является мощным психологическим средствам раскрытия потенциальных возможностей человека, укрепляющих веру в свои силы, восстанавливающих позитивное отношение к себе. Ощущения духовного и социального благополучия человека базируется, в свою очередь, на осознании своей нужности кому – то или чему – то, а так же на ясном понимании своей собственной независимости и автономности. Осознание собственной независимости и нужности порождают в человеке ощущение осмысленности существования и защищенности. Последнее связано с представлением о минимальной степени гарантированной безопасности и веры в собственные силы. Чувство осмысленности существования связано в жизни человека с наличием ясных и достижимых целей, с ощущением контролируемости происходящих событий, нужности потраченных усилий. Причастность и независимость, а, следовательно, ощущение благополучия многими исследователями связывается с тремя основными жизненными «опорными», к числу которых относятся «семья», «профессия» и «ближайшее окружение вне семьи». В каждом из этих институтов общества человек в разных пропорциях реализует осознание своей причастности и независимости. Конечно, связи человека с миром неизмеримо богаче, но указанные три принципиально важны в процессе компенсации тех или иных нарушений. Способность человека совладать с тяжелыми испытаниями и трудностями во многом зависят от прочности указанных «опор». Не трудно заметить, что тяжелые заболевания и травмы, приводящие к инвалидности, так или иначе, испытывают на прочность именно эти несущие конструкции жизненного

пространства человека. Безусловно, возможны ситуации, при которых субъект способен переживать ощущение благополучия даже в условиях серьезных нарушений в структуре межличностных отношений, в том числе и семейных, а так же в отсутствии необходимой профессиональной деятельности. Но подобное, скорее всего, может говорить о патологии личности при деформации ее смысловой сферы и системы ценностных ориентаций.

Выделенное нами понятие социально – психологического благополучия и факторы его определяющие во многом по своему содержанию совпадают с весьма популярным сегодня понятием качество жизни, под которым понимается характеристика степени комфорта в удовлетворении человеческих потребностей. Качество жизни является общей характеристикой разных сторон жизни. К их числу, прежде всего, относят удовлетворенность учебой, работой, семейными отношениями, социальным окружением, политической и экономической ситуациями в стране. Особую сторону качества жизни составляют такие характеристики субъекта как, состояния личности, позволяющие ей относительно безболезненно преодолевать разнообразные противодействия внешнего мира, способность адекватно решать поставленные задачи, способность быть всем, чем в состоянии стать (самореализация), возможность находиться в физическом и психическом равновесии с природой, социальной средой и с самим собой.

Компенсация понимается как нечто близкое по сути феномену адаптации. Их соотношение мыслится по-разному. Наиболее четкую последовательную позицию занимают в данном вопросе А.И. Воложин и Ю.К. Субботин. Они рассматривают адаптацию и компенсацию как сложную биполярную функцию, где единство сочетается с разнонаправленностью, и где смысл одной функции раскрывается через существование другой. Адаптация и компенсация не существуют изолированно, уравновешивая друг друга. Примерами других биполярных функций могут служить напряжение – расслабление; сгибание – разгибание; вдыхание – выдыхание; возбуждение – торможение; питание – выделение и т.п.

Адаптация срабатывает в ситуации, когда нарушается равновесие между индивидом и средой в результате возникших изменений в последней. Восстановление равновесия в подобной ситуации возможно лишь при условии, если произойдут какие-то изменения в самом индивиде, т.е. индивид должен уходить от своего прежнего исходного состояния. Следовательно «адаптация – составная часть приспособительных реакций системы на изменение

среды существования, выражающихся в том, что система, реагируя на изменения существенных для нее параметров и дефектов среды, перестраивает, изменяет свои структурные связи для сохранения функций, обеспечивающих ее существование как целого в изменившейся среде.

Компенсаторные процессы срабатывают так же в ситуации нарушенного равновесия, но по причине изменений возникших не в среде, а в самом индивиде. Восстановление равновесия возможно, но при условии частичного или полного возвращения индивида (системы) к исходному состоянию.

Будучи едиными и разнонаправленными, адаптация и компенсация, развиваются в онтогенезе неравномерно. Становление адаптационных процессов явно обгоняет формирование компенсаторных, ибо процесс развития по своей внутренней сущности весьма близок к адаптации. Возрастное развитие – это формирование новообразований, т.е. постоянный уход от своего прежнего состояния. Далее по мере взросления, развитие компенсаторных способностей усиливается и догоняет процесс развития адаптационных, приблизительно уравниваясь. По мере старения первыми начинают ослабевать адаптационные механизмы, а позже и компенсаторные.

Говоря о реабилитации еще раз подчеркнем, что она действует на личность больного и изменят, реитегрирует систему ее отношений с окружающими миром через (и при помощи) компенсаторных процессов.

Упрощая, можно сказать, что целью реабилитации является предотвращение превращения личности инвалида в инвалидную личность. С психологической точки зрения драма инвалидности состоит в конфликте полноценных человеческих потребностей с ограниченными возможностями их реализации. С этой точки зрения реабилитация направлена на максимальное преодоление и разрешение этого конфликтного состояния, ибо в противном случае чаще всего речь может идти о постепенной деформации личности, ее инвалидизации. Следует так же зафиксировать внимание на том, что реабилитационные мероприятия направлены на восстановлении того, что выше нами называлось основными жизненными опорами – семья, профессия и социальное окружение. Они прямо указаны в приведенном определении. Неслучайно часто отдельно выделяются такие виды реабилитации как семейная, социально-психологическая и профессиональная. Эти виды реабилитационной помощи показаны в том случае, если в результате инвалидизации у человека возникают

проблемы в сфере семейных отношений (в том числе и по вине самого инвалида), трудоустройства и межличностных контактов с окружающими людьми.

Можно сказать, что реабилитация есть ничто иное, как попытка управлять, и воздействовать на компенсаторные способности человека. При этом разные виды реабилитации опираются и направлены на разные уровни компенсаторных процессов. Так медицинская реабилитация обращена к биологическому уровню организации компенсаторных механизмов. Ведущая роль здесь принадлежит биологической терапии, включая использование лекарственных средств, лечебной физкультуры и т.д.

Психологическая реабилитация в свою очередь направлена на оптимизацию протекания компенсаторных процессов на уровне сознания. Она предполагает использование разнообразных психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Их целью является максимальное смягчение кризисных переживаний личности, формирование адекватной самооценки и позитивного самовосприятия, расширение представлений о жизненной перспективе, формирование трудовых установок личности инвалида.

Когда мы говорим о социально-психическом и социальном уровне компенсаторных механизмов, то должны указать, что к ним обращены такие формы реабилитации как семейная, педагогическая (переобучение), трудовая (приобщение к доступным видам трудовой деятельности), досуговая, креативная и социальная реабилитация в широком смысле слова. Последняя подразумевает весьма обширный спектр социальных, социально- экономических и государственных мероприятий, представленных не в виде отдельных акций, а как долгосрочная, целенаправленная политика в отношении разных групп инвалидов с предоставлением определенных льгот и обязательств со стороны государства.

И, наконец, к сфере социальной реабилитации следует добавить формирование сообществ различных групп инвалидов, задачей которых является взаимная помощь, создание условий для социальной адаптации и отстаивание интересов самих инвалидов на региональном и государственном уровне.

Литература

1. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. М., 1987.

2. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Л. 1985.

3. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб., 1998.

Алгоритм психологической реабилитации детей-инвалидов и их семьей

Тельминова К.В.
МУ «Центр психолого-педагогической помощи», г.Новокузнецк

Понятие инвалидности как социальной недееспособности широко распространено и в мире, и в российском обществе. При этом инвалидность — индивидуальное свойство, представленное огромным разнообразием вариантов. Каждый ребенок-инвалид обладает своими психофизиологическими качествами, социальными и биологическими потребностями и психоэмоциональными особенностями.

Статья 9 Закона № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дает определение реабилитации инвалидов как системы и процесса «полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности». Реабилитация инвалидов направлена на устранение или, возможно, полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество». Сущность реабилитации – не только (и не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление (или создание) возможностей для социального функционирования при состоянии здоровья, которым располагает инвалид [4].

Психологическая реабилитации — это воздействие на психическую сферу инвалида, на преодоление в его сознании страха перед действительностью, изживание социально-психологического комплекса «калеки», укрепление активной личностной позиции. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий [2]. В содержание психологической реабилитации входят следующие услуги:

- социально-психологическое консультирование;
- психодиагностика и обследование личности;
- психологическая коррекция;
- психологические тренинги;
- психологическая помощь и поддержка;

- социально-психологический патронаж;

- проведение занятий в группах взаимоподдержки, клубах общения;

- психопрофилактическая работа.

В данной работе под определением ребенок – инвалид мы будем иметь в виду лицо до 18 лет, имеющее диагноз детский церебральный паралич с клиническим синдром квадриплегия (тетрапарез) (согласно классификации Miller G., 1992 г.). Общепризнанным является необходимость работы с таким ребенком команды, состоящей из следующих специалистов: невролога, реабилитолога, кинезотерапевта, врача-физиотерапевта, хирурга-ортопеда, психотерапевта, эрготерапевта, офтальмолога, оториноларинголога, психолога, педагога, олигофренопедагога, логопеда, генетика и социального работника (в зависимости от потребности ребенка в команду могут входить медики различного профиля, например, мануальный терапевт). Эффективность деятельности данной команды зависит от скоординированности и однонаправленности действий специалистов между собой, поэтому основным принципом является своевременная передача информации об изменении состояния ребенка с целью оперативного вмешательства того или иного специалиста. К сожалению, данная командная система реабилитации не является досконально разработанной и всеместно распространённой в нашей стране, так как существует значительная проблема нехватки специалистов узкого профиля, например, психологов, специализирующихся на диагнозе ДЦП. Вторая причина – отсутствие практического внедрения команды специалистов в процесс реабилитации. Поэтому семья с ребенком-инвалидом на первом, наиболее трудном этапе до 3-летнего возраста ребенка, остается по сути дела, один на один со всем комплексом проблем, вызываемых инвалидностью. Главной проблемой является недостаток точной информации о способах лечения. Затем наблюдается несистематизированный, не подкрепленный профессиональными знаниями, процесс поиска эффективных методов лечения путем «проб и ошибок». Такая стратегия поведения приводит к потере времени (и потеря эта может привести к необратимым негативным последствиям для здоровья ребенка) и к рискам лечения, потому что видов ДЦП существует несколько, и каждый имеет свою специфику лечения, о которой родители больного ребенка представления не имеют. Все это, в конечном итоге, может привести к серьезным проблемам, как на физическом уровне – возможно резкое ухудшение состояния ребенка, так и на психологическом – отсутствие знаний об особенностях

развития ребенка порождает ошибки в процессе воспитания, что в свою очередь травмирует психику ребенка.

В настоящее время некой предпосылкой создания командной системы реабилитации является патронаж. Патронаж (от фр.patronage — покровительство) – вид социального обслуживания, преимущественно на дому, клиентов группы риска, который заключается в постоянном социальном надзоре, регулярном посещении их жилищ социальным работниками, оказании им необходимой экономической, материально – бытовой помощи, проведении несложных медицинских манипуляций. Патронаж осуществляется в соответствии с ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», который содержит перечень услуг, бесплатно оказываемых социальными работниками клиентам. Существуют различные виды патронажа: социально-медицинский, социально – правовой, социально-педагогический. Мы остановимся на социально-психологическом патронаже.

Социально-психологический патронаж - это социально-психологическая услуга, заключающаяся в систематическом наблюдении за клиентами для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта или межличностного конфликта и других ситуаций, которые могут усугубить трудную жизненную ситуацию, и оказания таким людям с ограниченными возможностями здоровья, при необходимости, социально-психологической помощи [2].

Технология социального патронажа семей, находящихся в трудной жизненной ситуации или относящихся к категории «семья в социально опасном положении», является приоритетным направлением социального обслуживания граждан в Кемеровской области. В городе Новокузнецке с 2009 года введена практика активного подключения психологов к процессу социального патронажа семьей с целью повышения эффективности работы. Среди семей, которым оказывается услуга социально-психологического патронажа, значительное место занимают семьи с детьми-инвалидами. Ведение столь масштабной и длительной работы (от 1 до 9 месяцев) с одной семьей обусловило необходимость разработки алгоритма психологической реабилитации детей-инвалидов и их семьей.

В понятие алгоритма входит четыре основных блока психологических реабилитирующих воздействий, в зависимости от возраста ребенка.

Первый блок включает в себя работу с детьми раннего возраста, главной целью которой является развитие навыков, обусловленных

инвалидностью, патологий поведения и общего развития, а так же работу по снятию страхов, информирование и обучение ребенка необходимым жизненным навыкам с учетом наличия ограничений.

Второй блок направлен на работу с родителями и детьми-инвалидами младшего возраста. В данный блок входит проработка чувств больного ребенка, работа над принятием факта инвалидности, конструирование позитивного отношения к инвалидности с целью создания в семье наиболее комфортной и помогающей ребенку среды. Ведь именно заложенное с детства адекватное отношение к ситуации инвалидности становится фундаментом успешной жизни уже взрослого человека с инвалидностью.

Третий блок касается взаимодействия психолога с ребенком – инвалидом подросткового возраста. Основными моментами работы здесь является: формирование наиболее адекватной модели принятия инвалидности именно для этого ребенка с целью его дальнейшей интеграции и социализации в общество; преодоление негативного влияния имеющегося опыта, существующих стереотипов, ограничивающего влияния факторов внешней среды и индивидуальных особенностей личности ребенка. В случаях необходимости проводится работа по изменению уровня детско-родительских отношений, усложненных ситуацией созависимости, построение Я – образа, выстраивание позитивной модели будущего, поиск ресурсов с выходом на занятие творчеством, вопросы выстраивания межличностных отношений, работа с чувствами.

Четвертый блок посвящен работе психолога с родителями детей-инвалидов подросткового возраста и имеет два основных направления: работа с последствиями созависимых отношений и формирование адекватного восприятия родителем своей роли в жизни ребенка.

Таким образом, представленный алгоритм включает в себя новые технологии работы с детьми – инвалидами, которые обеспечивают личностный рост ребенка, способствуют успешной адаптации человека с инвалидностью в обществе. Данная деятельность способствует преодолению трудностей, которые могут возникать у человека с инвалидностью в общении с окружающими, использованию ресурсов ребенка и семьи для компенсации и коррекции нарушений, а также правильным (экологичным) отношениям между ребенком и родителями.

Литература

1. ГОСТ Р 52495-2005. Социальное обслуживание населения. Термины и определения [Электронный ресурс]: Национальный стандарт Российской Федерации: [введ. 2007-01-01] // Консультант Плюс: справ. Правовая система. – Законодательство;

2. О социальной защите инвалидов в Российской федерации [Электронный ресурс] : федеральный закон Российской Федерации: [от 24.10 1995 г. № 181-ФЗ, ред. от 31.12.2005 г.] // Консультант Плюс: справ. правовая система. – Законодательство;

3. Словарь – справочник по социальной работе/Под ред. д-ра ист. наук проф. Е. И. Холостовой.- М: Юрист, 2000.- 424 с.

Проектирование моделей, программ и технологий психологической реабилитации

Содержание психологической помощи семьям, воспитывающим недоношенных младенцев

Ворошнина О.Р.
Пермский государственный педагогический университет, г. Пермь

Рождение недоношенного ребенка, процесс его раннего выхаживания и оздоровления – серьезная проблема, интенсивно изучаемая в медицинской практике. Вместе с тем, преждевременное, досрочное рождение малыша и его раннее развитие – исключительно важная проблема с психологической точки зрения.

Досрочное (преждевременное) рождение является экстраординарным событием, которое прерывает складывающееся СО-БЫТИЕ матери и ребенка. Психологический драматизм этой ситуации заключается, прежде всего, в невозможности быстрого восстановления утраченной эмоциональной связи ребенка с матерью (что обычно происходит при нормальных родах) вследствие неизбежно возникающей изоляции и сепарации матери и ребенка.

Анализ литературы по проблеме недоношенности показывает, что в отечественных исследованиях она представлена исключительно с медицинских позиций. В этом контексте нервно-психическое развитие досрочно родившихся детей часто оценивается как благоприятное и значительно компенсированное к году либо к концу раннего возраста. Вместе с тем, анализ отдаленного развития показывает противоречивость между данными раннего (первый год жизни) и более поздних (10-14 лет) этапов, когда развитие уже оценивается как проблемное, тревожное, с выраженными отклонениями в эмоциональной сфере, с проблемами школьной дезадаптации и другими нарушениями.

Особенности эмоционального состояния, личности матерей, их взаимодействия с недоношенными младенцами позволили определить необходимость проведения психокоррекционной работы. Учитывая доминирующую роль матери в жизни маленького ребенка, а также «особенность» недоношенных детей, имеющих специфические

психические, психологические и соматические проблемы развития, мы сочли возможным ориентировать психокоррекционнцую работу на матерей и семьи недоношенных младенцев.

Целью нашей психокоррекционной программы стало развитие чувства компетентности у родителей недоношенных младенцев. В отношении родителей недоношенных детей «стать компетентными» должно означать:

– видеть «особенность» младенца и правильно ее расшифровывать;

– повысить рефлексивность к собственной стратегии воспитания;

– стать более эмпатийными к эмоциональным проявлениям ребенка в разных ситуациях жизни;

– овладеть адекватными способами взаимодействия с ребенком.

Условно можно выделить 2 этапа коррекции: первый этап совпадал по времени с пребыванием пары в больнице, второй – проводился в домашних условиях.

На первом этапе проводилась индивидуальная коррекционная работа. В процессе индивидуальных бесед решались следующие задачи: выявление эмоционального отношения к беременности и рождению ребенка (степень желанности, настроение, реакции близких и т.д.); изучение особенностей и причин преждевременных родов (выявление дополнительных факторов, осложняющих материнство); анализ внутрисемейных, родительско-детских отношений; оценка эмоционального состояния матери, создание у нее положительной установки на дальнейшую психокоррекционную работу.

В коррекционной работе мы также стремились активно подключать матерей к уходу за ребенком. Самым важным для восстановления утраченной (или становления несформировавшейся психофизиологической) связи было установление прямого контакта матери и малыша. С этой целью использовался так называемый метод «мама-кенгуру». Все матери отмечали улучшение своего эмоционального состояния, снижение чувства страха, тревоги за жизнь и здоровье малыша. Врачи также отмечали положительные изменения: улучшение состояния здоровья, прибавку в весе, снижение невротических реакций, двигательного беспокойства, улучшение сна, улучшение функционирования кишечника. Дети, включенные в коррекционную работу, на 1,5-2 недели раньше начинали фиксировать взглядом предметы, улыбаться матери.

Включение матерей в уход за малышом зависело от соматического состояния ребенка. Включение матери во взаимодействие с малышом позволяло значительно повысить ее «техническую» компетентность, преодолеть страх ухода за маленьким ребенком.

Итогом первого этапа коррекционной работы стало восстановление утраченной эмоциональной связи между матерью и ребенком, приобретение женщиной уверенности в собственных возможностях, снижение тревоги и страха за жизнь и здоровье малыша, переключение со своих аффективных, деструктивных переживаний (аффект страха, разлуки) на ожидание позитивных изменений в состоянии здоровья ребенка, на получение удовольствия от взаимодействия с ним.

Второй этап коррекционной работы начинался после выписки пар домой. Основным содержанием по-прежнему было восстановление психоэмоциональной связи и преодоление негативных последствий разлуки. Особенно важным мы считали на данном этапе: оказание помощи матерям и отцам в освоении способов взаимодействия с ребенком, обучение «считыванию» и интерпретации детских сигналов; снятие негативных реакций и состояний.

В психокоррекционной работе с родителями на данном этапе мы опирались на два важных положения. Первое заключается в том, что у матерей недоношенных детей в силу объективных причин нарушается «интуитивное поведение», которое включает в себя пять типов: визуальное, голосовое, тактильная стимуляция, манера держать ребенка и поведение во время кормления.

Второе положение касается признания важности, первичности эмоциональных процессов как наиболее ранних механизмов регуляции поведения ребенка. Мы предположили, что важным для повышения компетентности родителей будет привлечение их внимания к актуальному эмоциональному состоянию младенца, углубление их педагогической и медицинской грамотности, а также обучение способам взаимодействия с ребенком посредством полноценного визуального, тактильного и голосового контактов.

Коррекционная работа на данном этапе проводилась как индивидуально с каждой семьей, так и в группе. Групповая коррекционная работа включала в себя разнообразные игры и упражнения, просмотр и анализ видеоматериалов взаимодействия матери и младенца.

Психокоррекционная работа представлена несколькими, тесно связанными темами. Первая тема называется «Представим себя

ребенком». Родителям предлагается не только встать в позицию ребенка, но и попробовать интерпретировать сигналы, посылаемые «младенцем». В данную тему включались упражнения, отражающие специфику взаимодействия ребенка с разными взрослыми, что типично для стационара больницы. Данный блок упражнений носит не только коррекционный, но и диагностический характер. Наблюдая за выполнением заданий, мы имели возможность подбирать дифференцированную, индивидуализированную программу подготовки: включать больше упражнений на сензитивность, рефлексивность либо на овладение способами взаимодействия с младенцем. С целью диагностики эффективности проведенной коррекционной работы мы включили блок заданий по данной теме не только в начале, но и в конце групповых занятий. Это позволило нам оценить динамику поведения родителей, их эмоционального состояния, уровень психолого-педагогической компетентности во взаимодействии с младенцем.

Следующий блок упражнений направлен на совершенствование способов визуального контакта. Важность данного компонента взаимодействия подчеркивают многие отечественные и зарубежные психологи. Визуальный контакт младенца и матери определяет развитие и когнитивной, и аффективной сторон общения.

При глазном взаимодействии важным оказывается не просто заметить сигнал, но и определить его характер. Матери недоношенных детей с нарушенным интуитивным поведением часто оказываются не в состоянии оценить динамику возбуждения младенца и согласовать с ней свое поведение. Коррекционную работу с целью становления рефлексии родительского поведения включались также просмотры видеоматериалов оптимального и дезадаптивного взаимодействия в диадах с младенцами. Матерей обучали расшифровывать сигналы, анализировать ситуацию, поведение участников взаимодействия, предлагать пути выхода из создавшейся ситуации.

Третий блок упражнений направлен на привлечение внимания матерей к тактильному контакту как к первому источнику информации об окружающем мире и как важнейшему условию становления доверительного отношения к нему. Известно, что тесный тактильный контакт между ребенком и матерью в первые 4-6 недель жизни имеет исключительно важное значение, превышающее значение глазного контакта. Считается, что тактильная стимуляция представляет собой наиболее точный индикатор того, что мать

действительно хочет тесного взаимодействия с ребенком и готова защитить его.

Условия работы стационаров для новорожденных детских больниц ограничивают включение матери в процесс ухода за ребенком, поэтому впервые с возможностью ничем не ограниченного тактильного контакта она сталкивается только дома. Драматизм этой ситуации состоит в том, что период доминирования тактильного над другими видами контактов уже прошел (в норме этот период занимает первые 4-6 недель жизни), а ребенок еще не имел возможности быть включенным в него.

Основной путь преодоления этой негативной тенденции, как уже указывалось выше, включение матери в процесс ухода за ребенком и применение метода «мама-кенгуру». В целях развития эмпатийности, рефлексивности мы включали в коррекционную работу специальные упражнения, где родителям давалась возможность физически раскрепоститься, научиться согласовывать свои действия с другими участниками группы, научиться быть ведомыми, подстраиваться под действия «ребенка» и т.д.

Упражнения на становление тактильного взаимодействия включались нами в тренинговые упражнения после визуального взаимодействия, несмотря на раннее появление первых. Такая последовательность блоков обусловлена необходимость раскрепощения матерей, которые на первых занятиях достаточно сложно идут на тесное прямое взаимодействие с партнером. Важное значение имеет также то, что контакт «глаза в глаза» для взрослого человека, чаще всего, является более привычным, информативным и опосредствованным.

Четвертый блок работы включает совершенствование способов голосового взаимодействия. Четкий паттерн материнского поведения при голосовом контакте с младенцем определяется через 6-8 недель после рождения, то есть, когда вокализация уже может быть скоординирована с глазным контактом. Особенно важным в голосовом контакте является возможность регуляции аффективного состояния младенца, а также вступление во взаимодействие посредством речи. Наблюдения за голосовым взаимодействием показали, что матерей необходимо обучать построению диалога: при разговоре смотреть на малыша, строить свое высказывание так, чтобы предполагался ответ ребенка. Наблюдения показали также, что матери практически не используют в речи, так называемую «baby talk».

Помимо условных игровых упражнений и заданий родителям предлагались занятия с врачами-неонатологами, медсестрами,

психологом, педагогом. Эти занятия строились в форме лекций-бесед, включающих теоретические сообщения и ответы на интересующие матерей вопросы. Наряду с видеотренингом женщины участвовали в практических занятиях, направленных на повышение их операциональной компетентности.

Особое внимание на всех коррекционных занятиях уделялось эмоциональному состоянию родителей, которые обсуждали свои чувства, переживания, связанные с ребенком и проводимыми занятиями, отмечали динамику своего эмоционального состояния.

Индивидуальная коррекционная работа на данном этапе предполагала оказание «скорой» психологической помощи. Психолог помогал разрешать сложные ситуации, возникающие во взаимодействии с младенцем, интерпретировать сигналы, посылаемые ребенком, демонстрировал оптимальные способы ответа на «запрос» малыша.

Итогом коррекционной работы стало значительное повышение компетентности родителей, проявлявшееся в умении адекватно оценивать актуальное эмоциональное состояние, потребности ребенка; быстро находить приемлемые способы разрешения ситуации.

Разработка модели учебно-производственных подразделений для осуществления социально-трудовой адаптации в условиях реального производства лиц со сложной структурой дефекта, прошедших специальную профессиональную подготовку в условиях колледжа

Головина Г.А.
ГОУ СПО Технологический колледж № 21
Городская экспериментальная площадка
Научный руководитель ГЭП – Н.Д. Раздобаров

Цель работы:

Создание и отработка модели службы психолого-педагогического сопровождения лиц с тяжелыми психическими нарушениями на адаптационных рабочих местах.

Гипотеза:

При обеспечении преемственности и непрерывности психолого-педагогического сопровождения возможно организовать трудовую деятельность для лиц с тяжелыми психическими нарушениями в специально организованных условиях.

Задачи:

• Организация адаптационных рабочих мест в учебно-производственных мастерских.

• Реализация новых форм и методов психолого-педагогического сопровождения лиц с тяжелыми психическими нарушениями на адаптационных рабочих местах.

• Отслеживание динамики результатов экспериментальной реализации новых подходов психолого-педагогического сопровождения учебно-трудовой деятельности молодых людей со сложной структурой дефекта и внесение необходимых изменений в методики работы.

Целевая группа.

В целевую группу эксперимента в 2010/11 учебном году вошли 32 молодых человека с тяжелыми психическими и интеллектуальными нарушениями. Все молодые люди закончили в июне 2009 года и в июне 2010 года 3-годичный курс профессиональной подготовки в Технологическом колледже № 21 по профессиям швея, брошюровщик, гончар и столяр.

Все обучающиеся – инвалиды первой и второй группы с нарушениями психического развития в возрасте от 20 до 32 лет (с такими диагнозами, как ранний детский аутизм, глубокая умственная отсталость, органическое поражение мозга, шизофрения, генетические синдромы и др.). В целом молодых людей характеризуют нарушения эмоционально-волевой сферы, в различной степени выраженные трудности общения и установления контакта, мотивационные, поведенческие нарушения, нарушения произвольной регуляции деятельности. Для всех характерны серьезные нарушения социальной адаптации и выраженный интеллектуальный дефект.

ОПИСАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

В результате анализа 2-летнего этапа экспериментальной работы по нашей теме, было показано, что в специально созданных условиях творческих ремесленных мастерских и при организации соответствующего психолого-педагогического сопровождения учащиеся с тяжелыми интеллектуальными и психическими нарушениями могут приобретать профессиональные навыки в рамках выбранной профессии (столяр, брошюровщик, швея, гончар). Объем освоенных профессиональных навыков зависит от индивидуальных особенностей учащегося. Каждому из них была представлена возможность попробовать себя в освоении всех технологий в рамках выбранной профессии (в соответствии с разработанной образовательной программой). Затем совершенствовались навыки технологий, которые наиболее доступны учащемуся и на освоение

которых он наиболее мотивирован. Так, например, в швейно-ткацкой мастерской несколько учащихся специализировались в освоении технологий лоскутного шитья или ткачества на горизонтальных 4-педальных ткацких станках. После завершения обучения они выполнили выпускные аттестационные работы в соответствующей технике. По завершении 3-годичного курса профессиональной подготовки, выпускники получили свидетельства, в которых рекомендована работа в рамках указанной профессии в условиях поддерживаемого трудоустройства. Молодые люди работали в мастерских от 2 до 5 часов в зависимости от своих индивидуальных возможностей. Для каждого из них была определена наиболее перспективная и комфортная трудовая деятельность из множества предлагаемых в мастерских во время трехлетнего учебного процесса. Были определены функциональные обязанности каждого особого работника – график рабочего времени, режим труда, права, ответственность работника. Мы моделировали для особых работников комфортную трудовую ситуацию, в которой наряду с предъявлением к ним необходимых требований (организованность, ответственность, инициативность и т.п.), внешние условия труда – мастерская, сопровождающий педагогический персонал, оставались привычными. Работа проходила в тех же мастерских, где проводились занятия по производственному обучению учащихся младших курсов, что давало возможность установления новых межличностных контактов. Психологами была проведена предварительная психологическая подготовка педагогов и мастеров производственного обучения. В результате они активно оказывали позитивную поддержку молодым работникам в процессе трудовой деятельности.

В процессе экспериментальной работы мы стремились создать условия, помогающие трудиться, обучить учащихся необходимым профессиональным навыкам, развивать в них чувство ответственности и осознание потребности в труде. Мы определили, что психолого-педагогическое сопровождение и осознание роли работника, является необходимой составляющей процесса формирования учащихся как «субъектов труда». В результате экспериментальной работы 2009/2010 учебного года нами была разработана и предложена концепция формирования «субъекта труда» (Рисунок 1).

При организации экспериментальной работы, мы стремились создать и отработать модель психолого-педагогического сопровождения учебно-трудовой деятельности, которая помогала бы формированию молодых людей со сложными и грубыми

нарушениями, как субъектов трудовой деятельности. Это – главная задача, на схеме она условно обозначена как голова человека.

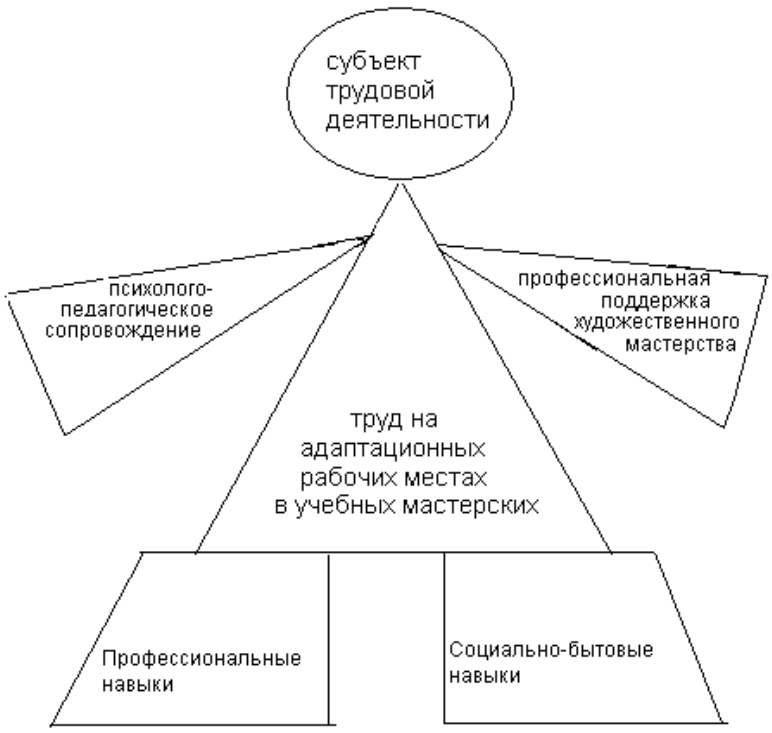
Профессиональные навыки и базовый уровень социально-бытовой адаптации, приобретенные в период 3-годичной профессиональной подготовки, являются необходимым фундаментом для дальнейшего развития учащегося как субъекта труда. На схеме это условно показано как ноги человека.

Трудовая деятельность на адаптационных рабочих местах в учебных мастерских – основной процесс формирования учащихся как субъекта труда. На схеме он условно обозначен как тело человека, имеет форму стрелки, направленной к главной цели.

Психолого-педагогическое сопровождение обеспечивает возможность и эффективность трудовой деятельности для лиц с тяжелыми психическими нарушениями. На схеме условно обозначено как правая рука.

Профессиональная поддержка художественного мастерства – необходимая составляющая, которая позволяет обеспечить необходимый уровень трудовых навыков и расширение спектра труда. На схеме обозначена как левая рука человека.

Рисунок 1.



Научная новизна полученных результатов.

В результате реализации данного эксперимента отобраны наиболее эффективные методы психолого-педагогического сопровождения учебно-трудовой деятельности молодых людей со сложной структурой дефекта. Предложена концепция службы психолого-педагогического сопровождения описываемого контингента на учебно-трудовых местах.

Выявлена положительная динамика по пяти показателям – тревожность, наличие ценности трудовой деятельности, отношение к ведущей трудовой деятельности, уровень притязаний и самооценка у большинства молодых людей из целевой группы.

Выводы:

- разработана и апробирована модель психолого-педагогического сопровождения молодых людей со сложной структурой дефекта в процессе учебно-трудовой деятельности;
- предложена концепция службы психолого-педагогического сопровождения молодых людей со сложной структурой дефекта на адаптационных рабочих местах;
- прослежена положительная динамика по таким показателям как уровень тревожности, наличие ценности «трудовая деятельность» в общей системе ценностей, отношение к ведущей трудовой деятельности, уровень притязаний и самооценка у большинства молодых людей из целевой группы;
- определены наиболее эффективные методы психолого-педагогического сопровождения учебно-трудовой деятельности.

Развитие коммуникативных навыков у студентов с ограниченными возможностями здоровья

Головина Л.Е.

Социально-педагогический колледж МГППУ, г. Москва

Особые образовательные потребности студентов с ограниченными возможностями здоровья определяются специфическими закономерностями отклоняющегося развития: замедлением темпа возрастного развития, замедлением скорости приема и переработки поступающей информации, общим снижением психической активности, диспропорциональностью между направленной и спонтанной сторонами развития, недоразвитием всех или некоторых форм предметной деятельности, недоразвитием моторики, более высокой психофизиологической «ценой» достижения

того или иного результата, нарушениями речи, недостатками словесного опосредования поведения и психической деятельности в целом, затруднениями в сфере общения, несогласованностью в образной и вербальной сферах психики, деформацией социальной ситуации развития и системы отношений студента с ближайшим окружением.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья основной формой развития является направленное развитие, то есть организованный педагогический процесс, так как перечисленные особенности психофизического развития данной группы детей затрудняют развитие в спонтанной форме. Развитие коммуникативных навыков представляет собой процесс овладения культурными инструментами общения и нравственными нормами поведения, которые выработаны в ходе общественно-исторической практики и приняты в той социокультурной группе, к которой принадлежит тот или иной человек.

По результатам проведенного нами анкетирования, 80% абитуриентов и студентов с ограниченными возможностями здоровья первого курса испытывают определенные трудности при общении с другими студентами. Кроме того, студенты с особыми возможностями здоровья недостаточно владеют навыками слушания. При этом они испытывают затруднения в тех случаях, когда требуется пояснить или продолжить уже высказанную сокурсником мысль. Студенты с ограниченными возможностями здоровья часто демонстрируют недоразвитие навыков делового общения. Это проявляется в неспособности организовать сотрудничество с малоизвестными людьми (чаще на первом курсе). Практически все преподаватели сталкиваются с необходимостью заставлять студентов (прямым или косвенным путем) формулировать вопросы. Приоритетной задачей коммуникативной подготовки будущих специалистов считается перестановка акцентов с монологической речи и пассивного слушания на диалог.

Одной из актуальных проблем является неспособность большинства студентов аргументировано, разносторонне, с привлечением жизненного опыта и научных знаний излагать свою точку зрения. Этот недостаток усугубляется тем, что требования к современному специалисту – профессионалу чрезвычайно высоки. Он должен не только уметь грамотно изложить свою позицию, но и быть убедительным, ярким и оригинальным в качестве организатора и участника диалога.

Причины возникновения этих проблем обусловлены ограниченностью круга общения в специальных (коррекционных) учебных заведениях, в которых учились студенты до прихода в СПК МГППУ.

Контакты со сверстниками, новыми преподавателями зачастую приводят к социальному стрессу, на фоне которого возможно развитие особых психологических переживаний, таких как: страх самовыражения; ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков, речи; ожидание негативных оценок и неадекватной реакции со стороны нормально развивающихся студентов.

В результате часть студентов с ограниченными возможностями здоровья остается в среде себе подобных, не стремится адаптироваться в обществе и интегрироваться в социум.

Для формирования коммуникативных качеств личности подходят такие методы воздействия, которые могут позволить человеку взглянуть на тенденции в собственном поведении, понять особенности своих мотивов и установок. К таким методам воздействия на социально-психологоческую структуру личности относится, в частности, социально-психологический тренинг.

Нами была разработана программа тренинговых занятий по развитию коммуникативных навыков студентов с ограниченными возможностями здоровья, которая включает в себя четыре основных блока:

1. Диагностический.

2.Установление продуктивного контакта с клиентом.

3. Коррекционно - развивающий.

4. Блок оценки эффективности коррекционных воздействий.

Цель программы: Развитие коммуникативных навыков у студентов с ограниченными возможностями здоровья.

Основными задачами программы являются:

- сообщение, обсуждение, систематизация теоретических знаний, связанных с проблемой общения;
- отработка техники и приемов коммуникации;
- формирование навыков взаимопонимания в процессе общения, выработка умения по внешним признакам партнеров смоделировать собственное поведение в различных ситуациях коммуникации;
- повышение самооценки студентов с ООП;
- предупреждение отклонений и трудностей в общении;
- обучение преодолению стереотипности поведения в общении.

Форма проведения: групповая.

Диагностика:

1. Методика изучения общительности как характеристики личности: из кн. Гамезо М.В., Герасимова В.С., Орлова Л.М. «Старший дошкольник и младший школьник: психодиагностика и коррекция развития. - М., МГОПУ,

2. Методика изучения уровня развития общения Ряховского В.Ф.: Психологические тесты/ Под ред. А.А.Карелина: В2т. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003.- Т.2.

3. Методика изучения уровня коммуникабельности: Рогов Е.И. «Психология общения». - М., «Владос». - 2004г.

4. Методика «Оценка умения слушать»: Рогов Е.И. «Психология общения». - М., «Владос». - 2004г.

Программа тренингов рассчитана на студентов с особыми возможностями здоровья первого курса. (Количество занятий – 24. Тренинги рассчитаны на 1,5- 2 часа.).

Тренинги должны проводиться педагогом-психологом во внеурочное время.

Занятия включают широкий спектр методических форм: мини-лекции, ролевое обучение, деловые игры, групповой анализ проблемы, дискуссии, психологические этюды.

Перед началом занятий необходимо сформировать положительную мотивацию к овладению коммуникативными навыками. Структура тренингового занятия: 1 часть — организационная; 2 часть – основная часть; 3 часть – подведение итогов занятия.

Методические рекомендации по реализации программы тренинговых занятий по развитию коммуникативных навыков студентов с ограниченными возможностями здоровья:

1.Студентам предлагается воспринимать на слух или слухо-зрительной основе слова и фразы по теме, которая будет обсуждаться на тренингах. Все слова и фразы используются студентами в ходе дальнейшей дискуссии и поэтому должны быть понятны каждому.

2. Педагог-психолог сообщает тему занятия и необходимую теоретическую информацию.

3. В итоговой части могут использоваться тесты и задания для оценки качества усвоения информации и развития навыков коммуникации.

4. Студенты с ограниченными возможностями здоровья, входящие в группу, не должны иметь медицинских противопоказаний, психических расстройств. В группе не должно быть студентов, имеющих с другими членами группы затяжные скрытые конфликты.

При организации тренинговых занятий необходимо следующее:

1. Создание мотивации для формирования коммуникативных навыков перед каждым занятием.

2. Положительный эмоциональный настрой ведущего занятия.

3. Создание в группе непринужденной, демократичной, открытой обстановки.

4. Общение на занятии только с помощью устной речи (в качестве вспомогательной формы возможно применение письменной речи).

5. Обязательное использование индивидуальных слуховых аппаратов (если в группе есть глухие студенты).

6. Организационная и направляющая роль педагога - психолога.

7. Максимальное использование проблемной постановки вопросов.

8. Активизация всех участников группы, привлечение каждого к участию в диалоге и выполнению тренинговых заданий.

9. Предоставление возможности группе импровизировать, искать различные пути решения коммуникативной проблемы.

10. Использование технических средств для оптимизации процесса формирования коммуникативных навыков.

Тренинговые занятия планируются в соответствии с возможностями и интересами студентов с особыми возможностями здоровья.

Ожидаемый результат: выработка навыков саморегуляции и самоконтроля, обучение коммуникативным навыкам, выработка позитивных поведенческих стратегий, оптимизация психологического климата в коллективе.

Литература

1. Развитие детей с нарушением слуха во внеурочной деятельности. Под ред. Е.Г. Речицкой. М.: «ВЛАДОС», 2005.

2. Рожнева Н. Я учусь владеть собой. Школьный психолог. 2006. №13. С.20-27.

3. Вежновец И. Как быть уверенным в себе. Школьный психолог. 2006. №15. С.22-27.

4. Фоломеева Е. Город невезучих. Школьный психолог. 2006. №15. С.10-14.

Организация ранней помощи детям с нарушениями аутистического спектра в г. Гётеборг (Швеция)

Горина Е. Ю.
РБОО «Центр лечебной педагогики», г. Москва

В настоящий момент в России активно развивается система помощи детям с нарушениями аутистического спектра: открываются новые реабилитационные центры, специалисты осваивают новые модели и подходы коррекции аутизма. Данная категория детей активно включается в образовательную среду: в детских садах, лекотеках, массовых, интегративных и коррекционных школах появляется все больше детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы. Это требует от специалистов освоения методик работы с такими детьми. Поэтому нам кажется важным анализ и применение мирового опыта, освоение специалистами новых методик и моделей помощи детям с аутизмом.

С марта по июль 2011 года я проходила стажировку в реабилитационном центре г. Гётеборг, где познакомилась с организацией помощи детям с аутизмом и с конкретными методиками, которые применяют специалисты данного центра.

Характерными чертами Шведской системы можно назвать превалирование государственной системы помощи – в городе нет негосударственных центров помощи детям с нарушениями, мало частнопрактикующих специалистов. Вся реабилитационная помощь оказывается в обычных детских садах и школах, а специалисты-психологи и педагоги играют роль консультантов.

Всего в городе 2 организации, которые оказывают помощь детям с нарушениями развития. Организация «BUP» («Barn och ungdomspsykiatri») специализируется на психиатрической помощи, туда попадают дети и подростки с шизофренией, эпилепсией, депрессиями, суицидальными попытками и нарушениями пищевого поведения. Организация, о работе которой пойдет речь – «H&H» («habilitering och hälsa») – оказывает реабилитационные услуги. Туда обращаются семьи детей с задержками развития и умственной отсталостью, двигательными нарушениями, нарушениями речи, аутизмом, трудностями обучения. Границы этих двух организаций, по словам самих специалистов, проницаемы. Дети, которые проходят реабилитацию в «H&H», иногда также принимают психиатрические

лекарства, а в BUP с детьми проводят занятия. Там также работают психологи и педагоги, а помощь не ограничивается медицинским лечением.

В «H&H» Каждого ребенка сопровождает «команда» из нескольких специалистов. Для ребенка с аутизмом это, как правило, психолог, семейный психолог, логопед.

Занятия со специалистом проходят 1 раз в 2 недели, на занятиях присутствует один или оба родителя. Помимо наблюдения за занятием, родителей часто включают в процесс терапии: иногда специалисты просят маму поиграть или почитать с ребенком, а затем дают обратную связь, подсказывают способы и приемы взаимодействия.

В центре часто проходят семинары и тренинги для членов семей детей с аутизмом, а также для воспитателей детских садов. Концепция помощи в центре подразумевает, что основная коррекционная работа с ребенком происходит дома и в детском саду, поэтому специалисты лишь консультируют родителей и воспитателей по вопросу занятий. Есть модель «выездной» помощи: психолог центра раз в месяц проводит занятия с ребенком в детском саду в присутствии воспитателя, отвечает на вопросы специалистов сада, консультирует родителей, составляет план дальнейших занятий.

Интересно построена работа с родителями. Для родителей проводятся специальные тренинги: например, есть специальный тренинг для родителей детей с поведенческими проблемами, тренинг по проблемам коммуникации. Тренинги построены по интерактивному принципу, это не беседы, и не семинары. В процессе обсуждения какой-либо темы, участники тренинга рассказывают о своем ребенке, знакомятся с методиками и играми. Им дается «домашнее задание». Родители дома выполняют упражнения с детьми, а затем делятся своими удачами и неудачами, приносят видео своих домашних заданий с ребенком.

Работа ведётся на основе конкретных апробированных моделей. Помимо более традиционных бихевиоральных моделей с акцентом на усвоение новых познавательных навыков (ABA, TEACH), специалисты центра сейчас используют более современные модели, направленные на развитие общения, игры, контакта со взрослым. Одной из таких моделей является Early Start Denver Model, созданная

американским психологом Салли Роджерс. Данная модель совмещает в себе элементы бихевиоральных подходов (основанных на ABA) и игровых, основанных на развитии непосредственного общения с ребенком (RDI, Floortime). Одна из основных идей этой модели – сделать терапию наиболее естественной, приближенной к жизни, сохранив представление о поведении, разработанное в ABA. Рекомендуется проводить её в игровой малоструктурированной ситуации. Модель изначально разработана для детей до 3х лет с т.н. «высокофункциональным» аутизмом (синдромом Аспергера, аутистическими чертами с сохранным интеллектом). Нам представляется, что данная модель также работает для детей без аутизма с первичными нарушениями коммуникации (речевой сферы) и поведенческими проблемами, а также для детей более старшего возраста с более тяжелыми нарушениями аутистического спектра.

Модель подробно описана в выпущенном руководстве «Early Start Denver Model for Young Children with Autism». В Америке институт M.I.N.D., Калифорния, проводит обучение данному методу.

В руководстве авторы обращают внимание на 3 ключевые момента данной модели:

1) Развитие речи происходит всегда в диалоге и только через коммуникацию, важно параллельное развитие невербального и вербального общения. Поэтому на занятиях по развитию речи специалист специально не поощряет правильную речь ребенка, поощрением является продолжение диалога и положительные эмоции взрослого.

2) Задача специалиста и родителей - не отработка одного изолированного навыка, а построение сложного комплексного поведения, постановка задач и их решение через игру, а также в процессе повседневного общения с ребенком.

3) С ребенком должна работать команда специалистов, которые взаимодействуют между собой и используют одинаковые принципы в работе.

4) Индивидуализация программы. Общей частью программы для всех детей является список навыков, на который опирается специалист при постановке задач. Конкретные виды работы и игры, которые предлагаются ребенку, зависят от его интересов.

5) Для поведенческих проблем предлагается «позитивный подход». Задача специалиста не ликвидация нежелательного поведения, а анализ его причин и механизмов. В дальнейшем специалист постепенно заменяет ошибочное поведение на социально приемлемое, направленное на достижение тех же целей.

6) Вовлеченность семьи. Предполагается, что минимум 1-2 часа в день родители занимаются, используя ESDM подход в повседневной жизни. Задействованы все аспекты ежедневного расписания: еда, игры, прогулки, одевание, туалет, мытье, сон.

Итак, опорной частью модели является список навыков, по которому происходит как первичная диагностика ребенка, выработка плана коррекции, так и дальнейшая оценка эффективности терапии. Список включает следующие навыки: рецептивная коммуникация (receptive communication), экспрессивная коммуникация, разделенное внимание, имитация, социальные навыки, игра, мелкая моторика, крупная моторика и самообслуживание.

В начале программы навыки ребенка оцениваются по контрольному списку, затем ставятся цели на 12-недельный срок, затем происходит повторная оценка.

Диагностику ребенка проводят в полуструктурированной ситауции. Сначала ребенку предоставляют возможность поиграть самому, затем психолог вступает с ним в контакт. В процессе взаимодействия оценивают совместную игру и следование инструкциям («садись за стол», «время убирать игрушки»). Также проводят интервью с родителями.

Интересно, что как диагностику, так и занятия проводят практически в пустой комнате. Все необходимые игрушки и пособия специалист приносит в комнату перед занятием и раскладывает по полкам. В моделях, которые используют специалисты центра, предполагается, что для игровых занятий нужно сенсорно и предметно обедненная среда, чтобы ребенок не мог «дотянуться» до всех игрушек сам, тем самым создается возможность обратиться к взрослому за помощью. С другой стороны, это помогает ребенку сосредоточиться на том, чем он сейчас занят.

Из контрольного списка выбирают несколько навыков (целей работы), а затем формулируют их на конкретном поведенческом

уровне. Правильно поставленная цель, по мнению авторов модели, включает:

1) Описание предшествующего стимула, который предваряет демонстрацию нужного поведения (навыка). Он всегда что-то провоцирует, является причиной нашего поведения. Иногда это действия других (например, когда взрослый зовет ребенка по имени); иногда это стимулы из окружающей среды (так чаще всего происходит в школе: звонки, песни), иногда это внутренняя потребность (жажда, голод). Важно обозначить как стимул наиболее естественные для ребенка данного возраста побудители, а не инструкции.

2) Уточнение наблюдаемого, измеримого поведения (навыка);

3)Критерий, который означает усвоение навыка (mastery criterion);

4)Критерий функционального, генерализованного использования данного навыка (поведения). Генерализация навыка – использование освоенного поведения в разной обстановке, на разном материале, с разными людьми.

Например, в области экспрессивной коммуникации правильно поставленная задача будет сформулирована следующим образом: Когда ребенку предлагают игры или предметы, которые ему нравятся (стимул), он будет просить их у взрослого (поведение), используя жесты, вокализации и\или глазной контакт, (критерий усвоения). В 90% случаев наблюдается генерализация: повторение поведения в течение 2х последовательных 10-минутных периодов времени, как минимум в двух разных ситуациях и с тремя разными людьми.

Сама терапия проходит в игровой форме, ребенку предлагают различные игры, игрушки, предметы и картинки. Специалист провоцирует желаемое поведение ребенка: подражание, совместную деятельность, диалог, а затем подкрепляет его с помощью положительных эмоций, похвалы (в этом подходе пищевые подкрепления используются только в крайнем случае).

Важной частью модели является разработанная система оценки работы специалиста. Предполагают, что оценку должен проводить сторонний специалист-супервизор. Занятия записывают на видео,

супервизора знакомят с программой для данного ребенка (подробно описанными целями работы). Для удобства всё занятие делится на смысловые части (по видам деятельности). Оценивают отдельно каждый эпизод. Оценка проводят по 12 аспектам работы, каждый из которых оценивают по 5-ти бальной шкале. Аспекты эффективной работы специалиста: 1) управление вниманием ребенка;

2) ABC формат – качество бихевиорального обучения. Определяется тем, насколько часто в течение игры появляются «обучающие интеракции» и насколько чёткой структурой они обладают: стимул → поведение → последствия. В ходе «идеальной терапии» эти интеракции должны появляться каждые 30 секунд.

3) применение специальных обучающих техник: моделирование, помощь, уменьшение помощи, chaining techniques, управление количеством ошибок;

4) способность управлять эмоциями и уровнем активности ребенка;

5) управление нежелательным поведением;

6)создание и поддержание мотивации ребенка для участия в деятельности;

7) использование положительных эмоций;

8) чуткое реагирование на «коммуникативные сигналы» ребенка;

9) создание разнообразные условия для общения;

10) соответствие речи взрослого речевому уровню ребенка;

11) качество совместной деятельности;

12) плавность осуществления перехода от одной активности к другой.

Данная модель доказала свою эффективность в ряде научных исследований. Представляется, что она может быть применима в реабилитационных и образовательных центрах в России, где занимаются дети с нарушениями аутистического спектра. Для этого

необходим перевод модели на русский язык и её апробация в условиях российской выборки.

Важно отметить, что специалисты, работающие с детьми в реабилитационном центре Гётеборга, владеют, как правило, не одной, а несколькими моделями. Выбор модели зависит от потребностей ребенка, а также от среды, в которой растет ребенок: особенностей семьи, посещаемого детского сада. Также в Гётеборгском центре активно используют метод «развития ранней имитации» (подражания), а также систему PECs (Picture exchange communication).

Социально-психологическая реабилитация школьников посредством реализации программы «Формирование активной жизненной позиции у школьников с ограниченными возможностями здоровья»

Дренева В.В.

Социально-психологическая служба при управлении образования администрации г. Коврова Владимирской обл.

Значительная часть детей с отклонениями в развитии, несмотря на усилия, принимаемые обществом с целью их обучения и воспитания, став взрослыми, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь. Вместе с тем, результаты исследований и практика свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий дефект развития, может при соответствующих условиях стать полноценной личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу [1, 3].

В последние годы в нашей стране стало более заметным стремление к тому, чтобы изменить сложившуюся ситуацию с обучением и воспитанием детей-инвалидов в лучшую сторону.

Однако проблема обучения, воспитания и реабилитации детей-инвалидов остается сложной.

Чтобы помочь названной категории детей интегрироваться в обществе, необходимо решать эту задачу с учетом всего комплекса медицинских, педагогических, экономических, социальных, социально-психологических и других проблем, касающихся социальной защиты детей-инвалидов, их обучения, воспитания,

реабилитации и адаптации в социальную среду, а также изменившихся социально-экономических условий жизни общества.

Важное место в комплексе названных составляющих компонентов подготовки детей-инвалидов к интеграции в социальную среду занимают вопросы их социально-психологической реабилитации.

Основная задача социально-психологической реабилитации — обеспечить подготовку таких детей к полноценной жизни в обществе. Именно поэтому, наша творческая группа педагогов-психологов разработала Программу «Формирование активной жизненной позиции у школьников с ограниченными возможностями здоровья» и предлагает ее как один из вариантов реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Новизна Программы «Формирование активной жизненной позиции у школьников с ограниченными возможностями здоровья» в том, что она ориентирует школьников на последовательное изучение своих способностей, возможностей, осуществление коррекции личностных качеств, оздоровление своих отношений с окружающими; помогает получить знания по преодолению жизненных трудностей и выработать установку на принятие себя.

Важнейшим концептуальным подходом является идея о совместной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья и здоровых учащихся.

Цель программы: создание оптимальных условий для воспитания и развития личности учащихся с ограниченными возможностями здоровья с активной жизненной позицией через освоение социально-психологического опыта практической направленности для решения проблемных ситуаций.

Задачи:

- формирование положительного отношения к учению как главному условию личного роста;
- осуществление помощи в оценке личностных характеристик школьников, в формировании адекватного представления о состоянии здоровья, в формировании адекватного представления о болезни;
- обучение приёмам и способам преодоления кризисных ситуаций;

- развитие навыков коммуникативного общения для психологической ориентации школьников в мире межличностных взаимоотношений;
- развитие деловых черт характера для принятия решений;
- предоставление возможности осознания важности развития личностных качеств, необходимых для успешной реализации в обществе.

Практический опыт, который учащиеся приобретут в результате занятий, полученные ими знания о своих индивидуально-психологических особенностях, помогут им более эффективно справляться с теми эмоциями и чувствами, которые ориентируют учащихся на негативизм, пассивность, жалость к себе. Также в процессе занятий учащиеся смогут узнать слабые и сильные стороны своего состояния здоровья, научатся лучше понимать себя и выработать навыки принятия решений.

На занятиях дается доступный теоретический материал, а также практические упражнения, помогающие учащимся выработать личностные качества, определяющие активную позицию в жизни общества.

Программа предназначена для подростков с ограниченными возможностями состояния здоровья. Останавливаясь на данном возрастном этапе, мы исходим из того, что учащиеся уже усвоили определенную совокупность знаний, способы деятельности и модели поведения, имеют сложившиеся или складывающиеся отношения к миру, людям, событиям, задачам, к самому себе и жизни в целом.

Программа по формированию жизненно активных личностных качеств создает условия для развития самопознания школьников, способных свободно ориентироваться в мире взаимоотношений людей, направленных на активное участие в жизни общества и использование умений выхода из кризисных ситуаций.

Воспитание личности с активной жизненной позицией предполагает формирование способностей брать на себя ответственность, ставить перед собой задачи и находить самостоятельные пути их достижения, считать себя равноправным членом общества с высоким уровнем ответственности за свои поступки, реализацию возможностей, который сможет адаптироваться в социальной среде с учетом состоянии здоровья и личностных особенностей.

Последовательное изучение своих способностей, развития личностных качеств, коммуникативных умений и навыков в стенах

школы поможет учащимся справиться с задачами и трудностями, которые ожидают их в реальной жизни. Включение школьников с ОВЗ в активные формы личностного развития оказывает на них социализирующее влияние, расширяет возможности для самоутверждения и самореализации, социальной адаптации

Таким образом, курс формирует осознанное представление о каждом человеке со своими особенностями как об индивидуальности, которая обладает безусловной ценностью и уникальностью, способна быть активным членом общества.

Основным компонентом курса является понятие о гармоничной активной личности как о цели развития человека, ориентированной на самопознание и самореализацию. Идея собственной личностной активности является связующей между элементами курса, значительно усиливая его воспитательный и развивающий потенциал.

Реализация программы предусматривает использование как традиционных, так и инновационных, психокоррекционных методов.

Традиционные методы:

- опрос, беседа, дискуссия, мини-сочинение, тестирование для определения уровня развития личностных характеристик школьников.

Инновационные:

• показ фрагментов видеофильмов, фильмов, слайдов;
• компьютерные обучающие диски: «Звуки природы - релаксация для школьников»;
• презентации, приготовленные педагогом-психологом к урокам.

Психокоррекционные методы:

- психотерапевтические приемы, способствующие сохранению и самовосстановлению здоровья, методы психопрофилактики;
- игры и упражнения – активаторы, использованные для психологической разминки;
- игровые упражнения на повышение самооценки, развитие коммуникативных навыков общения, эмоциональных реакций и различных видов поведения в кризисных ситуациях;
- элементы арт-терапии, интерактивные формы работы по формированию навыков общения.

Кроме того, при проведении индивидуальных коррекционно-воспитательных занятий эффективно используются элементы психодрамы, методы комплексной сказкотерапии.

Использование перечисленных техник и методов позволят развить у школьников навыки по выражению собственного мнения и своей точки зрения, изменения эмоционального состояния или реакции человека в кризисных ситуациях; переоценивание, причиняющих беспокойство воспоминаний, в свете накопленного к настоящему моменту опыта.

Итогом усвоения программы является совместная работа учащихся над сборником «Копилка новых знаний».

Коррекционная деятельность строится по модульному принципу и включает в себя следующие модули:

- здоровьесберегающий модуль, направленный на формирование адекватного представления о физическом и психологическом состоянии, компенсаторных возможностях человеческого организма;
- модуль социально-личностного познания и развития, включающий в себя систему упражнений по освоению коммуникативных навыков общения; формированию адекватной самооценки и уровня притязаний, развитию способностей, которые могут обеспечить выработку жизненно-значимой позиции;
- модуль *преодоления кризисных ситуаций, в рамках которого* школьники обучаются жизненно важным умениям и навыкам, способности к сохранению состояния психологического комфорта и оздоровлению своих отношений с окружающими.

Таким образом, выстраивая систему занятий, следует особое внимание уделить таким аспектам: обеспечение условий по формированию мотивации на активное участие в занятия, воспитание интереса к самому себе, привитие навыков самопознания и саморазвития.

Литература

1.Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003.

2. Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях: профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги / авт. –сост. М.Ю. Михайлина, М. Павлова.- Волгоград: Учитель, 2009.-207с.

Онтогенетический подход в ведении детей группы «Особых возможностей здоровья»

Кагарлицкий О.В.
ЦППРиК «Тверской», г. Москва

Более десяти лет нами разрабатывались формы работы, применимые для курирования (продолжительного ведения) детей с врождёнными нарушениями формирования нервной системы. За основу была взята кинезотерапия, основным смыслом которой являлось сенсорное насыщение двигательных статических и динамических паттернов. Однако в связи с тем, что проблема дефицита движения (в общем смысле этого слова) были ведущими лишь у части детей, посещавших занятия в реабилитационных центрах, то возникла необходимость в развитии методов целенаправленного манипулирования, конструирования, объектной игры, занятий с плоскостными и объёмными объектами, сортировками, развития номинативной функции, интонирования.

Также потребовалась прагматичная система диагностики, которая бы позволила классифицировать состояния детей, делать наиболее оптимальным выбор применяемых методов, строить прогноз на развитие и обучение. В основу диагностики было положен постулат о 4-х уровневом строении иннервации в том разделе, который является областью приложения усилий специалистов по развитию. Были выделены:

- субкортикальный уровень, в который вошли древние структуры мозга (палеорубрум, палеоцеребеллюм, паллидум, древние ядра амигдалы, архаичный гиппокамп, нижняя часть ретикулярной формации ствола мозга).
- структуры коры, отвечающие за ингибирование собственной активности древних структур (неостриатум, неопаллидум и пр.)
- раннекортикальный уровень – кортикальный уровень, способный поддержать такие функции, как манипулирование, подражание, номинативную функцию, но не поддерживающий контекст и контекстную речь.
- транскортикальный контекстный уровень, способный поддерживать контекст, свойственный нормативному возрасту ребёнка.

Были также описаны организации иннервации поддержания формы тела, перемещения на конечностях, аффекта, эмоций,

эмоционального тонуса, подражания, абстрагирования, которые являются областями реализации вышеописанных организаций.

Практическая направленность метода привела нас к созданию системы «прагматического диагноза», то есть диагноза ориентированного на прогноз развития. Выделенные диагностические типы отличаются по содержанию от принятых классификаций, но направлены на описание конкретных клинических картин и динамики их возрастной трансформации. Описание классификации выходит за рамки этого обсуждения.

Также мы пришли к выводу, что закономерности развития нервной системы в норме и патологии не отличаются: ребенок с дизонтогенезом развивается по тем же законам, что и нормативный, но в условиях дефицитов в строении отделов нервной системы. То есть, на наш взгляд, нет «отклоняющегося», «искаженного», «особого» развития, есть обычное развитие в условиях патологии и/или депривации.

Ведение детей происходило в течение нескольких лет, что позволило наблюдать развитие в условиях его становления в различных дизонтогенетических формах. Со временем стало очевидным, что и медицинская, и педагогическая парадигма в ведении таких детей имеют выраженную ограниченность. Необходимо создание особой специальности - «специалист по развитию». Этот специалист должен обладать знаниями нормативного развития и дизонтогенеза, имеет представление о правилах коммуникации на различных возрастных этапах при разнообразных патологических состояниях, владеет навыками кинезотерапии, а также должен соотносится с реалиями семьи ребёнка. Естественно, что психиатрией, неврологией, логопедией, дефектологией и др. был накоплен колоссальный практический опыт и подготовлена обширная теоретическая база, которые должны быть использованы специалистами по развитию. В данном случае речь идёт о конкретной практической деятельности, нише, которая заполняется спонтанно и хаотично.

Нами создана схема этапного ведения ребёнка в предшкольном периоде, и описана общая схема сопровождения в школе (готовится к печати). Также стала очевидной необходимость центров дневного пребывания для инвалидов детства в период после школьного обучения.

Результаты длительного ведения заставили пересмотреть оценку эффективности применяемых методов, а также саму концепцию оптимизации развития. В связи с тяжестью врождённых или

приобретенных на раннем этапе повреждений нервной системы речь не идёт о социальной адаптации, как о максимальном приближении к нормативным формам. Идея «нормализации» поведения не соответствует реальности, за исключением редких случаев невыраженных постгипоксических повреждений, проявляющихся лёгкими случаями детского церебрального паралича или парциального лобного дефицита. В огромном большинстве случаев возникает необходимость в создании специальных социальных «оболочек» вокруг семьи дизонтогенетичного ребёнка со своим набором возможностей. Инфраструктура предложений таким семьям является крайне ограниченной, ресурсы родителей и государственные вложения распыляются на неадекватные формы ведения.

Онтогенетический подход может выступать базовой «архитектурой» для формирования процесса длительного поэтапного ведения детей с дизонтогенетическим профилем развития.

Литература

1. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. Под ред. В.Н.Штока, М.: Медпресс-информ, 2002.

2. Attention, Joint Attention and Social Cognition. P. Mundy, L. Newell, Association for Psychological Science, 2007.

3. Comparative vertebrate neuroanatomy. Evolution and adaptation» A. B. Butler, W. Hodos. A. John Wiley. 2005.

4. Fiber Pathways of the Brain**.** J. D. Schmahmann, D. N. Pandya. Oxford. 2006

5. Neuroscience. 3rd edition. D. Purves et al. Sinauer Associates, Inc. 2004

6. The Hippocampus Book. Ed. Per Andersen, John O'Keefe et al. Oxford. 2007

7. The Human Brain. Prenatal Development and Structure. M. Marín-Padilla. Springer 2011

8. The Human Central Nervous System. R. Nieuwenhuys J. Voogd, C. van Huijzen. Springer 2008.

Психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в детско-родительских группах

Краснокутская Е. Н., Морозова Н.С.
Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Ясенево», г. Москва.

Психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья проводится с целью восстановления психического и социального статуса ребенка и обычно входит в комплекс мероприятий по реабилитации вместе с медицинской, педагогической, социально-трудовой и другими видами реабилитации. Необходимо отметить, что для детей с ограниченными возможностями здоровья характерна ситуация, когда нарушения являются врожденными или приобретенными в раннем детстве. Стало быть, речь не может идти о восстановлении функций, ибо восстанавливать можно лишь утраченное. В этом случае, необходима абилитация – это система мероприятий, направленных на формирование эффективных способов социальной адаптации в возможных для данного индивида пределах. Абилитационные и реабилитационные мероприятия могут иметь одинаковое содержание, несмотря на разные цели и условия реализации.

В настоящей статье мы хотим рассмотреть технологии проведения психологической абилитации, реализуемые в рамках групповых занятий для детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от двух до шести лет и их родителей, в условиях ГОУ Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Ясенево» (далее ЦППРиК «Ясенево»).

Содержание мероприятий по психологической абилитации определяется исходя из того, каковы основные (типичные) нарушения психофизического развития детей.

В ЦППРиК «Ясенево» имеет место следующее распределение детей с ограниченными возможностями по нозологическому составу - это четыре примерно равные в процентном соотношении, группы нарушений:

- ДЦП;
- нарушения аутистического спектра;
- сложная (полифункциональная) структура нарушений;
- сенсорные нарушения и синдром Дауна.

Общими для всех этих нарушений задачами психологической реабилитации (с учетом возраста), являются:

1. Компенсация нарушенных психических функций.

2. Снятие (ликвидация) разного рода психо- и патопсихологической симптоматики.

3. Формирование психологических особенностей, способствующих успешности социальной адаптации ребенка.

5. Психологическое обеспечение оптимальной позиции ребенка в отношении других реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, педагогических и т.п.).

6. Формирование средовых условий, в т.ч. внутрисемейных, стимулирующих психическое развитие ребенка.

Нами используются следующие методы психологической абилитации:

1. Психодиагностика.

2. Психологическое консультирование.

3. Психокоррекция (индивидуальная, групповая).

4. Психотерапия.

5. Психологический детско-родительский тренинг.

Психодиагностика включена в диагностическое исследование ребенка специалистами ПМПК (дефектолог, клинический психолог, логопед, ПДО), при обязательном участии родителей (лиц их заменяющих) или одного из них.

Обследование ребенка предусматривает:

- диагностическое исследование ребенка;
- диагностическое исследование детско-родительских отношений;
- анализ результатов обследований вместе с родителями;
- рекомендации для составления индивидуального образовательного маршрута ребенка.

- промежуточную и итоговую оценку эффективности психологической абилитации.

На этом же этапе применяется психологическое консультирование не только ребенка, но и семьи.

Основное психокоррекционное воздействие проводится в форме совместных детско-родительских групп при непосредственном участии родителей. Включение родителей в группы способствует повышению эффективности абилитации за счет решения следующих задач:

- расширение ресурсов семьи в смысле доступа к помощи команды квалифицированных специалистов в области медицины, педагогики и психологии;
- выработка стиля воспитания, адекватного нуждам и уровню развития ребенка.
- обучение родителей специфическим способам и приемам работы с ребенком;

На каждом занятии реализуются задачи по шести разделам.

- Формирование, развитие и коррекция общения. Задачи:
  - создание условий для полноценного общения детей со сверстниками и взрослыми в безопасной, в том числе и с психологической точки зрения, обстановке;
  - формирование у детей навыков самостоятельной коммуникативной деятельности, социальной ответственности, способности чувствовать, понимать себя и другого человека в неразрывном единстве с формированием средств общения и речи.
  - развитие форм общения со взрослым;
  - развитие общения со сверстниками;
  - овладение всеми средствами коммуникации (экспрессивно-мимическими, предметно-действенными, речевыми)
  - повышение активности детей и произвольности;
  - освоение культурно-принятых способов коммуникации;
  - развитие навыков общения в разных ситуациях с ориентацией на гармонизацию интересов;
  - устранение вторичных нарушений коммуникативной сферы, таких как конфликтность, агрессивность, раздражительность и других неадаптивных способов поведения;

Принцип коррекции: формирование у субъекта положительного отношения к самой деятельности общения и к другим людям и к самому себе, своим возможностям, как субъектов общения.

- Развитие игровой деятельности:

- формирование предпосылок игровой деятельности;
- развитие игровой деятельности;
- обогащение жизненного опыта детей.
- Гармонизация детско-родительского взаимодействия

Задачи:

- Приобщение родителей к коррекционно-развивающему процессу.
- Развитие навыков взаимодействия с ребенком.
- Повышение самооценки мамы за счет акцента на ее заслуги в успехах ребенка.
- Переориентирование мамы не только на уход за ребенком и выработку навыков, но и на развитие личностных качеств, т.е. личностно-ориентированное общение.
- Налаживание диалогового взаимодействия и синхронности в отношениях мамы и ребенка.
- Установление гармоничного взаимодействия в смысле инициативных и ответных действий ребенка и взрослого.

1.Развитие речи и ознакомление с окружающим миром

- расширение пассивного словаря ребенка и формирование способности самому использовать речь для общения с окружающими.
- Расширение активного словаря. Включение в словарь глаголов. Развитие фразовой речи. Освоение лексико-грамматического строя речи. Формирование представлений о смене времен года, о предметах окружающего мира: продукты, одежда, мебель, посуда и т.п.

2.Развитие продуктивной деятельности (рисование, лепка, аппликация, конструирование). Задачи:

- формирование представления о поделках, рисунках, строениях, аппликации, как об изображении реальных явлений действительности, её моделях.
- формирование у детей представлений о целесообразном (и культуросообразном) устройстве предметной среды и возможности совместно со взрослыми участвовать в созидании этой среды через изготовление игрушек, украшений интерьера, оформление интерьера к праздникам, изготовление подарков, работ на выставки;
- формирование представлений детей об этапах продуктивной деятельности, особенностях разных материалов, правилах пользования простыми инструментами при изготовлении поделок.

- помощь в становлении творческой личности ребенка, как созидателя и преобразователя;
- развитие ручных умений, формирование элементарных навыков рукоделия: работы с бумагой, картоном, пластилином, тестом, тканью, природными и др. материалами;
- воспитание уважения к труду и бережного отношения к результатам труда.

3.Музыкальные занятия.

Задачи:

- развитие подражания движениям под музыку;
- развитие общей моторики, координации движений;
- развитие звукоразличения, чувства ритма;
- развитие эмоционального реагирования, самовыражение

Индивидуальная работа с детьми заключается в том, что специалист совместно с родителем, выбирают конкретные, очень точные способы и условия обучения конкретному навыку индивидуальной программы, вплоть до конкретных фраз, которые произносит родитель в ходе обучения и места в квартире, где это будет проходить. Так же подбираются необходимые материалы, которые будут использоваться. Кроме того, определяются критерии для оценки эффективности обучения.

Параллельно специалист формирует у родителей навыки эффективного взаимодействия и использования словесных, наглядных и практических методов обучения детей.

Таким образом, работа выстраивается на определенный период, чаще всего от недели до месяца. Обязательным методическим приемом на этом этапе является то, что каждый навык включается в повседневную жизнь и становится основой для овладения другими навыками.

Тренинговые занятия с родителями на этом этапе решают задачи психолого-педагогического просвещения и задач по формированию воспитательных навыков родителей. Так же в ходе тренинга родители овладевают способам разрешения конфликтных ситуаций, гибкой тактике поведения, совершенствуют собственные коммуникативные навыки. Одной из проблем семей, воспитывающих детей с ОВЗ, является чувство вины, которое испытывают родители перед ребенком, обвиняя себя в том, что с ним случилось. Поэтому тренинговая работа носит также психотерапевтический характер, чтобы помочь родителям снять чувство вины и принять и полюбить ребенка таким, какой он есть.

Описанная система мероприятий по психологической абилитации способствует тому, что дети расширяют свои адаптационные возможности, легче интегрируются в другие образовательные программы ЦППРиК «Ясенево» и образовательную среду других образовательных учреждений. У родителей формируются оптимистические установки на будущее и готовность к конструктивному сотрудничеству со специалистами, инициатива и ответственное отношение к процессу воспитания и обучения.

Эмоциональное воспитание учащихся с интеллектуальной недостаточностью как одно из направлений их реабилитации

Кривуть М.Л.
БарГУ, г. Барановичи, РБ

Социальный мир, в который попадает каждый вновь родившийся ребёнок, полон разнообразных форм социальных отношений. Дети с первых дней жизни познают эти отношения, оперируя, как правило, эмоциями. Выражая и декодируя разнообразные эмоциональные состояния, они становятся не только объектами, но и субъектами социальных отношений.

Именно наши эмоции – то связующее звено, которое позволяет нам понять собеседника, не владеющего нашим языком.

Дети с интеллектуальной недостаточностью (далее – ИН) с раннего возраста имеют трудности общения. Они не могут полноценно понять сложный мир межличностных взаимоотношений, так как процесс декодирования эмоциональных состояний им недоступен. Ярко выраженная эгоистичность, своеобразие развития и протекания интеллектуальных процессов, отягощают ситуацию и способствуют изоляции детей с интеллектуальной недостаточностью [3,4]. Таким образом, уже с первых дней жизни необходимо проводить работу, направленную на адаптацию ребёнка с ИН к жизнедеятельности в социальной среде, а это и есть реабилитация[1].

На сегодняшний день в Республике Беларусь хорошо просматривается тенденция, направленная на интеграцию лиц с ИН в общество. Это происходит начиная с этапов дошкольного и школьного образования. Однако наши наблюдения и пилотажное исследование, проведённое в 2003-2004 гг. показали, что как дошкольникам, так и младшим школьникам с ИН довольно трудно вступать во взаимоотношения с другими детьми и взрослыми. Мы выделили основные причины данного явления:

- незнание и непонимание даже учащимися 5-го класса вспомогательной школы основных (базовых по К.Э. Изарду [2]) эмоциональных состояний;
- эгоизм и отсутствие эмоционального отклика;
- непонимание необходимости использования дополнительных средств выражения своего эмоционального состояния и неумение пользоваться эмоциональностью голоса, мимикой и пантомимикой в процессе общения;
- бедный и неточный активный и пассивный словарь.

Целью нашего формирующего исследования было формирование эмоционального восприятия художественных произведений учащимися четвёртых классов с ИН. Однако результаты пилотажного и констатирующего исследования показали, что приступать к запланированному нами коррекционно-развивающему проекту невозможно без проведения подготовительной работы по эмоциональному воспитанию учащихся начальной школы с ИН.

С 2004 по 2006 гг. мы проводили кружковую работу «Мир настроений» с четвероклассниками с ИН (32 школьника – 4 класса), построенную на взаимосвязи учебной, литературной, речевой, изобразительной, музыкальной деятельности. Работа проводилась во второй половине дня в два этапа.

В основе первого этапа лежало знакомство учащихся с ИН с основными (базовыми по К.Э. Изарду) эмоциями: радость, злость (гнев), печаль (грусть), страх (ужас), удивление, интерес, стыд, обида, тоска, презрение (ненависть). Для этого мы написали сказку «Страна Настроений», состоящую из 10 небольших частей. Каждая часть предполагает коррекционно-развивающую работу по знакомству с одним из базовых настроений.

В рамках второго этапа мы знакомили учащихся с высшими чувствами: нравственными, эстетическими, этическими, патриотическими и религиозными. Для этого мы использовали произведения художественной литературы, постановку эмоционально насыщенных миниатюр, а так же этические беседы и решение психолого-педагогических задач.

Время работы над каждой темой было неограниченно и зависело от уровня усвоения материала учащимися. Так над сказкой «Царство Радости» мы работали два занятия, а над сказкой «Тоскливый остров» – четыре.

Вне зависимости от темы, на каждом занятии перед нами стояли три основные задачи:

- учить декодировать определённое настроение;

- учить выражать определённое настроение при помощи мимики, пантомимики и голосовых вокализаций;
- обогащать активный и пассивный словарь учащихся.

Работая над каждой из запланированных тем, мы использовали разнообразные приёмы: сюрпризные моменты, использование сказочных героев, занимательные упражнения, сюжетно-ролевые и развивающие игры, художественные выставки, конкурсы и т.п.

Положительного результата в нашей работе нам помогло добиться соблюдение следующих психолого-педагогических условий:

- эмоционально-положительная обстановка (эмоциональное заражение) на каждом уроке;
- эмоциональность учителя;
- использование межанализаторных связей в процессе работы над определённым настроением;
- игровой, проблемный и творческий характер занятий;
- учёт индивидуальных возможностей и зоны ближайшего развития каждого ребёнка;
- групповые, подгрупповые и индивидуальные формы работы.

Проведённая нами коррекционно-развивающая работа не только подготовила четвероклассников с ИН к следующему этапу нашего формирующего исследования, но и значительно поспособствовала личностному и социальному развитию данных учащихся. После посещения кружка учащиеся значительно чаще стали проявлять сочувствие и сопереживание, они стараются выслушать собеседника до конца и договориться в спорных ситуациях. Учащиеся стали общаться не только парами, но и небольшими группами по 4-5 человек. В общении со взрослыми исчезли дерзость, нецензурные выражения, назойливость и лесть.

Всё это говорит о том, что при проведении целенаправленной коррекционно-развивающей работы по эмоциональному воспитанию школьников с ИН начиная с первых дней обучения в школе можно добиться высоких результатов как со стороны их личностного, так и социального развития, что значительно облегчит процесс интеграции выпускников вспомогательных школ.

Литература

1. Дефектология: Словарь-справочник /С.С. Степанов/ Под ред. Б.П. Пузанова. — М.: Новая школа, 1996.—80с.
2. Изард К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард – СПб.: Питер, 2006. – 464 с.

3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.

Петрова В.Г. Психология умственно отсталых школьников / И.В. Белякова, В.Г. Петрова. – М.: Академия, 2002. – 160 с.

Предметное портфолио как форма повышения социальной активности и самооценки учащихся с ограниченными возможностями здоровья

Кудряшова И.Ю.

Государственное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа № 593 с углубленным изучением английского языка, г. Санкт-Петербург

В ходе личностного развития ребенка возникает немало проблем, вызванных различными факторами. Безусловно, значительное влияние оказывает состояние общества, в котором происходит процесс его социализации. Нельзя забывать и о собственно психическом и физическом здоровье ребенка. Любые нарушения, ограничения возможностей здоровья создают многочисленные препятствия на пути его развития. Разрушить возникающие барьеры в ходе комплексной реабилитация – вот одна из задач современного демократического государства и формирующегося гражданского общества.

На сегодняшний день разработаны различные методики и формы социально-психологической адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Многие из них реализуются в процессе получения качественного образования. Это и мейнстриминг, редко упоминаемый в нашей отечественной психолого-педагогической науке, и интеграция, и, наконец, инклюзия.

Следует признать, что в последние годы в этом направлении предприняты значительные шаги и в нашей стране. В рамках реализации Национальной образовательной инициативы «Наша новая школа» разработана и утверждена программа конкретных мероприятий на 2010-2015 гг., в которой предусматривается возможность получения образования для лиц с ОВЗ в любом из выбранных ими образовательных учреждений. Это подразумевает коренное изменение отечественной школы.

По данным социологического исследования, проведенного специалистами Академии постдипломного педагогического образования Санкт-Петербурга, к интеграции детей с нарушениями речи, слуха и зрения положительно относятся 36% опрошенных родителей. Среди учителей эта цифра значительно ниже - только 20%. Примерно восемь из десяти родителей не возражают против того, чтобы в одном классе с их детьми учились инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, но только 16% учителей согласились бы вести занятия в таком классе. Лишь пятая часть всех опрошенных педагогов считают себя вполне подготовленными к подобной ситуации [1]. И эти цифры вполне понятны и обоснованы. Приходиться констатировать тот факт, что российский учитель пока не готов к работе в условиях инклюзивного образования, он не имеет ни специальных знаний, ни разработанных специализированных методик преподавания предметов в условиях инклюзивного образования.

Математикам, историкам, биологам, литераторам – всем учителям-предметникам средней и старшей школы приходится всерьез готовиться к тому, что в классы придут дети с ОВЗ. Современный учитель понимает, что для качественной результативной работы от него потребуется, прежде всего, овладение передовыми технологиями, адаптированными к условиям инклюзивного образования. Одна из таких технологий – технология «портфолио».

Что же такое «портфолио»? В научной литературе до сих пор нет единого толкования данного понятия. До недавнего времени в отечественном образовании оно рассматривалось исключительно как «папка индивидуальных достижений», простой набор материалов, документов, свидетельствующих о позитивных результатах деятельности субъекта. Число публикаций и книг, посвященных теме применения такого портфолио в школе, весьма значительно. Специалисты рекомендуют педагогам для ученического портфолио использовать комплексную структуру: 1) портфолио документов - сертифицированных индивидуальных достижений, 2) портфолио работ – набор творческих, исследовательских работ ученика, 3) портфолио отзывов, которое включает в себя оценку школьником своих достижений, отзывы, представленные учителями, родителями и одноклассниками [2].

Однако следует отметить, что в последнее время акценты в определении сущности портфолио начинают качественно меняться. Прежде всего, появилось понятие «предметное портфолио», в котором

акцент переносится на сам процесс достижения и накопления знаний по определенному образовательному предмету, модулю, теме. Портфолио сегодня – это одна из инновационных педагогических технологий, в которой внимание педагога и ученика акцентируется на динамике результатов самостоятельной деятельности последнего, систему его самооценки и самоконтроля. Иными словами, «портфолио, независимо от его вида, представляет собой одновременно форму, процесс организации и технологию работы учащихся с продуктами их собственной творческой, исследовательской, проектной или познавательной деятельности, предназначенными для демонстрации, анализа и оценки, для развития рефлексии, для осознания и оценки ими результатов своей деятельности» [3, С.40]. В этом, по мнению большинства специалистов, состоит главное преимущество технологии портфолио, и с этим нельзя не согласиться.

Портфолио постепенно превращается в инновационную форму повышения социальной активности и самооценки учащихся. Именно в данном контексте можно говорить о преимуществах использования портфолио в инклюзивном образовании. Практика показала, что портфолио в этом случае - не просто эффективный инструмент по организации и управлению образовательным процессом, но и продуктивная форма реабилитационной деятельности учащихся с ОВЗ.

Технология «портфолио» позволяет качественно и тактично реализовывать дифференцированный подход, осуществлять индивидуализацию учебного процесса с учетом не только умственных, но и физических данных учеников, не акцентируя на этом их внимание, не выделяя их «ограниченные возможности». Еще раз хочу подчеркнуть – тактично, т.к. данный аспект, на наш взгляд, является особо важным в инклюзивном образовании.

Цель применения данной технологии - обеспечить каждому ученику в инклюзивном классе условия для максимального развития его способностей, удовлетворения индивидуальных познавательных потребностей, развития личностных компетенций в процессе освоения содержания образования с учетом состояния его здоровья.

Ученик в данной технологии овладевает умением учиться и критически оценивать результаты своей деятельности. Именно в свободе выбора и повышении мотивационных установок, по мнению специалистов, состоит главное преимущество технологии «портфолио» в инклюзивном образовании (безусловно, при наличии иных составляющих, среди которых, едва ли не главное, – профессионализм педагога).

При построении индивидуального образовательного маршрута с

применением технологии портфолио для ученика с ОВЗ учитель должен учитывать многие факторы. Среди них - четкость поставленных перед учащимся целей и задач; структура будущего портфолио (планирование этапов работы, возможное содержание). Но особое внимание педагог должен обратить на доступность и альтернативность источников и средств обучения, продумывание системы ученического самоконтроля, творческий характер заданий. При правильном учете последних к концу изучения темы у ребенка формируется комплект материалов различного характера отражающих все этапы его работы, самооценку его образовательной деятельности. Технология «портфолио» позволяет индивидуально решать многие проблемы инклюзивного образования. Для некоторых учеников с особо ограниченными двигательными функциями подобное портфолио – возможность полноценно реализовать свои способности (в электронном виде с помощью простейших компьютерных программ). Цель учителя при создании предметного портфолио - научить ученика уже на этом этапе всесторонне использовать интернет-ресурсы (интернет как поисковая система, как электронная библиотека, как исторический архив, как средство связи и электронной почты, как виртуальный музей и др.).

Таким образом, опыт работы с технологией «портфолио» в инклюзивном образовании позволяет к числу его достоинств отнести следующее:

- возможность для учителя дифференцировать процесс обучения с учетом ограниченных возможностей здоровья учеников, практически не акцентируя на этом внимания самих обучающихся;
- возможность для ученика осуществлять самооценку своей самостоятельной познавательной деятельности и совершенствовать ее в процессе работы над портфолио;
- важность самого процесса создания портфолио, развивающего индивидуальность обучающегося, способствующего его личностному росту.

Литература

1. http://spb.spravedlivo.ru/press/region_news/1170.smx
2. http://ipkps.bsu.edu.ru/source/predprof/baza_rek/portfolio.doc
3. Сапегин К.В. Образовательная технология «Портфолио» // Директор сельской школы.-2010.-№3.- С.40-59

Специфика реабилитационной работы со школьниками с нарушениями зрения в условиях школы-интерната

Куракина Е.А.
ФНОУ ВПО «МИЭМП»
г. Нижний Новгород

Одной из основных целей реабилитационной работы со школьниками, имеющими тяжелую зрительную патологию, является их подготовка к вхождению в социум и эффективному функционированию в нем. Данный вид деятельности включает несколько основных направлений (медицинская, психолого-педагогическая, социальная) и осуществляется на всех уровнях учебно-воспитательного процесса.

Медицинская реабилитация решает такие задачи как: сохранение и улучшение остаточного зрения учащихся, формирование у них осознанного отношения к своему здоровью и обучение способам его поддержания, профилактика и терапия неврологических заболеваний, систематическая диагностика состояния соматического и психического здоровья. Важным направлением работы в данном аспекте является лечение глазных болезней при помощи техники кабинета «биологической обратной связи». Суть метода заключается в воздействии на мозговые волны. Процесс лечения происходит следующим образом: к ребенку подключают оборудование для фиксации электроэнцефалограммы, информация о ЭЭГ поступает на компьютер, где врач за ней наблюдает, ребенок в это время смотрит мультфильм. В зависимости от диагноза ребенок должен либо сосредоточенно либо расслабленно смотреть на экран телевизора. На протяжении всего просмотра фиксируется изменение электроэнцефалограммы ребенка, при требуемых изменениях мультфильм продолжается, при негативных (если, например, при необходимости сосредоточения ребенок отвлекается)- компьютер отключает изображение до тех пор, пока пациент не начнет снова выполнять поставленную задачу. Данный метод является очень эффективным при лечении большой группы глазных болезней.

Постановка задач психолого-педагогической реабилитации школьников с нарушением зрения основывается на психодиагностических данных. В течение 2010-2011 учебного года психологами Нижегородской областной школы-интерната III-IV вида

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 признаки какой-либо акцентуации характера; наиболее распространенными являются следующие: гипертимный, циклоидный, дистимный, возбудимый, экзальтированный, тревожный, демонстративный тип акцентуации (обследование проводилось при помощи теста-опросника К. Леонгарда). 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 Филипса). Особенно сильные страхи связаны с ситуацией проверки знаний, взаимодействия с педагогами, публичных выступлений, общения с малознакомыми людьми. У большей части 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. Было обнаружено, 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.), что может быть обусловлено наличием неврологических заболеваний, низким уровнем саморегуляции и самоконтроля, неблагоприятными семейными отношениями (неполная семья, частые длительные разлуки с родителями, гипер-либо гипоопека со стороны родственников и т.д.). Лишь у 17,2% учащихся 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.

Обследование самооценки учащихся при помощи методики Дембо-рубинштейн показало, что 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» наблюдаетс высокая самооценка, причем показатели выше у детей, кроме зрительной патологии имеющих еще и интеллектуальную недостаточность.

Ряд детей проявляет в поведении симптомы, характерные для психопатоподобных состояний. Особенно ярко данные симптомы проявляются у учащихся с интеллектуальной недостаточностью. Эти дети слабо подчиняемы требованиям педагогов, 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, крайне утомляемы, слабо работоспособны.

В школе-интернате систематически проводится работа с целью профилактики асоциального поведения учащихся. Постоянно в учреждении работает врач-нарколог и педагог-психолог, которые проводят индивидуальные и малогрупповые занятия, направленные на предупреждение аддиктивного поведения несовершеннолетних, преодоление внутриличностных и межличностных конфликтов учащихся, формирование адекватной самооценки и уровня притязаний, выработку навыков конструктивного взаимодействия с окружающими (сверстники, взрослые), развитие навыков уверенного поведения. Также воспитателями и классными руководителями осуществляется деятельность с целью превенции асоциального поведения учащихся (индивидуальные беседы, общегрупповые мероприятия). Реализации указанной цели способствует наличие в интернате большого количества кружков, что обеспечивает постоянную занятость детей и расширяет сферу их интересов, это, например, такие кружки как: театральный, танцевальный,

туристический, компьютерный, хоровой, спортивные, макраме, бисероплетение, литературный и т.д.

Важным элементом реабилитационной деятельности является организация работы детского самоуправления школы (взаимодействие в диаде ученик-ученик зачастую бывает эффективнее, чем педагог-ученик, примером может служить работа, проводившаяся участниками ДСУ с мальчиками начальной школы, конфликтовавшими между собой и имевшими проблемы с дисциплиной после проведения ряда занятий данные проблемы были решены).

В состав детского самоуправления входят учащиеся, являющиеся лидерами в своих классах и пользующиеся поддержкой большинства школьников. ДСУ осуществляет несколько видов деятельности. Шефская работа включает проведение воспитательно-обучающих и развлекательных мероприятий для учеников младших классов (например, беседа о дружбе, «Мир вокруг нас») и индивидуальную помощь и поддержку нуждающихся (например, помощь в борьбе со страхами). Журналистская деятельность – ежемесячный выпуск школьной газеты «Прожектор интерната», которая имеет, например, такие разделы как: УК РФ предупреждает, где приводятся отрывки из статей уголовного кодекса, по которым несут ответственность несовершеннолетние; живой уголок, в котором рассказывается о необычных явлениях в животном мире; наши таланты, включающий стихи и рассказы, сочиненные учащимися интерната; этикет, где описаны правила поведения в различных жизненных ситуациях; интересный разговор, в котором представлены интервью с людьми с ограниченными возможностями здоровья, добившимися успеха в какой-либо области деятельности, и т.д. Также еще одним направлением работы ДСУ является проведение общешкольных мероприятий, приуроченных к каким-либо событиям или праздникам (Новый год, День Св. Валентина и т.п.).

Необходимо отметить, что существенное значение для развития школьников со зрительной патологией как социально успешных личностей имеет организация их активного взаимодействия со здоровыми сверстниками. Для решения этой задачи в школе-интернате проводится ряд мероприятий совместно с различными образовательными учреждениями. В частности, организован хор, состоящий из школьников с нарушением зрения и студентов музыкального колледжа, также проводятся совместные туристические походы детей из интерната и массовой школы; школьники со зрительной патологией участвуют в городских и областных конкурсах

и конференциях (например, городской конкурс рисунка, областная конференция юных исследователей и т.п.), причем часто занимают там призовые места.

Безусловно, реабилитационная и коррекционно-развивающая работа со школьниками с тяжелой зрительной патологией осуществляется на всех уроках, занятиях коррекционного цикла и во внеурочное время и в современных условиях развития российского общества и государства эффективно может быть организована лишь в специализированных образовательных учреждениях.

Эмоциональная адаптация женщин с ограниченными возможностями здоровья в процессе восстановительной арт-терапии

Лебедева Л.Д.,
Институт позитивных технологий и консалтинга,
г. Москва

Музяков В.В., Родионов В.В.,
Ульяновский областной клинический онкологический диспансер,
г. Ульяновск

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Экопсихологическая модель эмоциональной адаптации больных раком молочной железы в процессе восстановительной арт-терапии», проект № 11-06-00480а

Результаты теоретико-прикладного исследования, представленные в данной статье, отражают проблемы междисциплинарного взаимодействия в реабилитационном процессе онкобольных женщин. Они получены на основе интеграции подходов экологической психологии, психоонкологии, арт-терапии и через профессиональную идентичность участников непосредственно связаны со сферой образования.

Центральной задачей нашего проекта является разработка экопсихологической модели комплексного лечения, включающего коррекцию патологических психоэмоциональных состояний личности,

обусловленных пролонгированным стрессом на фоне рака молочной железы, с целью повышения эмоционального статуса и улучшения качества жизни онкобольных женщин. Качество жизни пациентов в цивилизованных странах мира относится к числу приоритетных и наиболее перспективных направлений научных исследований. По мнению ученых, разработка системы профилактических и реабилитационных мероприятий для женщин со злокачественным заболеванием молочной железы является не только морально-этической, но и государственной задачей. Рак молочной железы (РМЖ) является одним из самых распространенных заболеваний современности. Поэтому в лечении диссеминированных форм этой болезни на первый план выходит задача максимально длительного сохранения качества жизни женщин, включая его важнейший показатель - психоэмоциональный статус. Эмоциональная адаптация в контексте «возвращения к здоровью» с позиций эколого-психологического подхода предполагает преодоление комплексного влияния «экстремальной среды»: ослабление и устранение последствий сильных психотравмирующих переживаний, негативных установок, неуверенности в своих силах, тревожности, страха рецидива болезни и т.д. Эмоциональная адаптация посредством создания специальных психологических условий, содействующих достижению стабильного положительного эффекта лечения, ведет к развитию эмоциональной устойчивости.

В Российской психологии целостная концепция устойчивости личности была предложена Л.И. Божович (1966). Современные исследования в контексте близкородственных понятий (жизнестойкость, сопротивляемость, психологическая выносливость, резистентность) выполняются на уровне интеграции научного знания (И.А. Баева, 2002; Д.А. Леонтьев, 2002; А.Г. Маклаков, 2001; В.И. Панов, 2001, 2004; В.Б. Стрелец, 2004). Различные аспекты эмоциональной устойчивости изучали К.К. Платонов и Л.М. Шварц (1948), Л.М. Аболин (1987), Л.П. Баданина (1996), Ф.Е. Василюк (1984), Л.Г. Дикая (2002), А.И. Захаров (1995), М.И. Дьяченко и В.А. Пономаренко (1990), Н.Д. Левитов (1964), В.Д. Небылицин (1976), Я. Рейковский (1979), Л.С. Славина (1966), Л.М. Шварц (1948) и др. В публикациях по проблематике психоонкологии аргументировано доказано влияние эмоциональных переживаний на патогенез злокачественных опухолей (А.В. Гнездилов, 2002; В.Я. Семке, 2003).

Связь между вегетативной (симпатической) и иммунной системами с участием энодкринной системы, объясняет, почему стресс и неоптимальные функциональные состояния приводят к

нарушению иммунной системы и к онкологическим заболеваниям [2]. В работах Ю.А. Александровского подтверждено влияние психотравмирующей ситуации на прорыв адаптационного барьера индивида [1]. В.И. Панов, развивая методологию экологической психологии, акцентирует влияние пространственно-предметных свойств окружающей среды на психические состояния и сознание человека, подчеркивая, что напряженность жизненной среды приводит к повышенной напряженности психического состояния индивида [3].

В ряде зарубежных публикаций показано, что эмоциональное напряжение онкобольных сохраняется на долгие годы и характеризуется субъективно переживаемым беспокойством, озабоченностью, нервозностью (Clarke, 1995, D. Spiegel, 1989; U. Veronesi, J. Martino, 1978). Многие исследователи отмечают эффективность арт-терапии в поддержке онкобольных (Дж. Аллан, С. Бах, Р. Гудман, Э. Кюблер-Росс, М. Наумбург, Б. Соуркис, Г. Ферс). В частности, Д. Шаверьен (2006) подчеркивает, что достаточно «материализовать с помощью живописи, музыки и тиражировать» некоторое патологическое явление, как наступает облегчение текущего состояния. Отечественные специалисты в области арт-психотерапии (А.В. Гнездилов, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, А.И. Копытин и др.) также считают, что игнорирование в клинической картине оценки эмоционального состояния личности отдаляет достижение положительного результата в лечении.

Из общих закономерностей течения стрессовых реакций (Ф.З. Меерсон, 1981) следует, что длительные изменения нервно-психического статуса организма (эмоциональная депривация; депрессии, неврозы и др.) способствуют развитию или прогрессированию онкозаболевания, лечение которого оставляет глубокий след в сознании женщин на долгие годы. Постоянные воспоминания о перенесенной болезни и радикальной операции вызывают тяжелые эмоциональные переживания, сопровождающиеся чувствами беспомощности, отверженности, потери женственности, неполноценности, ущербности, страхом возможной социальной изоляции и распада семьи. По данным междисциплинарных исследований, только 15% онкобольных женщин могут самостоятельно справляться с эмоциональными трудностями, а 85% - нуждаются в эффективной помощи. Поэтому, наряду с современными формами медикаментозного лечения, необходима сопутствующая психокоррекция эмоционального состояния онкобольных адекватными средствами, в числе которых выделяется арт-терапия.

Именно это направление психотерапевтической работы позволяет деликатно, экологично, опосредованно через художественные образы получить доступ к переживаниям и установить психотерапевтический контакт с пациентом. Использование воображения и невербальных средств предоставляет клиенту альтернативный путь для самоисследования и самоисцеления. По словам Н. Роджерс, этот процесс является мощной интегрирующей силой. «…Переживания могут быть конструктивно канализированы в креативные занятия … искусством» [4]. Доказано, что неотъемлемая часть переживаний онкобольных женщин – страх, который ярко выражен во всех периодах заболевания: при обнаружении опухоли, постановке диагноза, операции, страх за будущее (прогноз на продолжительность жизни, стабильность семейных отношений, социальную востребованность и др.). Поэтому немаловажную роль в психокоррекции эмоционального состояния больных РМЖ играет арт-терапевтическая работа с установками и личными легендами, такими, например, как восприятие болезни в качестве результата чьего-то воздействия («сглаз», зависть, месть) или «линии судьбы» (плохая наследственность, «кара», «наказание»).

Профессиональная деятельность в системе образования усиливает чувство изоляции, поскольку в педагогическом коллективе не принято открыто обсуждать личные темы, а тему онкозаболевания тем более. По данным исследования, изоляция, которая наступает у больных, особенно отчётливо проявляется в личностной сфере (до 80% женщин скрывают факт своего заболевания). А поскольку переживание может быть воплощено в художественных образах, задачей арт-терапии становится развитие навыков самоуправления эмоциональными состояниями, оптимизация эмоционального статуса и эмоционального фона деятельности (аттракция, эмпатия, сочувствие, сопереживание, «эмоциональное напряжение»), усиление жизнестойкости и стрессоустойчивости, изменение отношения к себе и своей проблеме.

Применительно к онкологии арт-терапию можно отнести к комплиментарным средствам, способствующим активизации внутренних психоэмоциональных и креативных резервов личности. Использование воображения и невербальных средств не только открывает путь к самоисследованию и самопомощи, но и является своеобразным предиктором эмоциональной адаптации личности.

Литература

1.Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. М: Litterra, 2010. 272 с.

2. Данилова Н.Н. Психофизиология: Уч. издание. М.:Аспект пресс, 1998. 372 с.

3. Панов В.И. Экологическая психология: Опыт построения методологии. М.: Наука, 2004. 196 с.

4. Роджерс Н. Путь к целостности: человеко-центрированная терапия на основе экспрессивных искусств. URL: http://www.trialog.ru/library/scipubl/951132.htm (дата обращения: 14.06.2011).

Комплекс наглядно-дидактических приемов для детей с выраженными расстройствами психической деятельности в условиях Лекотеки

Макарова О.А, Стержанова О.М., Банникова Я.Н.
ГОУ детский сад комбинированного вида № 1986, структурное подразделение Лекотека, г. Москва

Сегодня проблема психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья различных нозологий остаётся достаточно актуальной вследствие того, что число таких детей имеет тенденцию к увеличению, изменить которую наше общество в ближайшее время не сможет. Поэтому рост числа детей с вышеуказанными особенностями следует рассматривать как постоянно действующий фактор, требующий планомерных комплексных решений.

Учитывая особенности детей с ОВЗ, большая часть которых не посещает дошкольные учреждения, специалистами-реабилитологами разрабатываются индивидуальные игровые программы для семей. Их основу составляет работа с родителями, воспитывающими детей с особенностями в развитии, направленная на содействие им в организации игр для всестороннего развития ребёнка в домашних условиях.

Основной целью работы Лекотеки является поддержание непрерывного процесса развития и дальнейшей реабилитации детей с ограниченными возможностями, своеобразным психоэмоциональным развитием, расстройствами и нарушением интеллекта, имеющими различные варианты речевых расстройств. Для реализации всего

сложного комплекса реабилитационных задач предложены многие методики. Однако в условиях ограниченного запаса времени работы с ребенком некоторые методики слишком громоздки. Возникшая необходимость их упрощения послужила основой идеи разработки комплекса наглядно-дидактических приемов.

Следует особо отметить, что основной упор Лекотеки в работе с детьми делался на достижимых и простых в исполнении методиках, рассчитанных на завершенность простого предметного действия в пределах одной-двух смысловых единиц. Учитывая трудности вхождения в контакт и взаимодействия с ребенком, большое психоэмоциональное напряжение специалистов Лекотеки, от которых требуется мобильность, гибкость и разнообразие используемых в работе способов, разработан комплекс наглядно-дидактических приемов. В течение трех лет этот комплекс прошел апробацию как при начальном обследовании ребенка, поступающего в Лекотеку, так и в последующих коррекционно-развивающих занятиях, включая опосредованное игровое взаимодействие родителя с ребенком. Комплекс расширяет вариативность коррекционно-диагностических приемов в работе с детьми, имеющими выраженные расстройства психического развития, не требует существенных материальных затрат и специального оборудования.

При создании комплекса, особое внимание уделялось пробуждению эмоционально-чувственного восприятия. Важно было вызвать реакцию ожидания у ребёнка, интерес, возможность удержания зрительно-моторного сосредоточения, что является важным фактором в работе с детьми, имеющими глубокие нарушения психической деятельности, и позволяет расширять выбор действий в пределах ограниченного времени.

Предлагались следующие методики:

1. «Тыркалки». Для этой методики требуется лист бумаги, карандаш и стакан. Карандашом пробивают бумагу, натянутую на стакан. Затем тоже самое предлагают сделать ребёнку. В дальнейшем задание усложняют: на листе бумаги размечают несколько кругов, в которые ребенок должен попасть карандашом. Методика позволяет постепенно расширять инструкции - на бумаге рисуют несколько кругов разного цвета (вначале из двух цветов) и предлагают ребёнку попасть в них карандашом соответствующего цвета. Также

предлагают найти несколько форм на бумаге: квадрат, круг, треугольник.

НИИ Коррекционной педагогики уже рекомендует методику «Тыркалки», которая первоначально была применена в работе Лекотеки родителям и специалистам округа.

2. «Тянучки». Ребенку предлагают захватить шнурок, который пробил бумагу, и вытянуть его. При этом регулируют силу, с которой ребенок тянет шнурок, понуждая его тянуть сильнее или слабее.

3. «Крутилки». На карандаш накручивают шнурок. Ребенку предлагают тянуть за шнурок и разматывать его. При этом держат карандаш, регулируя натяжение и скорость работы. Шнурок наматывают также по очереди на каждый палец ребенка, затем быстро разматывают, оставляя палец свободным.

Развивая совместные действия, и эмоционально поощряя ребёнка в работе, в дальнейшем предлагают ему самостоятельно регулировать размотку шнурка, который он удерживает.

4. Модификация «Мозаики». Учитывая, что простая пластмассовая мозаика часто является недоступной детям с расстройствами психической деятельности, в силу низкой у них концентрации внимания, выраженных расстройств коммуникации, полевого поведения, данная модификация упрощает предметные действия ребенка. В начале работы ему предлагают воткнуть кнопку, зубочистку в пенопласт. В дальнейшем вариации действий расширяют, начиная от составления простых линий до орнаментов с чередованием цветов по предложенному трафарету. Степень усложнения задания зависит от возможностей ребёнка. Задание выполняется только в присутствии взрослых.

5. «Вышивание» пластмассовой иглой по бумаге. Ребёнка просят прошивать различные стежки, пришивать простые цветные фигурки, вырезанные из бумаги.

6. «Пила». Лист бумаги складывают вдвое, в сгиб закладывают шнурок. Специалист удерживает бумагу, а задача ребенка обеими руками тянуть за концы шнурка, разрезая бумагу по сгибу.

7. «Секрет». Ребенку предлагают развернуть завернутые в бумагу мелкие фигурки, дифференцируя их по смыслу (животные, геометрические фигуры и т.д.) и раскладывая в коробочки.

8. «Пружинка». На карандаш накручивают тонкую проволочку, затем снимают её в виде пружинки и предлагают ребенку растянуть ее снова в проволочку. В дальнейшем специалист побуждает ребенка самостоятельно накручивать проволоку на карандаш, оказывая ему помощь в начале работы.

9. «Художник». Ребенку предлагают держать карандаш и прочертить линию по листу, загрунтованному пластилином. Из собранного карандашом пластилина скатывают шарик и вместе с ребенком вновь пытаются размазать его по бумаге. Указанные действия повторяют несколько раз.

10. «Эффект домино». Игральные фишки выкладывают в ряд и дают толкнуть ребенку последнюю фишку, чтобы домино сложилось.

Начинать выполнение задания с крупных фигур.

11. «Трубочист». Трубочки для коктейля разрезают на различные по длине части. Ребёнку предлагают продевать в трубочки проволоку, определённым образом варьируя их длину.

12. «Огонек». Для выполнения задания нужен карманный фонарик и электровыключатель. Ребенка побуждают нажимать на кнопку выключателя указательным пальцем. Верные действия подкрепляют, включая фонарик, как будто его зажег сам ребенок.

13. «Натяни резинку» (модифицированный вариант из набора «Пертра») Из простой резинки шьют кольцо. Крепко удерживают два карандаша. Задача ребенка натянуть резинку на карандаши. В процессе работы ребенка побуждают прикладывать всё большую силу, постепенно увеличивая расстояние между карандашами.

В процессе апробации методики выявлена её большая результативность в организации простых предметных действий, зрительно-моторного сосредоточения, развития реакции ожидания, внимания и самоконтроля.

Процесс игры с ребенком эмоционально подкрепляли словами, произнося одновременно с выполняемыми действиями и, особенно в

моменты их завершения междометия: «Бах», «Ох», «Ах», «Ай», «Ой», «Ай-ай-ай» и т.д.

Данные игровые задания позволяют проводить простой анализ мыслительных способностей ребенка. Для их выполнения практически не требуются словесные инструкции, их можно предъявлять ребёнку на невербальном уровне.

В дальнейшем сбор методик предлагается расширить и издать для родителей.

Обучение иностранному языку незрячих детей и их включение в глобальную образовательную среду

Минина О.Г., Рочева Н.И., Коневская Е.В.,Бушковская П.И., Угловская Т.А., Гурьева Л.В.

Сыктывкарский государственный университет, г. Сыктывкар

В 2008 году на экраны вышел фильм «Слепота», в котором рассказывалось о том, как неизвестный вирус стал вызывать слепоту у людей. Сперва с заболевшими пытались бороться – их отправляли в спецлагеря. А потом ослеп весь мир. И осталось только приспосабливаться. Лента, основанная на классических приемах «ужасов о вирусах», на деле превратилась в жесткую притчу о том, что будет с нами, если мы вдруг ослепнем. И как страшно нам станет. И как придется учиться жить заново.

Большинство из незрячих или слабовидящих – дееспособные люди, которых российская система, приспособленная лишь к нуждам здоровых людей без физических недостатков, по сути выбрасывает на обочину. Попробуйте, вспомните, как часто вы видите на улице незрячего человека с палочкой или собакой-поводырем? Как часто вы слышите специальный звуковой сигнал светофора, который должен дать знать незрячему человеку, что можно переходить улицу? Легко ли устроить в школу слепого или слабовидящего ребенка? Купить книгу на азбуке Брайля? Иногда незрячий человек не может воспользоваться услугами общественного транспорта, если у него не будет сопровождающего лица или собаки-поводыря [1].

В нашей стране существует специальная организация, которая называется Всероссийское общество слепых. ВОС основано в 1925 году и включает в себя незрячих граждан РФ - инвалидов по зрению и их законных представителей. Эта организация создана для защиты их прав и интересов, социальной поддержки, реабилитации, социальной интеграции и содействия обеспечению равных возможностей.

На сегодняшний день в состав Общества входят 74 региональные организации, включающие 796 местных организаций и объединяющие более 213 тыс. инвалидов по зрению, проживающих во всех субъектах РФ. Руководство Обществом осуществляют избранные Президент ВОС и Центральное правление ВОС.

Свою деятельность ВОС осуществляет в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральными законами «Об общественных объединениях», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», другими законодательными актами Российской Федерации и своим Уставом.

Но точное число незрячих и слабовидящих, проживающих в России не знает даже Всероссийское общество слепых. Как сообщила Лидия Абрамцева, вице-президент Общества, точной статистики в стране нет. Когда проводится перепись населения, то указываются просто инвалидность и степень ограничения жизнедеятельности, но без конкретизации. В ВОС состоит 270 тысяч человек. Всего же, по подсчетам людей, которые занимаются данной проблемой, в нашей стране около миллиона слепых [1].

Подсчеты показывают, что к 2020 году число слепых в мире может возрасти до 75 млн. человек. По данным ВОЗ, во всем мире насчитывается около 37 млн. слепых, 124 млн. человек имеют очень слабое зрение. Три четверти всех случаев потери зрения можно было предупредить или вылечить. Для этого нужны решительные действия. Без надлежащего вмешательства к 2020 году число слепых людей может возрасти до 75 млн., отмечалось в 2007 г. в докладе, приуроченном к Всемирному дню зрения.

В настоящий момент в России на тот самый миллион слепых приходится шесть центров реабилитации. Незрячих по особым методикам учат ориентироваться в окружающей среде, чтению, макраме, вязанию, домоводству. В Бийске и Железногорске, например, обучают автоделу и резьбе по дереву. Существуют и специальные институты по подготовке управленцев. Открыты и функционируют семь культурно-спортивных реабилитационных комплексов для слепых (Москва, Пермь, Ульяновск, Челябинск и

Ярославль), 156 клубов на предприятиях, где работают слепые (155 предприятий и 17 филиалов). Для осуществления доступа к общественной информации издаются журналы на Брайле и с укрупненным шрифтом. Подготовку изданий на 99% осуществляют слепые и слабовидящие люди. Сейчас ВОС строит специальный центр площадью 7000 кв. метров. Там предполагается готовить специалистов по работе со слепыми и продолжать обучение самих незрячих. Все это держится на усилиях энтузиастов, на вечном российском безденежье [2].

Подготовка к жизни слепых и включение их в производственные отношения является важнейшей социальной задачей. В новых условиях перехода страны к рыночной экономике сильно обострились проблемы социально-трудовой адаптации незрячих, их трудоустройства и обучения. В сложившейся социально-экономической ситуации обучение детей с глубокими нарушениями зрения еще в большей степени требует усиления внимания к тем научно-методическим аспектам тифлопедагогики, которые ориентированы на обеспечение условий для самореализации незрячих в различных сферах жизни.

Совершенно очевидно, что необходим поиск новых подходов создания рациональных методик обучения, коррекции и реабилитации инвалидов по зрению. И эти методики должны ориентироваться на психологические и физиологические особенности таких людей. Остановимся на некоторых из них.

Отмечено, что у детей с патологией органов зрения наблюдается немного замедленное развитие, что вызвано меньшим и несколько бедным запасом представлений, недостаточной упражняемостью двигательной сферы, ограниченностью в овладении пространством, а самое главное – меньшей активностью при познании окружающего мира [3].

Периоды развития слепых и слабовидящих детей не совпадают с периодами развития зрячих, они более длительные по времени. Эта особенность развития детей с нарушением зрения обусловлена тем, что им приходится вырабатывать свои способы познания мира, которые часто не свойственны нормально видящим людям.

Зная эти особенности детей с дефектом зрения и их причины, нужно говорить о создании благоприятных условий для их правильного развития как на занятиях, так и вне их с целью предотвращения возможных вторичных отклонений, так как известно, что при неправильной организации воспитания и обучения страдают познавательные процессы ребенка (такие, как восприятие,

воображение, память, наглядно-образное мышление), наблюдаются отклонения в эмоциональном и интеллектуальном развитии, в развитии речи и моторики, что, в свою очередь, ведет к снижению эффективности учебного процесса.

Методика обучения незрячих английскому языку в России в настоящее время находится на стадии общих рекомендаций [3].

Отмечено, что значимую роль в системе обучения слепых, слабовидящих и частично зрячих детей играет аудиоматериал, который, в зависимости от конкретных образовательных задач, может быть оформлен в следующих вариантах:

- аудиолекция;
- аудиотренажер;
- аудиотест;
- аудиопособие.

Вот какие рекомендации дают зарубежные ученые для обучения слепых и слабовидящих детей иностранному языку [3]:

- Нужно использовать упражнения, которые включают в себя какие-либо действия (например, популярная американская игра «Simon says», или любые упражнения наподобие зарядки)
- Давать задания на дом, в которых будет как можно меньше или вообще не будет упражнений, включающих в себя письмо (например, найти и послушать иностранную радиостанцию, поговорить или спеть песню вместе с родителями, прослушать аудиозапись в одиночку).
- Начитывая тексты для записи, необходимо менять темп, тембр и громкость речи.

На базе кафедры Лингвистики и Межкультурных коммуникаций Сыктывкарского государственного университета в настоящее время ведется работа по международному проекту «Teaching visually impaired students English and incorporating them into global educational community». Проект осуществляется при поддержке Отдела Языка и Культуры при посольстве США в Москве и в сотрудничестве с рядом университетов и школ США, где разрабатываются аналогичные методики. Итогом проекта должен стать сайт для родителей и педагогов по обучению английскому языку слепых детей и ресурс дидактических материалов.

Экспериментальная работа и создание собственной методики осуществлялось параллельно с анализом проблемы и существующих исследований, поскольку уже на начальном этапе стало ясно, что лишь считанные вузы в России осуществляют такую работу и разработанной методической системы обучения английскому языку слепых не существует.

Эксперимент включал в себя работу со студенткой 1 курса исторического факультета СыктГУ и представлял собой переведение текстового материала учебника для историков в аудио и цифровой формат. Запись текста осуществлялась по следующей схеме:

- Снятие фонетических трудностей, работа над произношением в формате слово-пауза-слово-пауза-перевод. Задание – повторить за диктором.

- Снятие лексических трудностей:

  - 1 этап: слово-пауза-перевод (записываются все слова, которые необходимо отработать). Задание – повторить за диктором

  - 2 этап: слово-пауза-перевод. Задание – во время паузы перевести слово.

  - 3 этап: перевод-пауза-слово. Задание – во время пауз произнести слово по-английски (перевести с русского)

  - 4 этап: читается слово – это же читается по буквам медленно 5 раз. Задание – напечатать на компьютере.

- Заучивание текста:

  - Текст читается по предложениям и каждое предложение переводится.

  - Текст разбивается на части по 7 предложений. Каждая часть читается по предложениям, и каждое предложение читается 5 раз с паузами, в которые студент повторяет это предложение (5раз). Затем прочитанная часть текста читается еще раз обычно и без пауз. Так отрабатываются все части текста. Последний раз текст читается целиком и без пауз.

  - Читается русский перевод текста по предложениям с паузами, во время которых студент дает английский эквивалент прочитанного предложения.

Несмотря на то, что данная технология является новой и используется впервые, она уже зарекомендовала себя как достаточно эффективная и дающая положительные результаты в обучении.

Литература

4. www.interfax.ru

5. www. blindsoc.org

6. www.schools.edu/ blind

Профессиональная занятость как показатель успешности психологической реабилитации инвалидов

Нигманов С.У., Протасова О.С.

ОГУ «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста», г. Воронеж

В настоящее время проблема интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в общество стоит очень остро. Несмотря на многочисленные областные и региональные программы (Доступная среда, Содействие занятости и др.), направленные на ее решение, процесс полноценного включения инвалида в социум является затруднительным. Наиболее проблематичной является интеграция людей с тяжелыми формами инвалидности, а также инвалидов, проживающих в регионах Российской Федерации.

Интеграция инвалидов в общество включает различные аспекты:

- социальный (приспособление окружающей среды для полноценной жизнедеятельности инвалидов, подготовка общества к взаимодействию с людьми с ограниченными возможностями здоровья и пр.);
- медицинский (характеристика медицинских показаний и противопоказаний для профессиональной, учебной и других видом деятельности);
- профессиональный (создание специальных рабочих мест для инвалидов, профессиональное обучение людей с ограниченными возможностями и т.п.);

- психологический – активные реабилитационные мероприятия для создания условий комфортного проживания людей с ограниченными возможностями здоровья, для раскрытия и мобилизации их внутренних ресурсов, а также формирования условий для благоприятного межличностного общения.

Успех интеграции зависит от комплексного построения реабилитационных мероприятий, направленных на равноценное воздействие на все указанные аспекты [1].

Опыт работы специалистов ОГУ «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» показывает, что большую роль в гармоничном психологическом состоянии людей с ограниченными возможностями здоровья играет их успешная профессиональная занятость. Инвалидам важно быть задействованными в каком-либо деле, вести активную общественную жизнь, выполнять посильные и нужные виды работ. В действительности же инвалиды чаще всего оказываются ограниченными собственным домом, узким кругом родственников, своим заболеванием, которые не позволяют человеку реализовать свой профессиональный и личностный потенциал.

Одним из направлений работы ОГУ «Воронежский областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста» является профессиональное обучение. Слушатели Центра проходят подготовку и переподготовку по различным специальностям (обувщик по ремонту обуви, изготовитель художественных изделий из лозы, резчик по дереву, столяр, оператор ЭВ и ВМ, портной, вязальщица трикотажных изделий и др.). К сожалению, статистика показывает, что после окончания программ профессиональной подготовки и переподготовки инвалиды не находят практического применения своим навыкам и умениям. Это связано, прежде всего, с отсутствием системы рационального трудоустройства людей с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время в рамках программы «Доступная среда» происходит организация специальных рабочих мест для инвалидов. Но чаще всего работу находят инвалидам III-ей группы, то есть с незначительными ограничениями к трудовой деятельности. Перечень специальностей для трудоустройства данной категории граждан ограничен. Обычно это вахтеры, сторожа, рабочие по благоустройству территории и т.п.

Люди с ограниченными возможностями здоровья обучаются по различного рода специальностям, могут работать в различных сферах. Но их знания оказываются не востребованными в силу либо

стереотипов (инвалиды часто болеют, инвалиды ничего не умеют и т.п.), либо отсутствия специальных условий (например, для колясочников, незрячих, глухих и др.), либо фиктивного трудоустройства для приобретения работодателем необходимого оборудования. В данной ситуации подспорьем в процессе успешной профессиональной занятости инвалидов могли бы стать производственные мастерские, целью которых будет как полная, так и частичная занятость людей с ограниченными возможностями здоровья.

Создание производственных мастерских для людей с ограниченными возможностями позволит сделать серьезный шаг на пути психологической реабилитации.

Основное направление деятельности производственных мастерских – изготовление изделий народного творчества, быта, обучения и т.п., ремонт и реставрация одежды, мебели и др., а также оказание фото- и компьютерных услуг.

Для реализации данных направлений предполагается организация следующих производственных мастерских:

1) мастерская по изготовлению художественных изделий из лозы;

2) мастерская деревообработки – резьба по дереву, изготовление и реставрация мебели;

3) швейная мастерская – пошив и ремонт одежды, вязание трикотажных изделий, вышивка элементов одежды, картин и т.п.;

4) мастерская лепки – изготовление изделий из глины, воска и другого материала;

5) мастерская компьютерной графики и фотографии – создание логотипов, этикеток, эмблем и др., фотографирование и художественная обработка фотографий.

В зависимости от специфики региона, в котором планируется создание производственных мастерских, их профиль может меняться.

Также в рамках деятельности производственных мастерских предполагается работа психологов и социальных педагогов, которые будут оказывать психологическую и педагогическую поддержку инвалидам, как на начальном этапе работы в мастерских, так и последующее сопровождение в профессиональной деятельности. Возможен и выездной вариант данного вида работы – к инвалидам, выполняющим работу на дому – также для коррекции их эмоционального, психологического состояния.

Административный отдел будет заниматься организационными вопросами деятельности производственных мастерских, поиском сырья, рынка сбыта, заказчиков и т.п.

Производственные мастерские ориентировочно предполагают следующий штат сотрудников:

1.	**Администрация**	
а)	директор учреждения	1 чел.
б)	заместитель директора по общим вопросам	1 чел.
2.	**Бухгалтерия**	
а)	бухгалтер	1 чел.
б)	администратор	1 чел.
3.	**Отделение психологической поддержки и социальной адаптации**	
а)	психолог	2 чел.
б)	социальный педагог	2 чел.
в)	врач	1 чел.
г)	специалист по эргономике	1 чел.
4.	**Отделение социально-правовой помощи**	
а)	юрисконсульт	1 чел.
б)	специалист по труду инвалидов	1 чел.
5.	**Производственный отдел**	
а)	мастер по изготовлению художественных изделий из лозы	1 чел.
б)	мастер деревообработки	1 чел.
в)	мастер швейных работ	1 чел.
г)	мастер по лепке	1 чел.
д)	мастер компьютерных технологий	1 чел.
	Всего:	*17 чел.*

В каждой мастерской предполагается работа 4-6 человек на основе договора подряда. Также договор подряда может быть заключен с работниками, выполняющими соответствующую деятельность на дому. К таким работникам предположительно будут относиться инвалиды, имеющие трудности в передвижении, а также испытывающие сложности в адаптации в коллективе. Количество сотрудников по договору подряда будет регулироваться в зависимости от загруженности мастерских, количества и объемов заказов.

Людям с ограниченными возможностями здоровья найти работу и реализовать себя в профессиональной деятельности чрезвычайно трудно. Инвалиды могут очень многое, могут выполнять посильный труд и приносить пользу своей семье и обществу в целом. Производственные мастерские дадут инвалидам возможность применить свои профессиональные знания и умения с учетом специфики их заболевания.

Литература

1) Войтенко Р. М. Социальная психиатрия и экспертная психология : Научная монография / Р. М. Войтенко. – Екатеринбург : «Тезис», 2006. – 368 с.

2) Трошин О. В. Основы социальной реабилитации и профориентации : Учебное пособие / О. В. Трошин, Е. В. Жулина, В. А. Кудрявцев – М. : ТЦ Сфера, 2005. – 384 с.

Программное обеспечение развития воображения младших школьников с двигательной патологией

Сатари В.В.
ЦПМСС «Раменки» г. Москва.

Воображение облачает
в роскошные наряды
наши скромные мысли.
Сим.

Воображение – специфическая человеческая способность, сформированная исторически в процессе преобразования действительности в разных видах трудовой деятельности. В воображении проявляются высшие возможности человеческого познания. Оно расширяет возможности наших органов чувств, дополняя недостающие элементы, которые непосредственно не воспринимаются. Воображение способствует созданию более совершенных предметов для удовлетворения материальных и духовных потребностей (Дранков В.Л., 1958).

Воображение, как интеллектуальная деятельность, проявляющаяся в создании и воплощении новых образов, возникает и начинает развиваться в дошкольном детстве.

Изучение специальной литературы, посвященной проблемам воображения и его роли в познавательном и творческом развитии, взаимосвязи воображения с другими познавательными процессами и речью, приводит нас к выводу об особой важности исследования и целенаправленного формирования этого процесса у детей с ДЦП, т.к. с каждым годом возрастает количество детей с данным диагнозом в учебных учреждениях. Свойственные детям с ДЦП особенности психофизического развития, как показали исследования ученых и наше собственное изучение, негативно влияют на формирование и развитие функции воображения. Тяжесть основного заболевания и многие социальные факторы ограничивают приобретение знаний и представлений об окружающем и овладение способами преобразования имеющихся представлений, которые являются необходимым условием для полноценного развития процесса воображения.

Проблема изучения особенностей воображения и развития этого процесса у детей с ДЦП изучена недостаточно. Можно полагать, что одной из существенных причин слабой изученности процесса воображения у детей с ДЦП, является недостаточная разработанность и несовершенство методов исследования.

Существующие экспериментально-психологические методы, используемые при изучении воображения учащихся массовых школ, весьма немногочисленны и к тому же часто требуют значительной переделки, специального приспособления, чтобы стать эффективным средством исследования специфических особенностей воображения детей с детским церебральным параличом.

Исходя из принципа изучения воображения во взаимосвязи с другими важнейшими познавательными процессами (память, мышлением и др.), нами было проведено комплексное исследование у младших школьников с ДЦП особенностей воображения и ряда взаимосвязанных с ним психических функций: зрительного гнозиса, простанственного восприятия, конструктивного праксиса, памяти, произвольного внимания наглядно-образного и словесно-логического мышления.

Проведенное исследование выявило у детей младшего школьного возраста с ДЦП в различной степени отставание в развитии основных психических функций, как правило, коррелирующее с тяжестью основного заболевания наличием сопутствующего дефекта (зрение, слух) и социальными условиями развития. Исключение составляли учащиеся школы № 47 при Детской психо-неврологической больнице № 18, которые были успешно

интегрированы, что позволяло им в большинстве случаев (вне больницы) обучаться в массовых школах.

Сопоставительное исследование и анализ количественных и качественных характеристик деятельности воображения выявил ряд особенностей формирования процесса воображения у детей младшего школьного возраста с ДЦП.

Результаты исследования выявили отставание младших школьников с ДЦП в формировании воображения (особенно творческого) по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Это отставание отразилось как на показателях количественной продуктивности воображения, так и на качественных показателях уровня его сформированности (преобладание схематичных, стереотипных, бедных по содержанию образов – представлений, отраженных в рисунках по методике «Эскизы», низкие показатели беглости, гибкости, оригинальности и разработанности по тесту П.Торренса). Данные результаты характеризуют недостаточную подвижность, инертность процесса воображения и недостаточную сформированность его комбинаторных механизмов. Заметное отставание в развитии воображения (особенно творческого) было выявлено у детей с тяжелой двигательной патологией, наличием сопутствующих заболеваний, неблагоприятной социальной ситуацией развития и выраженными дефектами речи. Такие дети показывали низкие результаты при исследовании других психических функций (1 этап исследования).

С учетом особенностей психофизического развития детей с ДЦП и в целях уточнения влияния ограничения времени выполнения тестов П. Торренса и Е. Туник на величину как количественных, так и качественных показателей творческого воображения, нами была предпринята попытка адаптации теста применительно к экспериментальной группе, которая состояла в продлении времени их проведения на 3 минуты. Анализ полученных результатов показал, что даже при увеличении времени выполнения задания у части детей, показатели гибкости и оригинальности оказались значительно ниже возрастных норм для нормально развивающихся сверстников. Связано это с тем, что многие из этих детей имели выраженные двигательные и психофизические нарушения, которые мешали им уложиться во временные рамки задания.

Результаты сопоставительного исследования воображения (особенно это относится к творческому воображению) детей младшего школьного возраста с ДЦП и их нормально развивающихся сверстников, а также сопоставление полученных данных с возрастной

нормой (по стандартны показателям теста П.Торренса) убедительно свидетельствуют о необходимости проведения специально организованной работы по формированию как воссоздающего, так и творческого воображения у младших школьников с ДЦП.

Научная новизна работы. В предполагаемой работе впервые в отечественных исследованиях будет описан психологический подход, включающий как изучение, так и коррекцию воображения младших школьников с ДЦП.

Практическая значимость. Программы психологической коррекции смогут быть использованы в практической работе психологов и дефектологов в специальных коррекционных образовательных учреждениях 6 вида.

Исследование проводилось на базе 3 образовательных учреждений. Нами были изучены учащиеся с ДЦП, находящиеся в разных типах образовательных учреждений для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а именно надомной школы, ЦПМСС «Раменки» и школы 6 вида № 47 при Детской психо-неврологической больнице № 18. В школе № 47 обучаются дети, как из массовых школ, так и находящиеся на надомной форме обучения.

Распределение учащихся по типам учреждений представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Наименование учреждения	количество детей
Школа № 542	9
ЦПМСС «Раменки»	17
Школа VI вида № 47	14

За счет специально организованного процесса обучения по развитию воображения учащихся 1-4 классов с ДЦП, можно достичь высокого уровня развития этой психической функции. Очень важно, чтобы целенаправленное формирование воображения начиналось как можно раньше. Необходимо через развитие мышления, речи, памяти обогащать сенсорный опыт детей и на его основе развивать воображение. Именно такая ранняя коррекционная работа обеспечивает развитие творческого воображения этих детей. В связи с этим нами была разработана Программа «Развитие воображения « для учащихся 1-4 классов специальных (коррекционных) образовательных

классов специальных (коррекционных) образовательных учреждений 6 вида.

Теоретической основой нашей программы коррекционных занятий явились концептуальные положения теории Л.С. Выготского: об общих законах развития аномального и нормально развивающегося ребенка; о структуре дефекта и возможностях его компенсации; о применении системного подхода к изучению аномального ребенка, об учете зон его актуального и ближайшего развития при организации психологической помощи; об индивидуализированном и дифференцированном подходе к детям в процессе реализации коррекционной психолого-педагогической программы. Определению коррекционного пространства нашей программы способствовали научно-практические и методические рекомендации И.Ю.Левченко, А.А. Мелик-Пашаева, Г.В. Кузнецовой, Н.К. Винокуровой и О.В. Боровика.

Авторы отмечают, что формирование воображения у детей с ограниченными возможностями здоровья, является наименее разработанной темой в специальной психологии и коррекционной педагогике. Вместе с тем общепризнанным является тот факт, что воображение играет огромную роль как в познавательной деятельности, так и в становлении личности в целом.

Программа курса коррекционных занятий **«Развитие воображения «** имеет своей **целью:** на основе создания и организованной особым образом среды дать ребенку младшего школьного возраста с ДЦП возможность развить свой творческий потенциал и оптимизировать психическое развитие ребенка, что будет способствовать более эффективной социализации его в обществе.

Достижение цели предусматривает решения ряда задач, основная из которых: обогащение чувственного познавательного опыта на основе умений выделять объекты, наблюдать, сравнивать выделять существенные признаки предметов и явлений и умение отражать их в речи, нацеленное на развитие и совершенствование таких необходимых для воображения психических процессов как память, мышление и речь.

Задачи курса:

- распознавать и развивать особое «эстетическое» или «художественное» отношение ребенка к жизни;

- создание условий для творческого самовыражения ребенка, выявление его скрытого творческого потенциала;

- формирование на основе этого чувства адекватное восприятие явлений и объектов окружающей действительности;

- развитие творческого мышления и творческой активности;

- коррекция выявленных в ходе изучения недостатков воображения, познавательной деятельности в целом путем систематического и целенаправленного специально организованного обучения;

- обогащение и совершенствование словарного запаса младших школьников с ДЦП;

- формирование положительного отношения к себе и к окружающему миру;

- развитие эмоциональной сферы младших школьников с ДЦП.

- коррекция недостатков моторики, совершенствование зрительно-пространственного восприятия.

Программа апробирована и прошла экспертную оценку в ЦПМСС «Раменки».

Программа состоит из 8 разделов:

- развитие моторики, графомоторных навыков;
- развитие и совершенствование зрительно-пространственного восприятия.
- восприятие формы, величины, цвета;
- конструирование предметов;
- наблюдательность и фантазия;
- речь и фантазия (словесно-логическое мышление);
- эмоции и фантазия;
- фантазия и творческое мышление.

Все разделы программы курса занятий взаимосвязаны, по каждому из класса в класс идет усложнение. В основе предложенной системы занятий лежит комплексный, мультидисциплинарный подход, предусматривающий решение на одном занятии разных, но взаимосвязанных задач из нескольких разделов программы, способствующих целостному психическому развитию ребенка.

Данный курс занятий является коррекционно направленным: наряду с развитием воображения предполагается исправление, развитие присущих детям младшего школьного возраста с ДЦП недостатков психофизического развития и формирование или развитие у них сложных видов психической деятельности.

Важно помнить, чтобы дети не переутомлялись. Для развития моторики в структуру занятий по развитию воображения необходимо включать физкультминутки. Для этой цели желательно использовать просторный класс, где выделена игровая зона. Физкультминутки лучше проводить в первой части занятия, тогда дети будут более внимательны. Очень хорошо, когда в физкультминутку включены

игры на развитие мелкой моторики рук, имитационные двигательные упражнения, движения, выполняющиеся в сопровождении чтения стихотворного текста, который перекликается с темой занятия.

К 4 классу дети с ДЦП по результатам тестирования все меньше отстают от нормально развивающихся сверстников. Этот факт говорит о том, что в процессе обучения (в классе, на занятиях у психолога, дефектолога, логопеда и дополнительных уроках музыки, рисования, тестопластики и др.) дети приобретают тот опыт, который в дальнейшем обеспечит эффективное развитие воображения в ходе нарушенного развития, что будет в дальнейшем способствовать формированию качеств, необходимых для адаптации к социуму.

Более подробно ознакомиться с содержанием программы и планированием данного курса можно в Журнале «Коррекционная педагогика». Теория и практика. № 6 (42), Москва, 2010 – с.40-62.

Работа психолога в дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Смирнова И.А.

Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, г. Санкт-Петербург

Специализированные дошкольные образовательные учреждения для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата функционируют в нашей стране с конца 70-х г.г. прошлого века. Первоначально в штатном расписании этих учреждений, помимо традиционного состава дошкольных учреждений, были дополнительные медицинские ставки и ставки специалистов-дефектологов, частично принимавших на себя функции психологов. В 90-х г.г. в учреждениях данного типа появляются ставки психологов, и возникает потребность в уточнении содержания психологической работы.

Необходимость психологической коррекции детей с ДЦП была обоснована в работах Е.Ф. Архиповой, Л.А. Даниловой, М.В. Ипполитовой, Э.С. Калижнюк, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюковой, И.Ю. Левченко, О.Л. Раменской, Н.В. Симоновой и др. Установлено, что нарушения опорно-двигательного аппарата в процессе формирования личности могут выступать в качестве патологической константы, накладывающей специфический отпечаток на взаимоотношения с окружающими, самооценку и самоопределение в

социуме. Для детей с ДЦП характерны пассивность, гиперболизация зависимости от окружающих, повышенная тревожность, нарастающий с возрастом «дефектоцентризм». Существенную роль в формировании личностных отклонений играет окружение ребенка, т.к. их степень далеко не всегда адекватна тяжести физического дефекта.

В то же время следует отметить, что нарушения опорно-двигательного аппарата не исчерпываются детским церебральным параличом и предстают в виде группы, полиморфной как в клиническом, так и в психологическом отношении. Так, анализ контингента специализированного ДОУ №93 Калининского района Санкт-Петербурга за 10 лет позволил выделить среди дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата следующие группы:

1. Дети с ДЦП – 37,5% контингента.

2. Дети без ДЦП, у которых патология опорно-двигательного аппарата сочетается с недостаточностью ЦНС и/или с патологией развития спинного мозга – 20,3%.

3. Дети с генетическими синдромами, включающими патологию психофизического развития – 2,6% детей.

4. Дети с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата без неврологических расстройств – 33,6% детей.

5. Дети с приобретенной и прогрессирующей патологией ОДА – 6,0 %.

Известно, что дети с неврологической патологией подвержены отклонениям в психологическом развитии. Однако, и дети без неврологических диагнозов при наличии выраженной патологии опорно-двигательного аппарата часто попадают в «группу риска» в связи с длительным лечением в клинических условиях, что характерно также для приобретенной и прогрессирующей патологии. «Эффект госпитализма», как правило, дополняется ограничениями социальных контактов в домашней обстановке, т.к. после выписки из стационара лечение продолжается амбулаторно и накладывает определенные ограничения на организацию режима дня. Социальная депривация, как известно, чревата развитием коммуникативных проблем у ребенка, что в данном случае нередко дополняется ипохондрическими настроениями. Такие дети составляют 22% всего контингента. Следует отметить также то, что даже дети с легкой патологией опорно-двигательного аппарата (17,7% контингента), нередко оказываются соматически ослабленными и нуждающимися в дополнительном внимании логопеда и психолога.

Практика показывает, что психологические проблемы дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют

широкий спектр. Они включают проблемы когнитивного, речевого, эмоционального, личностного, социального развития. Современные педагогические программы дошкольных учреждений носят не только развивающий характер, но и, как правило, являются инструментами решения перечисленных проблем. В то же время воспитатели в ряде случаев испытывают существенные трудности в работе с отдельными детьми, для преодоления которых требуется помощь специалистов. С учетом того, что коррекция когнитивного и речевого развития профессионально проводится дефектологами и логопедами, целесообразно в работе психолога сместить акцент на коррекцию эмоционально-личностного развития.

Психологическая работа в дошкольном учреждении для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата проводится с учетом рекомендаций Л.А. Даниловой [1], М.В. Ипполитовой с соавт. [2], С.В. Коноваленко[3], А.В. Кротковой [4], И.Ю. Левченко с соавт.[5], Смирновой И.А.[6], Е.В. Устиновой [7] , Л.М. Шипицыной, И.И. Мамайчук [8] и др.

При разработке содержания психологической помощи детям необходимо, прежде всего, рассмотреть организационные аспекты. Сложность организации психологической работы состоит, прежде всего, в том, что весь контингент детей ДОУ обслуживается одним или двумя психологами. Это накладывает определенные временные ограничения на проведение психодиагностики, требует дифференциации форм психокоррекции. Проблема может быть решена двухэтапной системой психодиагностики, включающей скрининговое и развернутое обследование, сочетающееся с мониторингом.

Скрининговое обследование проводится при поступлении ребенка в детский сад, оно включает минимальное количество тестов, отбираемых с учетом возраста ребенка, в сочетании с наблюдениями, на основе которых можно сделать вывод об эмоциональном фоне, адекватности поведения, целенаправленности деятельности, коммуникации со взрослыми и с детьми. На основе скринингового обследования принимается решение о комплектовании групп для проведения психокоррекционных занятий и выделении времени для проведения психопрофилактики в консультативном режиме. Также в работе психолога должно быть выделено время на проведение мониторинга и участия в регулярных совещаниях персонала по поводу динамики абилитации детей.

При наличии показаний к психокоррекционным занятиям проводится развернутое обследование с заполнением

психологической карты, включающей анкетные данные, заключения специалистов (невропатолог, ортопед, отоларинголог, окулист, психиатр, логопед), анамнестические сведения о раннем психомоторном и речевом развитии.

Для оценки социальной ситуации развития необходимо собрать сведения о микросоциальном окружении, семейном воспитании, пребывании ребенка в медицинских и образовательных учреждениях. Значимым фактором является оценка родителями состояния ребенка и возможностей его развития.

Определение особенностей коммуникации ребенка, его самооценки, мотивации поведения и деятельности проводится, в основном, посредством наблюдений за ребенком в различных видах деятельности. Для воспитанников подготовительной группы могут быть применены рисуночные тесты «Дом-дерево-человек», «Моя семья», «Автопортрет». При неспособности ребенка к рисованию вследствие выраженных расстройств ручной моторики можно прибегнуть к «совместному рисованию», при котором ребенок рассказывает, кого (что) и где он хочет изобразить, а психолог рисует и уточняет у ребенка, соответствует ли изображение замыслу. Ценными при этом являются комментарии детей.

Оценка эмоционального состояния проводится с учетом темперамента ребенка. В подготовительной группе применяется проективный тест «Определение уровня тревожности» Р. Теммла, М. Дорки, В. Амена.

На основании развернутого обследования составляются индивидуальные программы психологической коррекции, реализуемые в различных формах: сказкотерапии, куклотерапии, игротерапии, изотерапии, песочной терапии и др.

Нужно также учесть, что в образовательном учреждении, где часть детей – инвалиды, в психологической помощи нуждаются не только дети, но и их родители, а также некоторые сотрудники. Психологическая помощь ребенку предполагает создание адекватного социального контекста, обеспечивающего психокоррекционную и психопрофилактическую направленность процесса воспитания. Формами такой работы являются тематические выступления на совещаниях, индивидуальные беседы, участие в обсуждении образовательных программ, проведение психологических тренингов.

Литература

1. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральными параличами. Л., 1977.

2. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. М., 1980.
3. Коноваленко С.В. Конструирование против ДЦП. М.. 2005.
4. Кроткова А.В. Социальное развитие и воспитание дошкольников с церебральным параличом. М., 2007.
5. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич: коррекционно-развивающая работа с дошкольниками. М., 2008.
6. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. СПб, 2003.
7. Устинова Е.В. Детский церебральный паралич: психологическая помощь дошкольникам. М., 2007.
8. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. М., 2004.

К проблеме психологической коррекции агрессивности у подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью

Токарская Л.В.
ГБОУ ДПО «ИРО», г. Екатеринбург

В последние годы не только ученые, но и средства массовой информации подчеркивают усиление агрессивных тенденций в обществе в целом и в учреждениях образования и системы социальной защиты населения. Все эти процессы, безусловно, действуют и в отношении детей и подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. Особую актуальность приобретает проблема отсутствия практических разработок, направленных на коррекцию эмоционально-волевой сферы (ЭВС) и поведения данной категории детей и подростков, что на практике крайне востребовано.

По данным специальной литературы, коррекция агрессивности у детей и подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью может быть *медикаментозной, психотерапевтической, психолого-педагогической*. В рамках *медицинского подхода* традиционно принято купировать агрессивные проявления в поведении с использованием лекарственных средств. Медикаментозное лечение может быть начато после наблюдений и обращений педагогов и родителей [С.Д. Забрамная, 1979] и должно учитывать этиологию заболевания [А.А. Ватажина, М.И. Кузьмицкая, 1971].

Психодинамический подход к коррекции и профилактике поведения предполагает использование различных средств, в том числе, искусства, для поиска приемлемого выхода агрессивности. Среди них: *музыка* [Лурье Н.Б., 1972, А.Р. Маллер, Г.В. Цикото, 2003]; *рисование под музыку* [Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л.А. Нисневич, 2001], *театрализованные занятия* [Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Л.А. Нисневич, 2001] и др.

Одним из наиболее эффективных методов коррекции агрессивности у детей и подростков с нарушением интеллекта является *поведенческая психотерапия и психокоррекция*, основанная на теории социального научения [О. Шпек, 2003].

В рамках *гуманистической теории* рассматривается необходимость *формирования положительного эмоционального отношения ко взрослым* [Н.Ф. Дементьева, 1993; Д.Н. Исаев, 2003; Л.М. Шипицына, 2002].

Психологический подход, рассматривает способы *психотерапевтического воздействия* на проявления агрессивности у детей и подростков, что отчасти, может быть реализовано через занятия по *психофизической саморегуляции*, или хотя бы обучение владению элементарным приемам релаксации [В.Н. Воронина, 1992].

Таким образом, на основе предлагаемых различными исследователями направлений работы по коррекции агрессивности детей и подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью была разработана комплексная программа, включающая профилактику и коррекцию агрессивности подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. Эффективность реализации программы обеспечивается двумя группами принципов: концептуальными и тактическими. К **первой группе** относятся принципы: *единства диагностики и коррекции* [А.А. Осипова]; *учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей* детей и подростков [Л.С. Выготский, М.И. Кузьмицкая, С.Я. Рубинштейн]; *комплексности методов воздействия* [Д.Н. Исаев]; *индивидуализации и дифференциации психолого-педагогических методов,* приемов и средств коррекционного воздействия [У.В. Ульенкова]; *подключения ближайшего социального окружения* к участию в реализации коррекционно-развивающей программы [Л.С. Выготский, У.В. Ульенкова, Л.М. Шипицына] и др. Ко **второй группе** относятся принципы, предлагаемые исследователями в рамках профилактики и коррекции агрессивности испытуемых с умеренной и тяжелой умственной отсталостью: создания спокойной обстановки, единства, четкости и систематичности требований [Д.Н. Исаев, А.Р. Маллер];

осуществления психологической коррекции при опоре на медицинские рекомендации, учитывающие этиологию заболевания [М.И. Кузьмицкая]; привлечения к коллективной и общественно полезной деятельности [А.А. Ватажина] и др.

В программе определены формы работы с подростками: групповая и индивидуальная. Работа с родителями и педагогами проводилась в ходе ряда занятий совместно, на других – индивидуально и по подгруппам. При этом использовались следующие формы: *лекционно-просветительская работа; практические занятия; индивидуальные занятия с родителями и их ребенком; групповые формы совместной работы родителей и ребенка, совместные внеклассные мероприятия* и другие. Определена оптимальная *продолжительность занятий для испытуемых* (индивидуальных – 15-20 минут; групповых – от 40 минут до 1,5 часов), *продолжительность реализации программы* (1 год), *оптимальный состав участников при групповых занятиях* (4-5 человек), *возраст участников* (11-18 лет), *требования к организации занятий*. В программе имеются *приложения*, перечень *учебно-методического обеспечения* и *схемы*, способствующие пониманию причин и направлений коррекции агрессивности испытуемых.

Программа включает ***3 этапа****: ориентировочный; этап объективирования трудностей и формирования конструктивных способов реагирования; обобщающе-закрепляющий*. При этом *на первом этапе* решались *задачи* уточнения проявлений и причин агрессивности; установления эмоционально-позитивного контакта с подростками. На *втором этапе* решались *задачи* актуализации и реконструкции провоцирующих агрессивность ситуаций; формирования адекватных способов поведения в ситуациях, провоцирующих появления агрессивности и т.д. На *третьем этапе* происходило обобщение и закрепление навыков, формирование которых началось на предыдущих этапах; выработку социализированных навыков и привычек в соответствии с общепринятыми в обществе нормами и повышение адаптационных возможностей.

Работа с родителями и педагогами также проходила *в три этапа*. *На первом этапе* работы с родителями была скомплектована группа, уточнение запросов и предполагаемых направлений работы. *На втором этапе* работа проводилась в трех направлениях (информирование о проблеме; снижение уровня агрессивности; обучение навыкам эффективного взаимодействия с агрессивными

детьми). При этом были реализованы такие *мероприятия*, как лекции и практические занятия; индивидуальные занятия и консультации; групповые формы совместной работы родителей и ребенка; общие праздники и т.д. На *третьем этапе* реализации коррекционной программы подводились итоги, проводилось повторное изучение агрессивности испытуемых по результатам коррекционной работы и анализ эффективности.

Разработанная программа реализовывалась в Екатеринбургском детском доме для детей-инвалидов и специальной (коррекционной) общеобразовательной школе № 169 города Екатеринбурга. Всего в работе приняли участие 60 подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.

Все предлагаемые подросткам задания были взяты нами из рекомендованных для занятий с агрессивными дошкольниками с сохранным интеллектом, однако в их содержание вносились коррективы, так как многие инструкции не были доступны подросткам с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. Часть инструкций сокращалась, там, где требовалось, чтобы ребенок представил что-либо, ему демонстрировалась картинка. Многие слова заменялись на более понятные синонимы.

В течение всего времени большое внимание уделялось *играм* [В.А. Остроумова, М.Е. Поселкова, А.А. Романов, Н.В. Ужанов, 1992; К. Фопель, 2003]. Однако мы вносили в них некоторые изменения (уточнение и сокращение инструкций, обогащение наглядностью и т.д.), для того, чтобы их можно было использовать в работе с подростками с умеренной и тяжелой умственной отсталостью.

Кроме игр, в ходе работы испытуемых с умеренной и тяжелой умственной отсталостью обучали *методам саморегуляции* [В.Н. Воронина, 1992], для упорядочения поведения испытуемых в целом и исключение агрессивных высказываний из речи.

Развитие эмоционально-волевой сферы подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, происходило также через *осознание ребенком своих желаний и эмоций; расширение спектра эмоций ребенка и развитие навыков адекватной вербальной и невербальной передачи собственного эмоционального состояния; обучение ребенка навыкам саморегуляции эмоций*. Работа проводилась по адаптированной нами методике Д.И. Барышниковой, Н.Н. Лазеевой, Е.Д. Худенко и А.Я. Павловой.

Из предлагаемых разными исследователями способов выражения гнева, наиболее приемлемыми для работы с подростками с умеренной и тяжелой умственной отсталостью стали следующие:

громко спеть любимую песню; попрыгать на скакалке; пускать мыльные пузыри; пробежать по коридору школы; быстрыми движениями руки стереть с доски; устроить соревнование «Кто быстрее пробежит»; скомкать несколько листов бумаги, а затем распрямить их и сделать из них самолетик с помощью психолога; слепить из пластилина фигуру обидчика и сломать ее и т.д. В отношении последнего способа мы отметили, что каждое разрушительное действие в работе с подростками с умеренной и тяжелой умственной отсталостью должно заканчиваться *созданием из разрушенного чего-то нового, что нравилось бы подростку*. Так, например, из разорванных кусочков бумаги делались коллективные аппликации, которые также способствовали улучшению взаимодействия в коллективе.

В работе с испытуемыми занятия чередовались со *специальными упражнениями, требующими покоя и самообладания*: посидеть спокойно 5—10—15 секунд; медленно молча проводить рукой по краю стола; бесшумно встать и сесть; бесшумно пройти до окна, вернуться на свое место и сесть (можно несколько раз).

Кроме того, мы проводили *работу по развитию коммуникативных навыков, формированию эмпатии, доверия к людям и т.д*. Для этого применялось обсуждение конфликтных ситуаций в кругу (например, как поступить, если ребенку нужна игрушка, в которую кто-то уже играет), проводились ролевые игры (разыгрывание конфликтных ситуаций).

Испытуемых обучали понимать свои чувства, как при помощи игр, так и в процессе беседы с небольшой группой подростков, в количестве двух человек. В процессе беседы на чувство гнева обращалось особое внимание, с подростками проговаривались физические ощущения, связанные с ним.

Снижение эмоционального напряжения, развитие способности понимать и адекватно выражать свое эмоциональное состояние проводилось с использованием *метода рисунка*. Большое внимание уделялось подбору и *использованию музыкальных произведений*. В том числе, проводилось *рисование под музыку*. Поскольку подросткам с умеренной и тяжелой умственной отсталостью сложно правильно передать пропорции предмета, ракурсы и другое, им предлагалось декоративное рисование (волнистые линии, отпечатки кисточки, рисование кончиком кисти и пр.).

В работе использовались *элементы песочной терапии, сказкотерапии* [Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, 2001], проводилась *работа с мягким материалом* (тесто, пластилин, глина).

В целом, со слов родителей и педагогов, а также по нашим собственным наблюдениям, у всех участников эксперимента улучшилось поведение, меньше стало агрессивных вспышек, они стали легче корректироваться. Наличие положительной динамики подтверждается результатами применения методов математической статистики (критерий углового преобразования Фишера). Уровень агрессивности испытуемых с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, с которыми проводилась коррекционная работа, направленная на снижение агрессивности, уменьшился на 34 %.

Для достижения большей эффективности необходимо использование предлагаемых мероприятий в системе не менее одного года. Это обусловлено, прежде всего, тем, что формирование любого навыка у подростков с умеренной и тяжелой умственной отсталостью является сложным и длительным процессом, еще больше времени требуется для закрепления сформированного навыка.

Литература

1. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО «Речь», 2001. – 310 с.

2. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков: руководство для врачей / Д. Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2003. – 391 с.

3. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб.: ООО Издательство «Речь», 2001. – 190 с., ил.

4. Маллер А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. Р. Маллер, Г. В. Цикото. – М.: Академия, 2003. – 208 с.

5. Худенко Е.Д., Лазеева Н.Н., Барышникова Д.И. Коррекция и развитие эмоционально-волевой сферы у детей-инвалидов. – М.: АНМЦ «Развитие и коррекция», 2001. – 61 с.

6. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына. – СПб.: Дидактика Плюс, 2002. – 496 с.

7. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / О. Шпек; пер. с нем. А.П. Голубева ; науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. – М.: Академия, 2003. – 432 с.

Клуб общения как модель психологической реабилитации лиц с ОВЗ и членов их семей (ресурсное обеспечение и структура проведения заседаний)

Юдина Н.И., Юдин М.Г.,
ЦЛП и ДО «На Королёва», г. Москва

В стране развивается сеть реабилитационных учреждений, проводится работа по оснащению этих учреждений реабилитационным оборудованием, разрабатываются и внедряются современные реабилитационные технологии. Но остаётся недооцененной область психологических проблем лиц с ОВЗ, их потребность в эмоциональной поддержке. Также нет четкого, общепринятого понимания, как ребенка с ОВЗ интегрировать в общество и каким образом обеспечивать включение в процесс социализации. Наши наблюдения и практический опыт показали, что для обеспечения эффективной социализации необходима многоуровневая, многокомпонентная структура сопровождения процесса психологической реабилитации. Специально организованная структура психологической реабилитации лиц с ОВЗ и её эмоциональная составляющая являются важнейшими, взаимодополняющими аспектами ресурсного обеспечения процесса психологической реабилитации. Эффективной формой работы для решения вышеописанных задач является организация Клубов общения.

Цели Клуба общения: интеграция детей с ОВЗ и их семей в общество; реализация комплексного подхода в оказании помощи детям с ОВЗ и их семьям, их социальная адаптация, формирование системы целей и ценностей, способствующих самореализации личности; формирование толерантного отношения общества к детям с ОВЗ.

Ресурсное обеспечение проведения заседаний Клуба общения [1]:

1. Выбор координатора всей деятельности.
2. Разработка положения о деятельности Клуба.
3. Определение целевой группы, критериев, по которым набирают участников, количество участников, которое можно вовлечь в деятельность Клуба, составление списков участников.
4. Заполнение листов первичного осмотра (анамнез, диагностика физических и психо-социальных возможностей и

потребностей участника, планирование адресной помощи с исключением возможностей вреда).

5. Определение основных направлений деятельности.

6. Разработка проекта программы деятельности Клуба (лучше составлять занятия по модулям, для возможных вариаций, по различным уровням сложности, учитывая возможные ограничения – физические, психо-социальные, интеллектуальные).

7. Подготовка герба и положения о гербе Клуба общения.

8. Определение ответственных, которые будут созваниваться с участниками.

9. Серьёзный вопрос – организация перевозки инвалидов на встречи. Лучше иметь свой микроавтобус со специальным подъемником, для инвалидных колясок. При отсутствии автобуса, можно воспользоваться услугами социального такси. В Москве такая служба существует. Можно воспользоваться помощью общественных организаций. Необходим также ответственный за сопровождение участников от автобуса до места проведения занятия и обратно домой.

10. Необходима специальная организация пространства для занятий. Начиная с места подъезда транспорта, пандуса для въезда колясок в здание, минимального расстояния и максимально удобного подъезда до помещения, где будут проходить занятия. Внутри помещения для занятий не должно быть лишних вещей и мебели, необходимо достаточно свободного пространства для перемещения колясок. Рядом должны находиться медицинские помещения, с дежурящими специалистами, и туалетные комнаты. Для первичных занятий, так называемых малых групп, круглый или квадратный стол для удобного расположения 4-10 человек, в том числе 2-3 колясочников. При больших группах несколько столов. За каждым столом – сектором должен быть закреплён специалист (соведущий, ответственный за сектор) и 1-4 помощника ведущего, которые сопровождают деятельность 1-3 детей с ОВЗ. Роль ведущего в такой структуре схожа с ролью футбольного судьи во время проведения футбольного матча. От него зависит насыщенность, темп, вовлечённость и интерес к занятию, при этом главными действующими лицами мероприятия являются все участники. Ответственные за сектора решают задачи обеспечения активности и вовлечённости своего сектора в деятельность заседания. Задача помощников отличается конкретной направленностью своего внимания на обеспечение деятельности инвалидов и членов их семей, буквально персональная ответственность, как персональная опека в футболе защитником нападающего. Такое распределение

ответственности позволяет взаимодействовать всем участникам как единому целому организму, и в тоже время всем участникам уделяется персональное внимание.

11. Выбор основного ведущего. Желательно, чтобы это был педагог-психолог (необходим опыт ведения групп, желателен опыт коррекционно-развивающей деятельности, семейной терапии).

12. Необходимо заранее подготовить методические и расходные материалы, а также определить ответственного за их раздачу во время занятий или продумать другие варианты обеспечения материалами.

13. Подготовка бланков удобной формы регистрации участников.

14. Организация медицинского сопровождения (если потребуется).

15. Организация музыкального сопровождения.

16. Подготовка итогового письменного отчёта о проведённой деятельности, координация с другими мероприятиями.

17. Фото-видео отчёт о деятельности.

Таким образом, можно констатировать, что психологическая реабилитация лиц с ОВЗ является многоуровневым, многокомпанентным процессом, требующим тщательной подготовки и организации образовательных, социальных, медицинских и других структур общества.

Программа тренинга «Навык поддержки»

(Автор-составитель: Юдин М.Г.)

Тренинг рассчитан на одну встречу. Выполняется по запросам ОУ. Рекомендованное количество участников: 15-20 человек.

Организация пространства. Пространство делится на сектора (например, 4 сектора). В центре каждого сектора стол. Вокруг стола стулья для участников и место для инвалидной коляски. Столы располагаются по кругу. За каждым сектором закрепляется соведущий (главная задача которого - организация активной деятельности своего сектора) и несколько волонтёров (их задача - совместная деятельность с детьми с особенностями здоровья). Помощники, отвечающие за раздаточный материал. В центре - главный ведущий.

Тема, цель – «Приветствую всех собравшихся на открытом заседании Клуба общения. Тема сегодняшней встречи: «Навык поддержки».

Цели: отработка навыков поддержки, сплочения группы.

Правила проведения тренинга (2-3 мин.). Цель: создание

рабочей и безопасной атмосферы. Правила: конфиденциальность; обращение по имени на Вы; если один говорит, остальные слушают; правило обязательного участия (возможно добавление правил).

Процедура знакомства. Цель: Установление доверительных отношений. Снятие напряжения. Создание ощущения единства, принадлежности к группе.

1. Упражнение «Привет» (1-3мин). Цель: Установление доверительных отношений. Все садятся спиной друг к другу. Затем поворачиваются и здороваются через левое плечо, через правое и т.д.

2. Упражнение «Вот так» (3-5мин). Цель: Повышение самооценки. Каждый, по очереди называет: «Что я умею делать лучше всех…». Группа поддерживает, хлопая и поднимая большой палец, дружно говоря: «Вот так!».

3. Упражнение «Комплимент» (5-7 мин). Цель: отработка навыков поддержки и самооценки членов группы (за счёт комплимента, похвалы и поддержки). Участники садятся или встают в 2 круга: внутренний и внешний, внутренний говорит своему внешнему партнёру комплимент. Партнёр выслушивает и отвечает: «Да, я такой, а ещё я умею…», потом говорит свой комплимент и идёт по кругу к следующему партнёру.

4. Упражнение: «Слон, обезьяна, ворона» (3-5мин). Цель: отработка навыков невербального общения, поддержки и взаимодействия в малой группе, чувства плеча. Водящий показывает на человека, говоря – «слон» – тот показывает «хобот», а соседи – «уши». «Обезьяна» – «рожицу корчит, а соседи чешут брюшко и голову». «Ворона» кричит: «Кар, кар», а соседи машут «крыльями». Ошибившиеся выбывают.

5. Творческая мастерская (15-20мин). Изготовление стенда с надписью «Дружба» (каждая группа раскрашивает часть плаката (на каждый стол по одному ватману (А1), раскрашиваемому группой). Далее все группы выстраиваются в одну шеренгу и соединяют воедино плакат.

6. Исполнение песни (2-3мин) Цель: закрепление чувства единения, чувства плеча, позитивного эмоционального настроя. Ведущий: «Сейчас, по сложившейся традиции нашего Клуба мы исполним песню. Попрошу всех собраться в круг. В правую руку возьмите слова, а левой приобнимите соседа» (под гитару всеми исполняется песня «Вечер бродит»).

7. Подведение итогов (3-5мин) Цель: закрепление и осознание полученного опыта. Участники высказываются о своих впечатлениях.

8. Ритуал прощания (1мин). Ведущий протягивает свою руку,

ладонью вниз, в центр круга следующий участник кладет свою руку сверху на руку ведущего и т.д. После, одновременно раскачивая руки, все по слогам говорят: «У-ВИ-ДИМ-СЯ!»

Литература

1. Юдин М.Г. Рабочая программа Практического решения социально-психолого-педагогического сопровождения реабилитации детей с ОВЗ и их семей. Клуб общения «Ультрамарин». – М.: ГОУ ЦЛП и ДО «На Королёва», 2008.

Танцевальная терапия как одна из технологий психологической реабилитации инвалидов по зрению

Яковлева А.В.
ИПССО МГПУ, г. Москва

С давних времен идею оздоравливающего влияния танцевальных упражнений на организм человека высказывали философы, врачи, педагоги. В особенности, значимость занятий танцевальными упражнениями более возрастает, когда речь идет о лицах с патологией различного характера.

Именно в физической активности человека отражается его способность к совершенствованию своей физической природы.

Однако культура движений не приходит к человеку сама собой. Она воспитывается в течение первых двух десятилетий жизни.

Реабилитация инвалидов рассматривается как процесс восстановления нарушенных связей индивидуума и общества, способов взаимодействия инвалида и социума.

Изучение опыта жизни и деятельность инвалидов по зрению свидетельствует об их больших потенциальных возможностях, и в то же время указывают на глубокое отставание в физическом развитии, которое осложняет решение одной из актуальных проблем современности – реабилитации и интеграции инвалидов по зрению.[1]

Ряд авторов, изучавших особенности физического развития с тяжелыми нарушениями зрения, отмечают, что слепые и слабовидящие школьники характеризуются меньшей подвижностью, нечеткостью координации движений, снижением темпа их выполнения, ловкости, ритмичности, точности. Подросткам трудно при ориентировке в пространстве, выполнении движений на равновесие. Осложнено формирование понятий об основных

движениях, что снижает двигательную активность, сдерживает развитие естественных потребностей в движении. [2]

Для незрячего человека обучение танцевальным навыкам выступает как познавательный компонент и как реализация возможностей слепого адаптироваться и функционировать в окружающей среде.

Нами была разработана и внедрена в практику программа танцевальной терапии в рамках комплексной реабилитации слепых и слабовидящих подростков. Данная программа направлена на создание благоприятных условий правильного развития, как в школе, так и вне школьных занятий с целью снятия повышенного уровня психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения, неустойчивое эмоциональное состояние, высокого уровня тревожности.

Исследование проводилось в групповой форме во внеурочное время с учащимися старших классов школы. Количество испытуемых составляло 10 человек.

В ходе реализации программы было выявлено, что у подростков с нарушением органов зрения были выявлены глубокие нарушения в физическом развитии и целый ряд аномалий двигательных функций**.** В особенности для таких подростков было трудным овладение правильной вертикальной позой в положении стоя и ходьбой. Зрительные нарушения вносят дискоординацию, нарушают свободу движений. Слепые и слабовидящие дети испытывают страх передвижения в незнакомом пространстве, что приводит к дефициту движения. Основной причиной отставания физического развития подростков с нарушением зрения заключается в том, что тяжелый зрительный дефект осложняет развитие ребенка, его процесс активного познания окружающего мира, который связан с его двигательной активностью.

Результаты данной программы показали, что существует влияние танцевальных занятий на физический потенциал занимающихся. Они становятся более активными, выносливыми, быстрее адаптируются в новых условиях, их движения – более точные. А так же были зарегистрированы изменения в психоэмоциональной сферы испытуемых. Ими был отмечен значительный подъем настроения от занятий, чувство бодрости, прилив сил. Так же у них возникло более полное и целостное восприятие мира, улучшение своей самооценки, они научились балансу и координации.

Это подтверждает, что танец способен приносить глубокое эстетическое удовлетворение. Человек, который танцует, испытывает

неповторимое ощущение от умения владеть своим телом, от свободы и легкости своих движений.

Таким образом, через занятия танцевальной терапией осуществляются попытка к эмоциональному восприятию себя в новом качестве, попытка отношения к себе как к полноценной личности и восстановления психологического комфорта в обществе, что является одним из важнейших условий реабилитации и социальной интеграции инвалидов по зрению.

Литература

1. Шалагина Т.С. Значение саногенного мышления в реабилитации слепых. Социально-педагогическая реабилитация инвалидов по зрению средствами физического воспитания. Матер. научн. конф. – М.: ФОН, 1995.

2. Шмельков И.И. Пути реабилитации слепых школьников средствами физической культуры. – М.: ВОС, 1981.

Проблемы междисциплинарного взаимодействия в реабилитационном процессе

Проблемы взаимодействия нейропсихолога с другими специалистами в коррекционно-развивающем обучении детей с ограниченными возможностями здоровья

Баулина М Е.

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, г. Москва

Современная детская нейропсихология характеризуется значительным и прогрессирующим расширением сферы применения. Специалисты-нейропсихологи работают не только с детьми, имеющими трудностями обучения или задержки психического развития, но и с детьми, имеющими генетические заболевания, тяжёлые формы ДЦП, аутизм [1, 4, 6].

Накопленный опыт показывает, что нейропсихологический подход в диагностике и коррекции является адекватным для самых сложных нарушений развития. Однако чем тяжелее симптомы поражения ЦНС или недоразвития высших психических функций, тем острее ощущается проблема взаимодействия нейропсихолога с другими специалистами - логопедом и дефектологом. Основными проблемами в диагностике психического развития детей с тяжёлыми нарушениями развития являются:

1. Невозможность проведения полного, традиционного нейропсихологического обследования вследствие недоступности детям многих заданий.

2. Ограничения во времени из-за сниженной работоспособности и дефицита внимания, наблюдающихся у большинства «особых» детей.

3. Отсутствие как познавательной, так и формальной мотивации к обследованию.

4. Более выраженное, по сравнению со здоровыми детьми, влияние качества эмоционального контакта специалиста с ребёнком на эффективность выполнения заданий.

Указанные трудности приводят к тому, что любая дополнительная информация о ребёнке приобретает высокую

ценность. Часто нельзя сделать вывод о состоянии ребёнка после первой встречи. Он может не продемонстрировать все свои возможности или специалист может не увидеть всех существующих проблем. Необходимо провести несколько встреч для того, чтобы составить ясное представление о картине нарушений. Так, ребёнок может не справиться с заданием как из-за снижения общей активности, не позволяющей сконцентрироваться на задании, так и из-за нарушения слухового восприятия, приводящего к плохому пониманию обращённой речи.

Традиционное обследование в детской поликлинике включает последовательное посещение специалистов: например, сначала ребёнок проходит консультацию психолога, потом логопеда, затем нейропсихолога. Лишь некоторые коммерческие медицинские и психологические центры используют командный подход в диагностике, когда специалисты разных профилей совместно обсуждают проблемы ребёнка и вырабатывают единую коррекционно-развивающую программу. В то же время, опыт стран Западной Европы показывает высокую эффективность командного подхода [3, 4]. Так, в медицинских центрах Великобритании существует такая должность как «нейрореабилитолог», которую занимает и логопед, и нейропсихолог, и невролог, и дефектолог.

Командный подход имеет ряд преимуществ [4]:

- уменьшается риск того, что какая-то проблема в развитии ребёнка будет пропущена;
- уменьшается риск гипердиагностики;
- родителям не приходится соотносить между собой рекомендации разных специалистов, часто противоречащих друг другу;
- исключается ситуация дублирования диагностических заданий, проб, утомляющих ребёнка или снижающих его мотивацию к общению со специалистами.

К сожалению, в ходе реализации коррекционных мероприятий даже в тех учреждениях, которые декларируют командную работу специалистов, данный подход существует лишь номинально. На практике можно наблюдать выход специалистов за пределы своей компетенции, что негативно отражается на эффективности коррекционной работы. Так, многие логопеды, кроме развития фонематического слуха, коррекции произношения звуков, расширения словарного запаса и грамматического построения фразы, используют в занятиях методики на развитие зрительно-пространственного восприятия или функций регуляции, планирования и контроля, что,

безусловно, относится к сфере деятельности нейропсихологии. В то же время, дефектологи часто дублируют работу и нейропсихолога, и логопеда.

Согласование коррекционно-развивающих программ разных специалистов, независимо от места их работы, значительно облегчило бы процесс взаимодействия с родителями ребёнка, наблюдение динамики в его состоянии и повысило бы результативность занятий. Учитывая описанные трудности, представляется целесообразной разработка единого бланка протокола динамического наблюдения ребёнка, в который были бы включены не только результаты диагностики его состояния, проведённой каждым из специалистов, но и фиксировались составленные ими программы коррекционных мероприятий. Такой протокол облегчил бы взаимодействие нейропсихологов, дефектологов, логопедов, инструкторов ЛФК и других специалистов, занимающихся коррекцией психического развития ребёнка, по следующим направлениям:

- выстраивать единую стратегию коррекционно-развивающего обучения, определяя приоритетные задачи;
- составлять плана занятий с учётом деятельности других специалистов, параллельно занимающихся с ребёнком. Это исключит ситуацию, при которой ребёнок, например, вынужден собирать пирамидку как на занятиях с нейропсихологом, так и на занятиях с логопедом, подчиняясь при этом отличающимся требованиям;
- не допускать переутомления ребёнка различными занятиями, дозируя нагрузку в зависимости от его занятости у других специалистов;
- согласовывать терминологию и формулировки, делая их доступными для понимания родителям;
- обмениваться замечаниями и предложениями, возникающими в процессе занятий;
- учитывать положительный и отрицательный опыт использования тех или иных приёмов для установления эмоционального контакта с ребёнком и повышения его мотивации к занятиям.

Обязательным условием комплексного сопровождения ребёнка является наличие в открытом доступе контактной информации о различных специалистах, позволяющей им обмениваться мнениями.

В протоколе динамического наблюдения необходимо зафиксировать перечень диагностических и коррекционных методик, используемых каждым специалистом: психологом, нейропсихологом, дефектологом, логопедом и врачом ЛФК.

Также необходимо уделить большое внимание количественной оценке нарушений, наблюдаемых у ребёнка, используя унифицированную шкалу от 0 до 3 баллов, где 0 баллов означает правильное выполнение задания, а 3 балла - невозможность его самостоятельного выполнения [2]. Поскольку многие традиционные нейропсихологические или логопедические методики представляют значительные трудности для детей со сложными нарушениями развития, представляется целесообразным дополнить балльную оценку шкалой градуированных подсказок - системой помощи, оказываемой специалистом ребёнку в процессе выполнения задания [5]. Так, минимальный объём помощи будет состоять в дополнительной стимуляции внимания ребёнка, а максимальный - в совместном выполнении диагностической методики.

Внедрение в повседневную работу протоколов динамического наблюдения ребёнка создало бы благоприятные условия для научно-исследовательской деятельности специалистов различных направлений и использования в их работе в рамках междисциплинарного подхода.

Литература

1. Баулина М.Е. Нейропсихологическая диагностика зрительного восприятия у детей с умственной отсталостью. // Альманах «Новые исследования» Института возрастной физиологии - М.: Вердана, 2009, №2(19), с. 20-21.

2. Глозман Ж.М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования.— М.: Теревинф, 1999.

3. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком / Пер. с англ.— М.: Теревинф, 2004.

4. Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий, под ред. А.А. Цыганок, А.Л. Виноградова, И.С. Константинова. – М.: Теревинф, 2006.

5. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребёнка. – СПб., Речь, 2005.

6. Цыганок А.А., Гордон Е.Б. Коррекция пространственных представлений у детей // В сб.: Особый ребенок: исследования и опыт помощи.— М.: Центр лечебной педагогики, 1999, вып. 2.

Проблема профессионального самоопределения подростка с ограниченными возможностями здоровьяв в системе комплексной реабилитации в ГУ «Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники» г. Москвы.

Григорьев Д.А., Иванова Е.А.
г. Москва

Проблема профессионального самоопределения является одной из актуальных проблем в подростковом возрасте, тем более остро эта проблема стоит перед подростками с ограниченными возможностями здоровья.

В контексте данной статьи мы говорим о профессиональной реабилитации подростков-инвалидов, которая входит в блок комплексной социальной реабилитации. Она призвана помочь в вопросах профессиональной ориентации подростка-инвалида с учетом особенностей его здоровья и медицинских ограничений, психологических и психофизиологических характеристик, профессионального потенциала с одной стороны, и реалиями современного рынка труда в стране, с другой.

Помощь в вопросах профессионального самоопределения оказывают подростку специалисты общеобразовательных школ, специализированных государственных или коммерческих профориентационных центров.

Для решения вопроса профессионального самоопределения подростка-инвалида призвана существующая система профессиональной реабилитации, которая начинается с профессиональной ориентации подростка-инвалида в возрасте с 14 до 18 лет.

Традиционно помогать в профессиональной реабилитации должна ИПР, которую подросток-инвалид получает при прохождении освидетельствования в бюро МСЭ, где указываются степени ограничений по основным категориям жизнедеятельности, в т.ч. уточняются способности к трудовой деятельности и способности к обучению. В ИПР прописываются рекомендации по получению профессионального образования: рекомендуемой профессии/специальности, типе образовательного учреждения, форме получения профессионального образования, а также даются рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда.

К сожалению, реально вопрос формирования ИПР остается слабо проработанным, а так называемый «профессиональный блок» зачастую не прописывается, либо рекомендации МСЭ, выдаваемые подросткам-инвалидам, не только не способствуют, а зачастую препятствуют последующему получению профессионального образования и трудоустройству.

С другой стороны, и практическая реализация ИПР подростков-инвалидов происходит крайне медленно и малоэффективно.

Основной причиной является отсутствие механизма взаимодействия между многочисленными участниками реабилитационного процесса. Это происходит потому, что в процессе комплексной реабилитации подростков-инвалидов, особенно в части формирования и реализации ИПР подростков-инвалидов, кроме самих инвалидов, участвует более десятка структур, на каждую из которых должно быть возложено выполнение конкретных реабилитационных мероприятий, в т.ч. по профессиональной реабилитации. Без объединения усилий и координации действий участников реабилитационного процесса обеспечить его эффективность невозможно.

В 2012 году планируется осуществить переход от «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности — МКН» (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps — ICIDH) к «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья — МКФ». С учетом перехода от медицинской модели реабилитации к социальной модели требуется современная системная комплексная модель социальной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, в т.ч. и по направлению профессиональной ориентации.

Опыт работы специалистов нашего Центра говорит об отсутствии комплексного подхода в решении проблемы профессиональной реабилитации.

В сложившейся ситуации ГУ Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники» (ГУ ЦСР Д-И и ДОЖ «Нагатино-Садовники) г. Москвы разрабатывает и внедряет новую стандартизированную методику работы специалистов ЦСР (врачей, психологов, педагогов) с детьми-инвалидами и детьми с ограничениями жизнедеятельности в возрасте от 4 до 18 лет. Методика предполагает комплексную реабилитацию детей-инвалидов с использованием разработанных интегрированных амбулаторных карт специалистов ЦСР, где

прописан алгоритм и учтены все необходимые параметры для работы конкретного специалиста с каждым отдельным ребенком с динамическим поквартальным контролем в виде лепестковой диаграммы.

При создании комплексного алгоритма, учитывающего медицинские, психолого-педагогические, экономические и юридические показатели, можно проводить моделирование и прогнозировать индивидуальные реабилитационные маршруты, а также экономические и юридические риски, которые могут встретиться в практической работе Центра.

Учет и фиксирование рабочей реабилитационной информации по каждому ребенку происходит в электронном виде в специально разработанной программе. Она помогает смоделировать результаты текущей картины комплексной реабилитации ребенка-инвалида с использованием рабочей информации от всех сопутствующих специалистов ЦСР и, в дальнейшем, при последующих реабилитационных мероприятиях, позволит увидеть динамику изменений состояния ребенка-инвалида в разном возрастном интервале.

Данная методика позволяет рассматривать ребенка-инвалида не как объект реабилитационного процесса, а как активного и полноправного его участника.

Для работы с подростками-инвалидами по профессиональной ориентации разработана интегрированная Амбулаторная Карта специалиста по профессиональной ориентации (АКСПО). В разработке АКСПО учитывался передовой зарубежный, а также российский опыт по вопросам профессиональной реабилитации подростков-инвалидов, изучались различные подходы, предложения, проекты со стороны ведущих российских специалистов в области профессиональной реабилитации.

Методика предполагает три профориентационных блока: информационный, диагностический, консультационный.

Основные задачи информационного блока - выявление профориентационной позиции в семье.

Алгоритм работы специалиста по профориентации начинается с разработанных и интегрированных в базу данных комплексной социальной реабилитации анкет подростка-инвалида и его родителей или опекунов.

Основные задачи диагностическогоблока – оценка состояния здоровья подростка-инвалида, определение списка категорически нерекомендуемых профессий по состоянию здоровья. Родители

подростка с ограниченными возможностями здоровья обращаются к подростковому врачу по месту жительства и получают медицинское заключение в виде справки 086-у, учитывающей в т.ч. заключение профпатолога детской поликлиники, которое, при обращении в ЦСР, предоставляется в числе других документов на рассмотрении Медико-психолого-педагогической комиссии.

Следующая задача - это выявление интересов к школьным предметам, видам профессиональной деятельности, выявление склонностей, мотивов выбора профессии, определение жизненных целей подростка-инвалида, учитывая при этом его индивидуально-типологические особенности. Используются такие формы работы как беседа, тестирование, анкетирование. Это совместная работа специалиста по профориентации и специалиста-психолога.

Основные задачи консультационного блока – это формирование установки на труд, позитивного отношения к трудовой деятельности в целом (снятие рентной установки). А также формирование адекватной самоидентификации, адекватного уровня притязаний и самооценки; выработка конкретных рекомендаций по выбору профессии согласно психофизиологическим особенностям подростка-инвалида и потребностей рынка труда региона; оказание помощи в планировании дальнейших действий подростка-инвалида (получение профессионального образования, пути трудоустройства). Работа по данному блоку проходит в форме бесед, анкетирования, профтестирования, просмотров материалов медиатеки ЦСР и тематических презентаций. К работе дополнительно привлекается социальный педагог.

Результаты работы специалиста по профессиональной ориентации с конкретным подростком-инвалидом фиксируются и сохраняются в электронном виде. Это с одной стороны, позволяет отслеживать ход текущих мероприятий и фиксировать результаты работы по профессиональной реабилитации самому специалисту по профориентации, а также позволяет ознакомиться с работой специалиста по профориентации другим специалистам ЦСР, участвующим в параллельной работе с тем же подростком-инвалидом по другим видам реабилитационных мероприятий. С другой стороны, при последующих реабилитационных мероприятиях, позволит проследить динамику изменений состояния ребенка-инвалида в разном возрасте.

Таким образом, ЦСР Д-И и ДОЖ «Нагатино-Садовники» реализуя одно из направлений в области комплексной социальной реабилитации подростков-инвалидов, а именно профессиональную

реабилитацию, предполагает возможность использования данной разработанной методики и в других специализированных центрах г. Москвы. Разработка такой методики требует временных затрат и коррекции ошибок, которые могут встретиться при ее реализации.

Проблемы межведомственного взаимодействия при реализации комплексной модели реабилитации и адаптации на примере ГБУ Центр социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограничениями жизнедеятельности «Нагатино-Садовники»

Григорьев Д.А., Андреев Г.А.

г. Москва

Социальная реабилитация и адаптация детей-инвалидов представляет собой комплексную модель политических, медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических, бытовых мероприятий. Эти мероприятия проводят учреждения различной ведомственной принадлежности. Среди них медицинские учреждения, спортивно-оздоровительные, учреждения социальной защиты населения, общественные объединения. Таким образом, для достижения эффекта от деятельности всех вышеперечисленных учреждений и разнопрофильных специалистов необходима четкая модель взаимодействия в реабилитационно-адаптационном процессе.

Однако, на сегодняшний день, структура такого процесса остается предметом дискуссии и, не смотря на необходимость целостного подхода, она часто представляет собой лишь совокупность обособленных элементов, которые, как правило, отделены друг от друга в пространстве и во времени [1]. При этом особенно выделяется медицинская составляющая, как наиболее структурированная и разработанная часть, тогда, как иные (психологическая, педагогическая, профессиональная, социокультурная, правовая), в которых также есть необходимость, не имеют ни консультационного, ни технологического обеспечения, как составные элементы межведомственного взаимодействия. Таким образом, обнаруживается противоречие между задачами реабилитационной деятельности и отсутствием реального механизма решения этих задач в виде разработанной концепции, методологии внедрения комплексной модели.

Центр «Нагатино-Садовники», используя свой кадровый потенциал, внедряет комплексную модель реабилитации и адаптации

(наличие в штатном расписании разнопрофильных специалистов). Сотрудниками учреждения разработан план поэтапной медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации и адаптации детей-инвалидов и их семей на различных уровнях:

- микроуровень. Информационная, социальная и психологическая помощь родителям.

- макроуровень. Системное оказание реабилитационных услуг с кондуктивным ежеквартальным отчетом.

- метоуровень. Муниципальная и межведомственная модель взаимодействия.

Наличие в штате необходимого количества многопрофильных специалистов позволяет разбить работу на блоки:

- динамической диагностики и контроля;

- реабилитационной коррекции.

В первый блок входят специалисты медико-психолого-педагогической комиссии (МППК), которые разрабатывают индивидуальный реабилитационный маршрут (ИРМ) и ведут контроль над реабилитационным процессом, а также работники социального направления, осуществляющие мониторинг и ведущие статистику параметров ИРМ. Учет ведется на основании амбулаторных карт клиентов.

Для информатизации процесса разработки и коррекции ИРМ целесообразным явилось проектирование и разработка общей системы учреждения.

В карте клиента у каждого специалиста МППК выделены от 5 до 7 критериев междисциплинарных показателей с выводами о целесообразности использования того или иного компонента ИРМ. Специалист комиссии оценивает специфические нарушения жизнедеятельности, где один является ведущим по направлению, другие являются – второстепенными, но в процессе оценки тоже принимают участие. Качественная оценка проводится по десятибалльной системе, после этого высчитывается коэффициент. Если показатели экспертной качественной оценки составляет от -2 до 0, то полный курс реабилитации проходит частично в Центре, а частично в других учреждениях, оказывающих реабилитационные услуги.

Показатели оценки от 0 до +2 позволяют проходить полный курс комплексной реабилитации в Центре, с возможной частичной консультационной помощью межведомственных специалистов.

Для визуализации результата измерений используется Лепестковая диаграмма, на которой кроме полученных данных может

быть представлена дополнительная нормативная информация в числовой и интервальной форме [2].

При динамическом прослеживании лепестковой диаграммы создастся нейронная сеть, которая в дальнейшем программируется в комплексную системную модель индивидуальной программы реабилитации (ИПР), а это, в свою очередь, позволяет установить систему взаимодействия с бюро медико-социальной экспертизы по вопросу эффективности составления и мероприятий ИПР.

Создание междисциплинарных команд по предоставлению реабилитационных услуг (макроуровень) и их системное взаимодействие, позволяют достичь синергетического эффекта, когда физический и интеллектуальный вклад одного умножается на усилия других, индивидуальные недочёты компенсируются. В результате сплоченная команда способна решать задачи, более сложные и объемные, в отличие от группы специалистов, которые задействованы в комплексной модели реабилитации при разной ведомственной принадлежности.

В заключении можно сделать следующий вывод:

- модель взаимодействия, в рамках работы междисциплинарных команд на базе одного учреждения, за счет синергетического эффекта и уменьшения сроков комплексного реабилитационного курса является очередным шагом на пути повышения эффективности, оказываемых реабилитационных услуг.

- создана методология межведомственного взаимодействия и концепция ее внедрения.

Литература

1. «Модель муниципальной комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья». Дробахина И.К.

г. Екатеринбург, 2009г., стр. 3

2. «Научно-методические рекомендации по оценке эффективности индивидуальных программ реабилитации в условиях организаций социальной защиты, работающих с семьей и детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации». Карташов В.Я., Качагина Е.А., Юдина А.И., Хорошева Т.А.

ГОИ ВПО «Кемеровский государственный университет» г. Кемерово, 2008г., стр.14.

Организация инклюзивного образования лиц с ОВЗ в России на современном этапе

Жаворонков Р.Н.
МГППУ, г. Москва

Право инвалидов на инклюзивное образование предусмотрено рядом международных документов – Конвенцией о правах инвалидов (ст. 24), Саламанской декларацией о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями, Стандартными правилами обеспечения равных возможностей для инвалидов (Правило 6) [5 п. 16-21]. В настоящее время в России идет активный процесс формирования уникальных научных подходов к интегрированному образованию лиц с ОВЗ, учитывающих национальные особенности нашей страны.

На основе глубокого многоаспектного анализа историко-генетических и социо-культурных основ становления и развития системы специального образования как института государства выделяются пять периодов эволюции отношения российского общества и государства к лицам с ограниченными возможностями здоровья (лица с ОВЗ) [3].

Первый период (995 г. – 1715 г.) – от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботится о людях с отклонениями в развитии. Второй период (1715 г. – 1806 г.) – от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них. Третий период (1806 г. – 1927 г.) – от осознания возможности обучения к осознанию целесообразности обучения трех категорий детей: с нарушением слуха, зрения и умственно отсталых. Четвертый период (1927 г. – 1991г.) – от осознания необходимости обучения части детей с ОВЗ к пониманию необходимости обучения всех детей этой категории. Пятый период (с 1991 г.) – переход от изоляции к инклюзии.

Результаты научных исследований показывают, что «интеграция – это закономерный этап развития системы специального образования, связанный в любой стране мира, в том числе и в России, с переосмыслением обществом и государством своего отношения к инвалидам, с признанием их прав на предоставление равных с другими возможностей в разных областях жизни, включая образование» [2].

Отечетвенная специальная психология и педагогика начала разработку интегративных подходов к обучению в 1976-1981 гг., т.е. в тот период развития государства и общества, когда в стране проблема социальной и образовательной интеграции в контексте прав человека еще не поднималась [1 с. 33-34] (данный факт еще раз доказывает, что переход к интегрированному образованию является результатом естественно-эволюционного процесса, а не экспансией западных идей). Исследователи подошли к интегративному обучению в логике развития научных исследований об использовании сензитивных периодов становления высших психических функций, предупреждения возникновения «социальных вывихов» и связанных с ними вторичных отклонений в развитии. Развивая идеи Л.С. Выготского, российские исследователи-дефектологи выдвинули положение о необходимости использования сензитивных периодов становления высших психических функций. Начали разрабатываться и экспериментально апробироваться комплексные программы ранней (с первых месяцев жизни) психолого-педагогической коррекции отклонений в развитии и на этой основе как можно более ранней интеграции ребенка в социальную и общеобразовательную среду.

В настоящее время в основе отечественной концепции интегрированного образования лежат три базовых положения [2, 4].

Во-первых, подлинная интеграция предполагает организацию в общеобразовательной школе оптимальных условий для каждого ученика с особыми потребностями. Перемещение же ученика из специальной школы, имеющей все необходимое оборудование, а главное – штат квалифицированных специалистов, в неприспособленную для него общеобразовательную школу не имеет ничего общего с интегративным подходом к организации образования, соответствующего возможностям и особым потребностям ребенка. Формальная интеграция является новой скрытой формой дискриминации. Если ребенку предоставляется доступ к общей образовательной системе, не имеющей условий для обеспечения соответствующего его особым потребностям обучения, в действительности, нарушается его право на качественное образование. В этом случае положение ребенка не только не улучшается, но ухудшается.

Во-вторых, являясь ведущей тенденцией современного этапа развития отечественной системы специального образования, интеграция не должна подменять систему специальных образовательных учреждений, поскольку является лишь одним из подходов к образованию детей с нарушениями развития, которому

предстоит существовать не монопольно, а наряду с другими – традиционными и инновационными. Интеграция не должна противопоставляться системе специального образования, она является «детищем» специальной педагогики, так как введенный в общеобразовательную среду ребенок остается под ее патронатом: либо учится в специальном классе (группе) при массовом учреждении, воспитываясь в смешанной дошкольной группе, либо обязательно получает коррекционную помощь, учась в обычном классе (группе).

В третьих, разработанная Концепция основана на представлении о необходимости обеспечить многообразие форм организации интеграции (от полной до минимальной) на базе различных образовательных учреждений (специализированных, массовых, комбинированных). Только в этом случае возможно осуществить подлинную интеграцию, ориентируясь на уровень психического развития ребенка.

Многолетняя опытно-экспериментальная работа доказала, что наиболее адекватными условиями для проведения целенаправленной работы по интеграции детей с отклонениями в развитии располагают комбинированные образовательные учреждения – учреждения, в состав которых входят как обычные, так и специальные дошкольные группы и школьные классы. Речь идет о создании образовательного учреждения нового типа, которое должно стать не единственным, но основным типом учебного заведения, где в будущем сможет обучаться большинство детей с нарушениями в развитии. В нем должна существовать иная, значительно более гибкая, по сравнению с ныне существующей, организация процесса обучения и воспитания.

Каждое подобное заведение предположительно станет специализироваться на интегрированном обучении детей с определенным нарушением в развитии. В одном таком комплексе могут обучаться и воспитываться нормально слышащие и дети с нарушениями слуха; в другом – дети с хорошим и нарушенным зрением, в третьем – нормально развивающиеся и дети с задержкой психического развития, и т.д. Таким образом, даже в небольшом городе, населенном пункте, имеющем 2 – 3 дошкольных и школьных учреждения комбинированного типа можно будет организовать необходимое обучение всех детей с особыми образовательными потребностями.

Функционирование моделей интегрированного воспитания и обучения можно продемонстрировать на примере дошкольного учреждения комбинированного типа, где могут быть созданы обычные группы, специальные группы и смешанные группы.

В ***обычной группе*** дошкольного учреждении комбинированного типа, где абсолютное большинство нормально развивающихся детей, могут воспитываться и обучаться 1 - максимум 2 ребенка, имеющих диагностированные первичные нарушения в развитии (нарушения слуха или зрения, или опорно-двигательного аппарата), но достигшие к моменту поступления в группу уровня развития близкого к возрастной норме, или соответствующего ей. Педагогом может быть специалист в области обучения нормально развивающихся детей. Учитель же дефектолог (из специальной группы того же учреждения) оказывает специализированную помощь интегрированным детям, а также консультативную помощь воспитателям группы, которые не являются дефектологами.

Специальная группа создается только для детей с отклонением в развитии (наполняемость группы от 6 до 10 детей в зависимости от возраста, характера нарушения, степени его выраженности, наличия детей со сложной структурой дефекта). В данных группах становится возможным найти каждому ребенку полезную и возможную для него степень интеграции, выбирая частичную или временную интеграцию.

При **частичной интеграции** дети с отклонением в развитии специальной группы, еще не способные наравне со своими нормально развивающимися сверстниками овладевать необходимыми умениями и навыками, вливаются в обычные группы по 1-2 человека на часть дня (например, на вторую половину) или на отдельные занятия. Смыслом такой интеграции является расширение общения детей с нарушением в развитии с их нормально развивающимися сверстниками. Иными словами, частичная интеграция – это попытка целенаправленного расширения уже имеющихся, но еще относительно малых возможностей детей в области социальной интеграции.

При **временной интеграции** все воспитанники специальной группы вне зависимости от достигнутого уровня развития объединяются со своими нормально развивающимися сверстниками. Это происходит не реже двух раз в месяц для проведения совместных мероприятий воспитательного характера. Основным смыслом временной интеграции является создание условий для приобретения начального опыта общения с нормально развивающимися сверстниками.

Смешанные группы создаются для одновременного воспитания и обучения нормально развивающихся детей (две трети) и детей с определенным отклонением в развитии (не более одной трети). При этом общая наполняемость группы сокращается до 12-15 человек, а педагогом смешанной группы обязательно является дефектолог. В

указанных группах создаются специальные условия для ранней, полноценной социальной и образовательной интеграции значительного числа детей с нарушениями в развитии. Кроме того, в смешанных группах могут получить необходимую специальную педагогическую поддержку дети, не имеющие выраженных первичных отклонений в развитии, но испытывающие стойкие трудности в обучении в силу других причин.

В дошкольном учреждении комбинированного типа в обычных группах работают воспитатели массового детского сада, а в смешанной и специальной – учитель-дефектолог и воспитатели. При этом учитель-дефектолог специальной группы дополнительно оказывает помощь детям с отклонениями в развитии из обычной группы.

Таким образом, описываемая модель комбинированного учреждения позволяет обеспечить детей специальной помощью и дать возможность интеграции всем детям с выраженными отклонениями в развитии. При этом каждый ребенок получает ту «долю» интеграции, которая ему полезна и доступна на данном этапе его развития (системы же массового и специального обучения, безусловно, обладая своими преимуществами, не могут обеспечить такую индивидуально дозированную интеграцию каждому ребенку).

Модели интегрированного воспитания дошкольников не могут быть механически перенесены на организацию интегрированного обучения школьников. Это обусловлено возрастными особенностями, обязательным и цензовым характером образования школьного обучения, разными его сроками для нормально развивающихся детей и школьников с отклонениями в развитии (например, нормально слышащие дети получают основное обязательное образование за 9 лет, а слабослышащие учащиеся 2-го отделения – за 10-11 лет).

Вместе с тем, учет опыта экспериментальной работы с детскими садами, позволил с уверенностью предположить, что и для школьников с отклонениями в развитии наиболее мягкой, гибкой, полезной моделью интеграции будет являться школьное учреждение комбинированного вида с классами для нормально развивающихся детей и детей с определенным отклонением в развитии. В этих условиях удастся сохранить каждому ребенку-инвалиду гарантированную ему государством коррекционную помощь в полном объеме и обеспечить и социальную, и образовательную интеграцию с учетом уровня развития каждого конкретного ребенка.

Для городов и других населенных пунктов, в которых нет ни комбинированных, ни специальных (коррекционных)

образовательных учреждений, может быть эффективной форма полной интеграции. Так, дети с определенным отклонением в развитии (например, с нарушениями слуха, или зрения, или опорно-двигательного аппарата), имеющие достаточный уровень психофизического и речевого развития, могут направляться в одно массовое учреждение (детский сад или школу), но в соответствии с их возрастом в разные группы и классы. При этом в одном классе (группе) не должно быть более двух детей с отклонением в развитии. Данному детскому учреждению должна выделяться ставка учителя-дефектолога (при наличии в массовом детском саду или школе 6-10 проблемных детей). Он проводит с детьми, имеющими отклонение в развитии, систематические коррекционные занятия (индивидуальные или малыми группами), посещает занятия в массовых группах (классах), помогая организовать обучение и воспитание особого ребенка в коллективе здоровых детей.

Литература

1. Дмитриев А.А. Интегрированное обучение детей с особыми образовательными потребностями: за и против. Учебно-методическое пособие для студентов психолого-педагогических специальностей. Тюмень, 2006.

2. Малофеев Н.Н. Почему интеграция в образование закономерна и неизбежна [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2007. Вып. 11. URL: http://www.ikprao.ru/almanah/11/st01.htm.

3. Малофеев Н.Н. Становление и развитие государственной системы специального образования в России: Дисс. … докт. пед. наук. М., 1996.

4. Малофеев Н.Н., Шматко Н.Д. Интегрированное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2007. Вып. 11. URL: http://www.ikprao.ru/almanah/11/st03.htm.

5. Право инвалидов на образование. Доклада Специального докладчика по вопросу о праве на образование Вернора Муньоса [Электронный ресурс] // Генеральная Ассамблея ООН. A/HRC/4/29. URL: http://daccess-ods.un.org/TMP/6229982.97214508.html.

Междисциплинарное взаимодействие в процессе организации социального пространства развития детей младенческого и раннего возраста с нарушением слуха

Кулакова Е.В.

кафедра сурдопедагогики МПГУ, г. Москва

Отечественная сурдопедагогика базируется на позициях Л.С. Выготского, который считал, что социальная среда имеет первостепенное значение для развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Социальное пространство развития детей с нарушением слуха - это особенное, своеобразное окружение ребенка, определяющее его образ жизни, формы взаимодействия и пути психического развития.

Почему возникла необходимость использования термина «социальное пространство развития»? Терминами «коррекция», «реабилитация», «психолого-педагогическое сопровождение» определяется некий процесс, в первую очередь направленный на ребенка с нарушенным слухом, и не отражающий всей многогранности проблемы его развития, обучения, воспитания, включения в социум. Понятие «социальное пространство развития» более широкое и предполагает изначальное создание определенного комплекса условий для развития, коррекции, обучения и воспитания. Необходимо отметить, что социальное пространство развития такого ребенка будет адекватным при условии его целенаправленного искусственного выстраивания под руководством специалистов.

Специфика социального пространства развития плохослышащих и неслышащих детей заключается в том, что оно состоит из трех взаимопроникающих областей. В первую, ближайшую к ребенку, область входят родители, организующие полноценное жизнеобеспечение и гармоничное развитие ребенка. Во вторую – специалисты разного профиля (врачи, сурдопедагоги, психологи, социальные педагоги, специалисты департамента социальной защиты), осуществляющие комплексную реабилитацию неслышащего и слабослышащего ребенка. В третью - социум, в котором живет, развивается, общается, обучается, ребенок.

Постепенно в отечественной специальной педагогике акценты в решении проблемы образования детей с ОВЗ смещаются с организации коррекционно-реабилитационной работы с ребенком на создание адекватного социального пространства развития.

Необходимость междисциплинарного взаимодействия в процессе организации адекватного социального пространства развития плохослышащих детей младенческого и раннего возраста продиктована рядом противоречий, возникших в последнее время:

1. современные технологии позволяют выявить нарушение слуха у младенцев в роддомах и детских поликлиниках, но уточнение диагноза малыша возможно при условии комплексного медико-психолого-педагогического изучения и соотнесения полученных данных медицинского и педагогического обследования слуха, результатов наблюдения за развитием ребенка;
2. родители, узнавшие диагноз ребенка в медицинском учреждении, попадают в ситуацию психологического стресса, выбраться из которой самостоятельно могут не все. Оказать действенную помощь на этом этапе могут сурдопедагоги и психологи, но врачи не всегда располагают информацией об учреждениях, специалисты которых готовы принять такую семью;
3. для успешной абилитации неслышащего и слабослышащего ребенка необходима ранняя (до 12 месяцев) электроакустическая коррекция слуха, которую осуществляет сурдолог. Но адекватный подбор и настройка слуховых аппаратов, решение вопроса о кохлеарной имплантации детей младенческого и раннего возраста возможны только при участии сурдопедагога и психолога;
4. известно, что успешная абилитация неслышащего малыша в значительной степени зависит от включенности родителей в процесс воспитания и обучения (Э.И. Леонгард, Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская и др.), но на практике многие сурдопедагоги ограничиваются консультированием родителей, исключая их тем самым из активного процесса усвоения методики обучения детей раннего возраста с нарушениями слуха;
5. службы социальной защиты оказывают серьезную поддержку неслышащему ребенку, в том числе предоставляя необходимые слуховые аппараты, но большинство родителей не знакомы с законодательными актами, регламентирующими права ребенка с нарушением слуха;
6. раннее начало комплексных систематических занятий – эффективное средство компенсации имеющихся нарушений (Л.И.Аксенова, Е.В.Кожевникова, В.И.Лубовский, Н.Н.Малофеев, Р.Ж.Мухамедрахимов, Е.А.Стребелева, Н.Д.Шматко и др.). На сегодняшний день существуют образовательные учреждения, осуществляющие абилитацию неслышащих малышей и комплексное

сопровождение семьи. Но зачастую в поликлиниках, в департаментах социальной защиты населения нет данной информации.

7. доказано, что наиболее эффективной является трансдисциплинарная модель раннего вмешательства (И.А.Чистович, Н.П.Лемке, Е.В.Кожевниковой), но на практике специалистам не всегда удается построить и реализовать такую модель по ряду объективных и субъективных причин.

Таким образом, с одной стороны, на сегодня имеются все предпосылки для создания полноценного социального пространства плохослышащего малыша через организацию комплексного сопровождения ребенка и его семьи, причем структура сопровождения представлена деятельностью различных служб. Но, с другой стороны, эти службы относятся к различным ведомствам и зачастую не взаимодействуют. Кроме того, нет единой системы, позволяющей четко и последовательно организовать на практике помощь плохослышащему малышу и его семье, определить какие специалисты и на каком этапе должны работать с ребенком и его родителями.

В организации помощи ребенку с нарушенным слухом существуют две противоположные тенденции. Одна тенденция направлена на интеграцию, объединение усилий специалистов, другая – на дифференциацию их деятельности. Благодаря внутреннему единству этих противоположных тенденций осуществляется полноценная всесторонняя помощь плохослышащим детям. В современной практике чаще всего реализуется одна из обозначенных тенденций: либо дифференциация, либо интеграция. Тем не менее, процессы интеграции и дифференциации взаимно дополняют друг друга, существуют в неразрывном единстве, представляя собой диалектическую взаимосвязь, способствуют наиболее успешному компенсированию детей с нарушениями слуха.

На первом этапе абилитации особую значимость приобретают медицинские методы диагностики и коррекции нарушенной слуховой функции. Тем не менее, уже на этом этапе для наиболее эффективной коррекции, учитывающей возрастные и индивидуальные особенности ребенка, необходимо активное включение в этот процесс сурдопедагога и психолога. Кроме того, современная медицинская диагностика позволяет выявить дополнительные нарушения, что, безусловно, также влияет на выстраивание структуры комплексной абилитации.

В Москве с 2005г. специалистами Центра коррекции слуха и речи «Мелфон» и ГОУ Центр психолого-педагогической коррекции и

реабилитации детей с нарушением слуха и речи «Благо» проводилась целенаправленная работа по созданию и практической апробации комплексной системы выявления нарушений слуха у детей младенческого возраста. В течение 5лет было обследовано 555детей раннего возраста: 24 ребенка в возрасте до 1года, 185 детей в возрасте от 1 до 2лет, 350 детей 2-3летнего возраста.

Предложенная система включает две взаимодополняющие и взаимосвязанные части: медицинская и психолого-педагогическая диагностика. В процессе диагностики выявленные проблемы определяли основные направления комплексной работы с детьми младенческого и раннего возраста и их семьями.

Комплексное сопровождение – это целостная, системно организованная деятельность, в процессе которой создаются социально-психологические и педагогические условия для успешного развития и обучения ребенка. При определении структуры комплексного сопровождения детей с нарушениями слуха младенческого и раннего возраста, специалисты исходили из единства индивидуальных особенностей и возможностей плохослышащего ребенка и его родителей и адаптационно-развивающего характера интеграции и дифференциации.

Комплексная система абилитации включает: многоуровневое взаимодействие специалистов в процессе диагностики и коррекции нарушенной слуховой функции, деневротизацию всех членов семьи через психотерапевтическую работу, организацию коррекционно-реабилитационного пространства в условиях семьи, формирование абилитационной компетентности родителей, психолого-педагогическое и методическое обеспечение процесса абилитации, формирование правовой грамотности родителей.

Комплексный подход позволяет уточнить диагноз ребенка и оценить адекватность настройки слухового аппарата на специальных занятиях и в процессе наблюдений за его развитием; организовать правильное общение и взаимодействие родителей с ребенком, сохранив полноценную полифункциональную семью; включить ребенка и его родителей в систему абилитационных занятий; познакомить семью с правами детей-инвалидов и их родителей.

Такой подход позволяет простроить адекватное социальное пространство развития и обеспечить наиболее эффективную абилитацию каждого малыша с нарушением слуха, содействуя приближению его к нормальному уровню развития и дальнейшей социализации.

Таким образом, ориентация на создание в первую очередь условий среды для абилитации неслышащих и плохослышащих детей, значительное расширение функций специалистов и родителей, привлечение общества к взаимодействию с ними, использование интегративно-дифференцированных технологий диагностики и коррекции во многом оптимизируют коррекционно-реабилитационный процесс и доказывают правомерность использования междисциплинарного взаимодействия в процессе организации социального пространства развития детей младенческого и раннего возраста с нарушением слуха.

Проблемы междисциплинарного взаимодействия специалистов при организации интегрированного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья

Куликова Н.В, Васильева Т.Н., Донская М.В., Шашина И.А.
ГБУСО АО «Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия», г. Астрахань

В настоящее время в системе образования Астраханской области организуется и развивается система интегрированного обучения – обучения и воспитания детей с проблемами в развитии в учреждениях общей системы образования в едином потоке с нормально развивающимися детьми. Ввиду этого возникает необходимость создания оптимальных условий для эффективной реабилитации такого ребенка, обеспечения ребенку с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) адекватной, эффективной, максимально приближенной к его месту жительства специальной (коррекционной) помощи.

Успешность реабилитации ребенка с ОВЗ может быть обеспечена в условиях междисциплинарного подхода в виде создания комплексной технологии психолого-педагогической поддержки и помощи ребенку и родителям в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации со стороны специалистов разного профиля и ведомственной подчиненности, действующих согласованно и координировано.

В связи с этим огромную роль играет объективная и достоверная оценка состояния здоровья ребенка, участие

специалистов разного профиля в сопровождении процесса обучения такого ребенка в школе, осуществление комплексной психолого-медико-педагогической реабилитации.

В Астраханской области комплексная психолого–медико-педагогическая диагностика и консультирование детей и подростков, имеющих проблемы в обучении и отклонения в психофизическом развитии, с целью определения специальных условий их воспитания, обучения и лечения осуществляется специалистами Центральной психолого-медико-педагогической комиссии (ЦПМПК). Ежегодно на комиссию обращается от 1800 до 2000 детей. Из них 60 - 65% детей обращаются на ЦПМПК впервые. У 16 - 18% детей, обследуемых на ЦПМПК, имеется инвалидность. Анализ данных комплексного обследования детей за период с 2008 по 2011 год показывает, что относительно стабильным остается выявляемое количество детей с сенсорными нарушениями, речевой патологией [2]. Однако отмечается рост количества детей с нарушениями интеллекта различной степени и этиологии, с расстройствами аутистического спектра, сложными дефектами в развитии. В Астраханской области для детей с ОВЗ создана обширная система специальных (коррекционных) образовательных учреждений различного вида и реабилитационных центров. Однако достаточно большая географическая удаленность реабилитационных центров и специализированных школ, сосредоточенных преимущественно в крупных населенных пунктах, зачастую препятствует своевременной и эффективной реабилитации, адекватному воспитанию и обучению ребенка с ОВЗ по месту жительства. Увеличивается количество семей, которые не имеют финансовых возможностей или желания для организации реабилитации или специального обучения ребенка вдали от места своего проживания. Очень часто такие дети попадают в ситуацию так называемой «стихийной интеграции». Однако успешной интеграция ребенка с ОВЗ может быть в следующих условиях [1]:

- желание родителей обучать своего ребенка вместе с нормально развивающимися сверстниками, стремление и готовность семьи систематически помогать ребенку в процессе обучения;
- возможность подобрать ребенку тот вариант организации интегрированного обучения, который является доступным и полезным для его развития;
- возможность систематически оказывать интегрированному ребенку необходимую ему квалифицированную, специальную, комплексную медико-психолого-педагогическую помощь, создавать условия для эффективной реабилитации ребенка;

- психологическая готовность ребенка с особыми образовательными потребностями к совместному обучению с нормально развивающимися сверстниками;
- возможность создания в образовательном учреждении соответствующих условий для обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья (достаточное материально-техническое и программно-методическое обеспечение, кадровые ресурсы, психологическая готовность педагогов, учащихся, родителей к интегрированному обучению ребенка с ОВЗ и т.д.).

Успешность интегрированного обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательном учреждении зависит и от включенности в работу с ним специалистов разного профиля, в том числе педагога-психолога, учителя-логопеда, дефектолога, социального педагога, классного руководителя, учителей-предметников, а также медицинских специалистов (если ребенок нуждается в дополнительном медикаментозном лечении по состоянию своего здоровья).

Медицинская реабилитация в условиях интегрированного обучения ребенка-инвалида, как комплекс разностороннего воздействия на состояние здоровья детей с ОВЗ включает в себя меры профилактического и восстановительного характера. К восстановительной реабилитации в условиях школ относятся: проведение массажа, занятия ЛФК, уроки плавания, вовлечение детей в трудовые процессы, наличие условий для медикаментозной коррекции нарушений в состоянии здоровья. К профилактическим мерам относятся: применение здоровьесберегающих технологий, условия для регулярного питания детей, привлечение к участию в конкурсах, внеклассных мероприятиях, организация спортивных секций, соблюдение режимных моментов в группах с продленным днем пребывания.

Одной из важнейших технологий, обеспечивающей успешность интегрированного обучения ребенка с особыми образовательными потребностями, является организация его психолого-медико-педагогического сопровождения в образовательном процессе. Функции сопровождения на уровне школы выполняет психолого-медико-педагогический консилиум образовательного учреждения. Консилиум участвует в разработке индивидуальных образовательных программ и образовательных маршрутов, отслеживает динамику развития ребенка, оценивает успешность ребенка с особыми образовательными потребностями в освоении программ и в случае необходимости вносит необходимые коррективы.

Успешность реализации интегрированного обучения затрудняют проблемы организации и осуществления междисциплинарного подхода, и это проявляется в следующем:

• недостаточная координированность действий специалистов, участвующих в реализации интегрированного обучения;

•недостаточная укомплектованность массовых школ необходимыми специалистами (психологом, логопедом, дефектологом, мед.персоналом);

• недостаточная компетентность педагогов (в том числе и таких специалистов, как психологи и логопеды) и родителей в вопросах обучения и воспитания детей с ОВЗ в условиях массовой школы.

С целью повышения координации действий всех специалистов, участвующих в организации интегрированного обучения и реализации междисциплинарного подхода в сфере психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ОВЗ, на территории Астраханской области с 2007 г. на базе Центра сопровождения интегрированного обучения (как структурного подразделения ЦПМПК) организуется комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение интегрированного обучения детей с ОВЗ в общеобразовательных школах.

Междисциплинарный подход в организации комплексного сопровождения реализуется в следующих направлениях.

1. Создание на базе Центра сопровождения интегрированного ребенка команды сопровождения из специалистов разного профиля (психолог, логопед, дефектолог, сурдопедагог, врач-психиатр, невролог, педиатр, специальный психолог).

2. Системный мониторинг ОУ с целью выявления интегрировано обучающихся детей с ОВЗ.

3. Определение конкретных участников процесса психолого-педагогического сопровождения на уровне учреждения, форм взаимодействия участников.

4. Разъяснительная, информационно-методическая работа с участниками сопровождения, социальным окружением ребенка с ОВЗ.

5. Анализ результативности интегрированного обучения.

За период с 2007 по 2010гг. в общеобразовательных учреждениях Астраханской области количество интегрированно обучающихся детей с ограниченными возможностями здоровья увеличилось на 35 %. Из них 75 % составляют дети с нарушением интеллекта, 22 % – дети с задержкой психического развития, 3 % – дети с другими нарушениями. При организации интегрированного обучения детей с ОВЗ (в том числе, детей-инвалидов)

образовательный процесс осуществляется по индивидуализированным программам, разрабатываемым на основании программ, рекомендованных психолого-медико-педагогической комиссией. Индивидуальная образовательная программа должна учитывать не только типологические (то есть, связанные с видом нарушения) и возрастные особенности, но и индивидуальные потребности и возможности ребенка. Повышению эффективности реализации междисциплинарного подхода способствует оптимизация оформляемой документации, в том числе, индивидуальной программы медико–психолого-педагогического сопровождения интегрированного обучения ребенка с ОВЗ.

СХЕМА

Индивидуальная программа психолого-медико-педагогического сопровождения интегрированного обучения ребенка с ОВЗ

Программа ПМП сопровождения	Содержание	Примечания
Ф.И.О.		
Дата рождения		
Заключение ПМПК		№ протокола, дата осмотра
Условия получения интегрированного образования (школа, класс, программа обучения)		
Сроки интеграции		
Повторный осмотр на ПМПК		Дата осмотра
20….-20….. учебный год		
Форма получения интегрированного образования:	☐ Педагогическая интеграция ☐ Социальная интеграция	
Наблюдение и лечение у врача		Периодичность осмотра, дополнительные реабилитационные мероприятия
Реабилитационные мероприятия:		
Направления коррекционно-	☐ учитель-	Ответственный

развивающей работы (определяется специалистами ОУ по результатам ПМПК)	дефектолог (сурдопедагог, тифлопедагог) ☐ учитель-логопед ☐ педагог-психолог	
Коррекционная работа, направленная на преодоление трудностей в овладении отдельными предметами (заполняется по итогам ПМПК):		Ответственный
Направления работы с родителями		Ответственный
Сроки реализации маршрута		
Итоги работы		

Предлагаемая схема составления индивидуальной программы психолого-медико-педагогического сопровождения интегрированного обучения ребенка с ОВЗ в условиях общеобразовательной школы отражает основные сведения о ребенке, состоянии его здоровья, сроках, условиях и формах интеграции ребенка, основных направлениях психолого-педагогической и медицинской помощи, основных направлениях работы с семьёй ребенка. В нее входят также сведения об итогах реализации интегрированного обучения и эффективности проводимых реабилитационных и коррекционных мероприятий.

Дальнейшая реализация междисциплинарного подхода в процессе психолого-медико-педагогического сопровождения интегрированного обучения ребенка с ОВЗ позволит достичь следующих результатов:

• создание базы данных о детях, нуждающихся в социальной помощи и медико-психолого-педагогической поддержке, комплексной реабилитации и оказание своевременной и качественной медико-психолого-педагогической помощи ребенку с ОВЗ;

• достижение качественно нового уровня в дифференциации и индивидуализации образовательного процесса в условиях интегрированного обучения ребенка с ОВЗ;

• отработка подходов в реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях;

• создание механизмов формирования гражданской ответственности, правового самосознания, толерантности и способности к социализации в обществе.

Только комплексное взаимодействие специалистов всех уровней и ведомств позволит максимально обеспечить успешную интеграцию ребенка с ОВЗ в социум.

Литература

1. Екжанова Е.А., Резникова Е.В. Основы интегрированного обучения.- М.: Дрофа, 2008.

2. Куликова Н.В., Васильева Т.Н. Состояние психического здоровья детской популяции как один из факторов национальной безопасности страны /Сборник трудов II Всероссийской научно-практической дистанционной интернет - конференции «Окружающая среда и здоровье населения» / Под ред. А.М.Черных – Курск: КГМУ, 2010 – 1 CD

Восстановительная арт-терапия как средство психоэмоциональной реабилитации больных раком молочной железы

Лебедева Л.Д.

Институт позитивных технологий и консалтинга, г. Москва

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Экопсихологическая модель эмоциональной адаптации больных раком молочной железы в процессе восстановительной арт-терапии», проект № 11-06-00480а

Инновационные процессы в современном образовании наряду с позитивными тенденциями усиливают стрессогенные факторы среды, что приводит к повышенной эмоциональности и напряженности психического состояния личности. По данным статистики, именно среди работников образования отмечается рост психосоматических заболеваний и онкозаболеваний. Сказанное актуализирует

применение теоретико-методологических подходов из области экопсихологии [2], психологии здоровья к разработке модели комплексного лечения, включая психоэмоциональную реабилитацию онкобольных. Междисциплинарное научное исследование этой социально значимой проблемы позволило обосновать эффективность применения восстановительной арт-терапии в целях оптимизации качества жизни и профессиональной деятельности женщин с установленным диагнозом РМЖ – рак молочной железы. В исследуемую группу включены 30 человек, по профессиональному составу это работники образования: педагоги, психологи, преподаватели высшей школы, колледжей и профтехучилищ, руководящие кадры образовательных учреждений. Исследование выполняется на базе Ульяновского областного клинического онкологического диспансера. Предполагается выявить, каковы эколого-психологические механизмы влияния восстановительной арт-терапии на объективные показатели – состояние гомеостаза организма, эмоциональную устойчивость и качество жизни больных РМЖ, постоянно испытывающих, в силу специфики профессиональной деятельности, эмоциональное воздействие условий «экстримальной среды». Сложные механизмы патогенеза рака молочной железы акцентируют психоэмоциональную составляющую этого заболевания. Следовательно, возникает необходимость уточнить и дополнить представления об эмоциональной устойчивости личности в ситуации пролонгированного стресса на фоне рака молочной железы, обосновать и апробировать экологичные способы оптимизации адаптивных механизмов личности, составляющие дополнительный ресурс в аспекте комплексного лечения онкозаболевания. Научное обоснование эффективности результатов исследования опирается на объективные показатели уровня окислительного (оксидантного) стресса и цитокинов как прогностических индикаторов динамики положительных изменений в нейроэндокринной системе респондентов в процессе арт-терапии.

Теоретико-методологический аспект новизны данного исследования заключается в научной аргументации механизмов влияния арт-терапии на интегральную характеристику личности участниц исследования. Прикладной аспект новизны состоит в создании авторских программ психоэмоциональной помощи на основе групповой и индивидуальной арт-терапии, которые смогут использовать подготовленные к арт-терапевтической работе специалисты (психологи, психотерапевты, медицинские и социальные работники, специалисты в области психологической реабилитации и

восстановительной медицины) в процессе комплексного восстановительного лечения, включая коррекцию эмоциональных состояний пациентов. Поскольку методология арт-терапии ориентирована на целостное понимание природы и функционирования человека, предполагаемое исследование вписывается в концептуальную схему эколого-психологического подхода к здоровью. В качестве конкретного клинико-психологического инструментария наряду со стандартизированными методами и методиками применяются проективные методы, тематические ассоциативные рисунки «Автопортрет», «История в картинках», «Образ Я (в настоящем и будущем)», свободные рисунки, а также авторская методика «Рисунок семьи в образах цветов»; проводится качественный анализ и контент-анализ продуктов творческой деятельности с целью выявления эмоциональных реакций женщин и их отношения к болезни.

В авторскую экопсихологическую модель включена форма долговременной групповой тематической арт-терапии общей продолжительностью для каждого пациента в один год с периодичностью 8 сессий в месяц. Каждая сессия длится от 60 до 90 минут. Периоды арт-терапии согласуются с периодами медицинского лечения РМЖ.

Доклинический (предоперационный) период. После постановки диагноза и назначения оперативного лечения проводится первая арт-терапевтическая сессия с целью психоэмоциональной подготовки к предстоящей операции.

Клинический период (лечение в стационаре). Арт-терапия проходит в стационаре под руководством арт-терапевта (4 сессии).

Постклинический период (реабилитационные мероприятия). Систематические сессии под руководством арт-терапевта чередуются с занятиями по типу «группы встреч» с участием волонтеров из числа бывших пациентов онкодиспансера, находящихся в состоянии стабильной ремиссии болезни и с высоким уровнем качества жизни.

Атмосфера эмоциональной теплоты, эмпатии, заботы, складывающаяся на занятиях, помогает каждому участнику арт-терапии пережить психотравмирующую ситуацию онкодиагноза, приобрести положительный опыт самоуважения и самопринятия. Доверие, которое формируется на занятиях, позволяет участникам группы адекватно воспринимать индивидуальные различия в протекании болезни и помогать друг другу.

Предсказуемость позитивных результатов и эффектов в процессе арт-терапии гарантирована независимыми

характеристиками: физиологическими и психологическими механизмами изобразительной деятельности, феноменом «исцеляющих» свойств самого художественного творчества, а также содержанием и процедурой арт-терапевтических техник, которые вызывают устойчивый интерес участников.

В структуре арт-терапевтической сессии нами выделены и обоснованы следующие **этапы.**

1. Этап настроя. Использование арт-техник, направленных на снижение контроля, проявление спонтанности, открытости, креативности (15 мин.).

2. Этап экстренной психотерапевтической работы с симптомами: болью и тошнотой на фоне медикаментозного лечения. Освоение арт-техник самопомощи (данный этап в структуре сессии обозначен факультативно, так как определяется функциональным состоянием больных, 10-15 мин).

3. Этап индивидуального творчества (художественной деятельности, 30 мин.).

4. Этап рефлексии и обратной связи (30 мин.).

5. Этап трансформации художественных образов с акцентом на поиск личностного ресурса – 15 мин. (Временные границы этапов условны и подвижны).

Содержание арт-терапевтических сессий представлено следующими темами для художественного творчества:

1. Группы проективных тем, направленных на диагностику и самоосознание эмоциональных состояний.

2. Группа тем для экстренной психотерапевтической работы с симптомами болезни и медикаментозного лечения (боль, тошнота, страх процедур).

3. Группа тем, направленных на психическую проработку и отреагирование психотравмирующих эмоциональных состояний (волнение, тревога, страх, отчаяние, обида, гнев, тоска, горе, агрессия, чувства бессилия и опасности).

4. Группа тем, направленных на коррекцию «Образа Я», оптимизацию эмоционального состояния, жизненных планов и перспектив.

5. Группа тем, направленных на развитие психологических ресурсов личности: «Прощание с болезнью», «Образ здоровья», «Образа будущего» и другие.

Например, одно из занятий в контексте этой группы - «Двери и ключи» - метафорически акцентирует позитивный поиск, открывает тему выхода из сложной ситуации; предполагает выявление,

осознание и реализацию в практической деятельности ресурсных возможностей человека. Задание для творчества оформлено в виде инструкции-метафоры. Участницам арт-терапевтической сессии предлагается представить личностно значимый позитивный образ будущего. Далее, используя разнообразные художественные материалы и технику журнального коллажа, создать символическую дверь; подобрать подходящий ключ-ресурс и открыть вход в новый прогрессивный этап личной и профессиональной жизни.

В качестве примера обратной связи приведем фрагмент рассказа с согласия автора: Гузель, 41 год, психолог, диагноз – РМЖ, 2-ая стадия, выполнена операция - мастоэктомия.

«Я долго думала, как может выглядеть дверь в Новое Здоровое Будущее. Она должна быть легкой и красивой или прочной и надежной? Где она будет располагаться: в городском или деревенском доме, а может, это выход к своей подлинной природе, к истокам? Или путешествие в свободное самоопределение, воздушные замки беспечности, в которых никогда не бывала из-за бесконечной ответственности на работе. Сомневалась. Но постепенно, сквозь слезы и обиду на красоток с полноценной грудью, увлеклась творческим процессом. …Потом долго искала в журналах, какую картинку я хотела бы увидеть, когда смогу открыть эту дверь? Что станет ключом, чтобы дверь поддалась?...И хотя лично сама выбрала картинку (фотографию двух стариков, согревающих друг другу руки), я испытала потрясение, когда открыла свою дверь. Неожиданно пришло понимание, что ключ уже в моих руках. Эмоции веры переполняют меня. Я сделала первый шаг к собственному Будущему. Спасибо!»

Рассказ женщины символически перекликается с метафорами «входа, выхода, возвращения». Дж. Болен отождествляет «Царство Гадеса» с личным и коллективным бессознательным, где «пребывают подавленные нами воспоминания, мысли и чувства – все, что кажется слишком болезненным, постыдным или неприемлемым, чтобы показать это при свете дня, – неосуществленные желания, неоформившиеся возможности,... все, что когда-либо было» [1].

Возвращение к жизни после тяжелых потрясений, пишет Дж. Холлис не только откроет человеку глубокий смысл страданий, но также и путь к личностному развитию и самоутверждению [3].

Судя по результатам анкетирования, все участницы исследования с удовольствием выполняли творческие тематические задания. Среди мотивов положительного отношения к арт-терапии пациентки назвали следующие: отвлекает от мыслей о болезни; укрепляет надежду, что результаты психологической работы помогут

врачу выбрать наилучшие методы лечения; создаёт позитивный эмоциональный настрой и субъективное ощущение улучшения состояния здоровья; раскрывает творческий потенциал.

Постепенно приобретается положительный опыт самопринятия, укрепляется чувство собственного достоинства, усиливается ощущение личностной ценности, защищенности, возрастает уверенность в возможном благоприятном исходе болезни, корректируется «образ Я», деформация которого была вызвана психотравмирующим характером заболевания. Арт-терапевтические занятия, по мнению участниц, помогли им приспособиться к измененной жизненной ситуации, выработать у себя адекватное отношение к собственной личности и своему здоровью.

Таким образом, арт-терапия способствует мобилизации психологических резервов, раскрытию внутренних сил больного человека, что, несомненно, положительно влияет на функциональное состояние организма и процесс выздоровления.

Помимо сказанного, данный инновационный подход в комплексном лечении рака молочной железы наряду с психотерапевтическими эффектами сопровождается устойчивым профессиональным интересом участниц исследования к технологии арт-терапии, что является косвенным предиктором позитивной динамики в процессе психоэмоциональной реабилитации работников образования.

Литература

1. Болен Дж. Боги в каждом мужчине. URL: http://www.psylib.ukrweb.net/books/bolen02/index.htm (дата обращения: 11.08.2011).

2. Панов В.И. Экологическая психология: Опыт построения методологии. М.: Наука, 2004. 196 с.

3. Холлис Дж. Душевные омуты. М.: Когито-Центр, 2006. 192 с.

Команда в нейрореабилитации

Максакова О.А., Гусарова С.Б., Игнатьева Н.С.
Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, г. Москва

Мультидисциплинарность реабилитации является основанием формирующейся системы стандартов восстановительного лечения пациентов после церебральной катастрофы. На фоне общего принятия

этой позиции настораживает отсутствие не только научного поиска, но и просто вопросов о том, как достичь практического объединения этих дисциплин вокруг единого объекта воздействия. Чаще всего термин *реабилитационная команда* используется декларативно: предъявляется перечень специалистов и регламент работы группы (оценка состояния пациента в начале и завершении реабилитационной программы, частота встреч группы и т.д.). В некоторых работах сообщается о совместном выборе целей воздействия и обсуждении способов достижения этих целей. На практике некоторые группы успешно осваивают опыт западных нейрореабилитологов в создании индивидуального дизайна восстановительного лечения, однако этот опыт остается за гранью исследования и осмысления. Это обстоятельство приводит к печальному результату: командный подход, едва ли не родовая черта реабилитации, не успев наполниться содержанием, превращается в штамп. В реабилитационном сообществе не формируется запрос на исследования в этой области, обучение навыкам командной работы и, следовательно, пресловутая междисциплинарная интеграция оказывается недостижимой.

Пятнадцать лет назад мы опубликовали первую работу, посвященную принципам работы команды в нейрореабилитации. С тех пор группа специалистов института нейрохирургии приобрела большой опыт team-building, особенно в области ургентной реабилитации пациентов с нарушениями сознания. Некоторые выводы этой работы могут быть обсуждены в рамках круглого стола.

Командный подход создавался в рамках организационной психологии с 70-х годов прошлого века в поисках наиболее эффективной системы коллективной деятельности. В 80-е годы появились отдельные англоязычные статьи, посвященные менеджменту медицинских команд. В течение последнего десятилетия в специальной литературе неоднократно приводились доказательства, что реабилитация наиболее эффективно проводится координированной командой профессионалов соответствующих дисциплин. По определению команда – это группа людей, объединенная общими целями, ценностями и установками.

Команды могут быть организованы разными способами:

● Мультидисциплинарная команда – группа профессионалов, работающих в соответствии с нуждами пациентов; интервенции проводятся последовательно, но не в сотрудничестве. Именно этот тип организации деятельности в нашей литературе определяется как «бригада», что подчеркивает авторитарный тип управления с наиболее низкой автономностью участников.

● Междисциплинарная команда представляют более интегрированный подход. Совместная работа команды направлена на достижение единого набора согласованных целей. Команда часто проводит совместные сессии. Большинство реабилитационных команд в западных стационарах работают в этом ключе, используя широкий спектр согласованных интервенций за длительный период.

● Работа трансдисциплинарной команды расширяет роль индивидуальных дисциплин. Члены команды усваивают подход, направленный на принятие решений, их интервенции часто пересекают традиционные границы между дисциплинами.

В нашей практике трансдисциплинарная модель необходима на самом раннем этапе, когда из-за грубых нарушений сознания пациент не является активным участником и восстановление сознания представляется по определению слабо формулируемой, но ведущей целью реабилитационного процесса. Именно в этих случаях мы нередко переходим от индивидуальных занятий к одновременной работе двух специалистов. Если автономная деятельность специалистов заходит в тупик (не достигается поставленная цель), на разборе команда может принять решение о сеансе совместной работы. Как правило, один-два сеанса групповой работы с пациентом значительно интенсифицируют процесс. Мы полагаем, что наиболее успешный тип работы команды – это гибкий переход между трансдисциплинарной и междисциплинарной моделями в реабилитационном процессе. Точки перехода зависят от реальных потребностей пациента.

Какой бы метод командной работы ни использовался, хорошая реабилитация требует тщательно координированного входа от участников команды, свободного обмена информацией, что может осуществляться только при ясном лидерстве с необходимыми лидерскими навыками. Команда извлекает пользу прежде всего из знания того члена команды, который занимает наиболее критическую позицию в реабилитационном процессе. Эта роль критического звена по мере продвижения пациента может переходить от одного участника к другому.

В организационной психологии работа команды описывается с использованием теории систем, которая устанавливает, что входы, процессы и результаты команды выстраиваются во времени. Входы команды – это характеристики выполняемой задачи, элементы контекста, в котором происходит работа, и отношения, привносимые участниками в ситуацию команды. Процессы команды – это взаимодействия и координация участников для достижения

специфических целей. Важную роль в создании эффективной команды играет динамическая оценка ее деятельности. Наиболее корректные интегративные модели командной эффективности включают индивидуальные характеристики (например, способности, мотивация) и командные характеристики (энергетическое распределение, внутренняя связанность), релевантные успешному командному исполнению. Подобные модели учитывают важность организационных характеристик, таких как система вознаграждения и климат организации; тип задачи; командные нормы. Наша концепция командной работы в значительной степени расширяет представления организационной психологии, так как объект нашей деятельности является частью системы. Мы рассматриваем пациента и команду как сложную нелинейную систему и воздействуем на системные факторы. Сложная система – это комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических отношениях друг с другом. Известно, что целое больше, чем сумма его частей; система первична по отношению к элементу; все части и процессы целого взаимообусловлены и взаимно влияют друг на друга. Поведение самоорганизующейся системы пациент-команда целесообразно, источник изменений находится в ней самой. Процесс системы определяется энтропией, энергией и сложностью. Команда-система, перераспределяя энергию, делясь силой и слабостью, открыто предъявляя эмоции и называя их, расчищает дорогу желанию пациента выразить себя, формирует общее живое движение, которое захватывает и пациента.

Использование этого понятийного аппарата в качестве языка обсуждений обеспечивает свободный обмен информацией между участниками команды, повышает осознание происходящих изменений, может стать основой формального языка нейрореабилитологии.

Междисциплинарное взаимодействие в реабилитационном процессе

Молчанова Т.В., Кропотова И.В.
ГБУСО МО Королёвский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Забота»
Отделение реабилитации детей с ограниченными умственными и физическими возможностями

Отделение реабилитации детей с ограниченными умственными и физическими возможностями является структурным подразделением Государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Московской области Королёвского социально реабилитационного центра для несовершеннолетних «Забота».

Основной целью деятельности отделения является оказание детям и подросткам, имеющим отклонения в развитии, квалифицированной социальной и психолого-педагогической помощи, обеспечение им максимально возможной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе, семье, проведение социально-реабилитационной работы с их семьями, забота о физическом и психическом здоровье детей.

В отделении проходят реабилитацию дети и подростки с отклонениями в умственном и физическом развитии в возрасте от 3 до 18 лет.

Основные виды патологии: ДЦП различных степеней тяжести, олигофрения в степени дебильности и имбецильности, ранний детский аутизм, синдром Дауна, ЗПР, ЗПРР, органическое поражение ЦНС, атрофия головного мозга.

Комплексная реабилитация – это совокупность согласованно проводимых медицинских, психолого-педагогических, логопедических, и социально-культурных мероприятий, направленных на восстановление личности ребенка и его полноценной жизни в условиях общества, с учетом его ограниченных возможностей. В связи с этим реабилитация таких детей должна быть направлена на приобретение изначально отсутствующих навыков и свойств, по возможности, на уменьшение влияния патологических тенденций развития.

В связи с отсутствием утвержденных Министерством программ реабилитации, специалистами отделения составляются комплексные программы мероприятий, предназначенных для разных нозологических групп детей. Психолог, логопед, дефектолог, педагог дополнительного образования работают в единой связке, активно воздействуя на ребенка специфическими для каждой дисциплины средствами, специалисты строят свою работу на основе общих педагогических принципов, осуществляя свое направление не обособленно, а системно, проходя ряд взаимосвязанных этапов.

Основными принципами построения реабилитационного процесса являются *принципы индивидуально-дифференцированного подхода и междисциплинарного взаимодействия в реабилитационном процессе*. При этом учитывается сложная структура особенностей развития ребёнка, выраженность изменений личности, связанных с заболеванием. С целью повышения эффективности работы и исключения возникновения, противоречащих друг другу влияний на ребенка, ведется координированная работа всей реабилитационной группой специалистов.

Для достижения поставленной цели (социальной реабилитации) специалисты решают следующие задачи:

- создание *системы* социально-психологических мероприятий для достижения цели;
- проведение социальной, психолого-педагогической диагностики детей;
- создание условий для реализации реабилитационного потенциала каждого ребёнка;
- способствование максимальному развитию и воспитанию ребёнка;
- привитие и совершенствование бытовых и трудовых навыков;
- методическая, консультативная и практическая помощь родителям;
- организация работы с родителями в целях реализации преемственности реабилитационных мероприятий и адаптации детей и подростков в семье;

- участие в организации взаимодействия со службами культуры и здравоохранения;

Работа в отделении строится следующим образом.

Медицинский блок

- сбор анамнестических данных с целью уточнения и разработки программ ИПРМ (индивидуальной программы реабилитационных мероприятий);

- наблюдение и консультативный приём врачом психоневрологом;

- направление (при необходимости) воспитанников в лечебные учреждения для получения специализированной медицинской помощи или дополнительного обследования.

Психолого-педагогический блок

- Детализация и конкретизация индивидуальной программы реабилитационных мероприятий детей-инвалидов;

- проведение первичного диагностического обследования с целью комплексного анализа особенностей познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, личностного развития, исследования сферы знаний, умения и навыков, представлений об окружающем мире, имеющихся у ребёнка;

- выявление первичных нарушений, вызванных болезнью, и вторичных отклонений, обусловленных аномальным развитием в условиях болезни;

- организация поэтапного выполнения индивидуальных программ социальной реабилитации детей и подростков в части психолого-педагогических мероприятий;

- определение психологического статуса ребенка с отклонениями в развитии;

- организации работы по ликвидации признаков девиации личности, отклонений в психическом развитии детей и подростков с ограниченными умственными и физическими возможностями;

- проведение психолого-педагогической терапии, социокультурной, творческой, музыкальной, трудотерапии.

- организация и проведение досуга детей совместно с родителями; открытие соответствующих клубов и кружков, летнего оздоровительного лагеря для детей с ограниченными возможностями;

- обучение детей с ограниченными умственными и физическими возможностями навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах, самоконтролю, а также навыкам общения и другим приемам бытовой адаптации.

Учитывая тот факт, что условия внешней среды оказывают сильнейшее влияние на развитие всех функций организма ребенка, а такой средой для детей с ограниченными возможностями является семья, возникает необходимость семейной реабилитации. Она включает в себя мероприятия, направленные на семью в целом, как на ребенка, так и на его родителей и других людей, связанных с жизнью данного ребенка. С целью оказания помощи родителям в развитии их воспитательных возможностей и положительного влияния на формирование личности ребёнка, обеспечения их практическими советами и методическими рекомендациями по широкому спектру координационных проблем, проводятся заседания «Семейной гостиной» – групповые собрания родителей с просмотром фрагментов занятий со специалистами, тематические и индивидуальные консультации, мастер-классы специалистов, психотренинги.

Концепция деятельности отделения предусматривает комплексную и дифференцированную помощь ребенку на всем протяжении его пребывания в отделении. Помощь регламентирована комплексными индивидуальными и групповыми программами социальной реабилитации несовершеннолетних, построенными на основе междисциплинарного взаимодействия психолого-педагогического блока, главным аспектом которой является *мониторинг* – регулярное отслеживание актуальных возможностей и изменений ребенка в процессе реабилитации. В зависимости от результатов коррекционно-развивающей работы, успешности

реабилитации программа индивидуальных мероприятий корректируется и дополняется.

Ключевая роль отводится преемственности реабилитационных мероприятий в семье и интегрированного подхода к обучению родителей эффективному взаимодействию с «особенным ребенком».

Помощь детям с ограниченными возможностями здоровья должна быть комплексной

Парамонова Л. Г.
Ленинградский Государственный университет им. А.С.Пушкина
г.Санкт-Петербург

Практически все дети с ограниченными возможностями здоровья относятся к детям «группы риска», имеющим неблагоприятный ранний анамнез, связанный с разнообразными перинатальными вредностями. В подобных случаях в той или иной степени оказываются поврежденными те мозговые структуры, которые обеспечивают нормальное развитие нервно-психической и речевой сфер ребенка. В результате этого формирование и функционирование названных сфер, как правило, протекает с более или менее выраженными отклонениями от нормы.

Сказанное полностью подтверждается огромным статистическим материалом, накопленным в течение 17 лет (1992-2009 годы) в Санкт-Петербургском Психолого-педагогическом центре «Здоровье» за тот период, когда его возглавляла кандидат педагогических наук, Заслуженный учитель РФ Н.Я.Головнева. За эти годы в Центре прошли комплексное медико-психолого-логопедическое обследование свыше 6000 детей дошкольного и школьного возраста, из числа которых более 4000 составили дети с дисграфией. В обследовании каждого ребенка участвовали врач-невролог, врачи функциональной диагностики (в том числе снималась ЭЭГ), врач-психиатр, психолог, дефектолог и логопед, автор данной статьи.

Остановимся здесь только на детях с дисграфией, которая крайне негативно отражается на их школьной успеваемости. Казалось бы, это чисто логопедическая проблема, проявляющаяся в виде

специфического нарушения письменной речи: ученик пропускает на письме буквы, неправильно (в том числе и зеркально) их изображает, искажает звукослоговую структуру слов и пр. Однако комплексное обследование этих детей, наряду с непосредственной симптоматикой дисграфии и недоразвитием устной речи, способствующим ее возникновению, выявило у 87% учащихся и целый ряд медико-психологических проблем. К ним относятся наличие астенического, гидроцефального или гиперкинетического синдромов, нарушение памяти, внимания, несформированность ряда мыслительных операций, отклонения от нормы со стороны эмоционально-волевой сферы и пр. [2]

Другие авторы (в частности, А.Р.Лурия [1], Л.С.Цветкова [5]) связывают трудности овладения младшими школьниками письмом не только с недоразвитием у них устной речи, над которой как бы «надстраивается» письменная речь, но также и с несформированностью мотивационной сферы и целенаправленной деятельности, с недостаточностью функций саморегуляции и самоконтроля.

Современная диагностика позволяет обнаруживать названные отклонения от нормы уже в самом раннем периоде развития ребенка, и именно с этого времени необходимо оказывать ему комплексную медико-психолого-педагогическую (логопедическую) помощь.

Основным содержанием медицинской части этого комплекса должна стать лекарственная терапия, направленная на ликвидацию или смягчение, «сглаживание» имеющихся повреждений мозговых структур.

Психологическая часть комплекса должна вступать в действие буквально с первых недель жизни ребенка в виде создания для него так называемой развивающей среды. В этой среде должны быть в достаточном (но не излишнем!) количестве представлены различные слуховые и зрительные раздражители, способствующие развитию у ребенка слухового и зрительного внимания, наблюдательности, эмоциональной сферы, а в дальнейшем и различных мыслительных операций.

Логопедическая часть комплекса тоже должна активно включаться уже с первых недель и месяцев жизни малыша. Основной ее целью является развитие его дыхательного, голосового и артикуляторного аппаратов в процессе пока еще неречевой их деятельности, что очень важно для формирования в дальнейшем полноценной речи. Кроме того, исключительно важной задачей этого раннего периода является установление эмоционального общения

матери с ребенком, воспитывающего у него первые коммуникативные навыки и потребность в коммуникации с взрослыми. В этом плане очень важно возможно более активно использовать также периоды детского гуления и лепета.

В среднем и старшем дошкольном возрасте медицинская часть комплекса должна иметь место в случае необходимости, а психологическая и логопедическая его составляющие присутствуют обязательно, причем сама содержательная их сторона, естественно, усложняется. Основной задачей, выступающей на первый план, здесь становится забота о как можно более полноценной подготовке ребенка к началу школьного обучения.

Психологам важно активно развивать у детей зрительное и слуховое восприятие, формировать зрительно-пространственные представления и такие мыслительные операции, как анализ, синтез, сравнение, классификация, обобщение и пр., а также эмоционально-волевую сферу, без чего ребенок не сможет нормально включиться в учебный процесс и адаптироваться в школе.

Задачей логопедов является «содержательная» подготовка к началу школьного обучения и в частности к овладению грамотой. Такая подготовка заключается в развитии у детей фонетико-фонематической, лексической и грамматической сторон речи, включая и формирование связной речи. Здесь имеется в виду развитие слуховой дифференциации всех речевых звуков, в том числе и акустически близких; полное устранение звуковых замен в устной речи и нормализация звукопроизношения в целом, а также развитие фонематического анализа и синтеза. Без предварительной нормализации всех этих предпосылок письменной речи невозможно полноценное овладение ребенком *грамотой* по звуковому аналитико-синтетическому методу, что уже буквально с первых дней и недель пребывания в школе поставит его в разряд неуспевающих. Для овладения же *грамотным письмом* необходимо еще и наличие достаточно богатого и систематизированного словарного запаса при условии правильного понимания ребенком смыслового значения слов, равно как и владение им грамматическими нормами устной речи. Последнее необходимо и для усвоения программы массовой школы по любому предмету.

Как показала многолетняя практика консультативно-диагностической работы упомянутого Центра, целенаправленное и достаточно ответственное проведение такого рода профилактики с самым активным участием в этом процессе родителей ребенка позволяет снять имевшиеся у него проблемы и в дальнейшем уже не

относить его к категории детей с ограниченными возможностями здоровья. Такие дети уже могут наравне с другими усваивать учебную программу массовой школы.

Если же ранний и наиболее благоприятный период коррекционно-профилактической работы бывает уже упущен и дети оказываются в массовой школе, будучи не подготовленными к усвоению ее программы (с чем нам чаще всего приходится иметь дело на практике), то и в этом случае они нуждаются в той же самой комплексной медико-психолого-педагогической помощи. Для них необходим именно весь вышеизложенный комплекс! Одной только логопедической помощи, которой ограничивались при коррекции дисграфии всего лишь несколько десятилетий назад, здесь далеко недостаточно. Недостаточно потому, что формирование у ребенка только нарушенных операций письма на фоне остающегося у него неблагополучия нервно-психической сферы не может обеспечить прочного и устойчивого результата. Более того, многих детей с отклонениями в этой сфере бывает невозможно даже обследовать, не говоря уже об организации логопедической работы с ними и тем более о попытке их обучения в массовой школе.

В то же время, только одна психологическая, равно как и только одна медицинская помощь не могут решить этой многоаспектной и поистине междисциплинарной проблемы.

Медицинская помощь улучшит соматическое состояние ребенка и тем самым сделает его более собранным и более «выносливым» в учебном процессе, что, безусловно, очень важно. Психологическая помощь приведет к усовершенствованию внимания, памяти, мыслительных способностей, к нормализации эмоционально-волевой сферы и пр., чем будет внесен важный вклад в возможность усвоения ребенком учебного материала по всем предметам. Однако никакие усилия врачей и психологов не смогут обеспечить преодоления имеющегося у него речевого расстройства, в данном случае – дисграфии, наличие которой неизбежно снизит его школьную успеваемость не только по русскому языку, но и по всем другим предметам.

В этом плане считаю уместным провести аналогию с высказыванием известного отечественного хирурга А.А.Лимберга, проводившего прекрасные по своим результатам операции по закрытию врожденных небных расщелин у детей с ринолалией. Она выражалась в наличии сильного носового оттенка голоса и грубейшего нарушения звукопроизношения, вплоть до полной невнятности или даже полного отсутствия у детей речи. Он говорил о

том, что хирург может создать лишь совершенный «инструмент» для правильного речеобразования, тогда как игре на этом инструменте может научить только логопед. И это действительно так!

Таким образом, при любой форме речевой патологии, обычно проявляющейся на фоне неблагополучия и со стороны нервно-психической сферы, медико-психологическая помощь является исключительно важной, поскольку она обеспечивает здоровый фон для более эффективной работы логопеда над устранением нарушений речи. Но без этой третьей (логопедической) «составляющей» речевые расстройства не исчезнут, так как для их преодоления необходимо использование специальных этиопатогенетически обоснованных и различных для каждой формы речевой патологии дифференцированных приемов и методов.

Поэтому не случайно многие логопеды получают теперь второе психологическое образование, а для студентов психологических отделений педвузов читается курс логопедии. Разрабатывается этот вопрос и в научном плане. В частности, только в последние годы на нашей кафедре (кафедра логопедии ЛГУ имени А.С.Пушкина) были подготовлены две кандидатские диссертации, посвященные исследованию и развитию психических функций у детей с дисграфией. Это диссертация А.А.Тараканової [4] и диссертация Н.В.Разживиной [3].

Необходимость комплексного медико-психолого-педагогического воздействия, которое должно начинаться с комплексной диагностики, касается не только проблемы дисграфии. Это касается и любых других характерных для детей с ограниченными возможностями здоровья речевых расстройств, препятствующих полноценному усвоению ими школьной программы, поскольку истоки всех этих расстройств возвращают нас все к той же перинатальной патологии, приводящей к повреждению мозговых структур, со всеми вытекающими из этого «многосторонними» последствиями, требующими комплексного подхода.

К сожалению, медицинское, психологическое и логопедическое изучение детей с ограниченными возможностями здоровья проводится соответствующими специалистами в отрыве друг от друга, что значительно снижает результативность этого изучения. Необходимы совместные комплексные исследования данной проблемы, проводимые на одном и том же контингенте детей.

Литература

1. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. – М., 1975.

2. Парамонова Л.Г. Дисграфия: диагностика, профилактика, коррекция. – СПб., 2006.

3. Разживина Н.В. Логопедическая работа по развитию познавательной деятельности в процессе коррекции дисграфии у младших школьников. Автореферат канд. дисс., СПб., 2008.

4. Тараканова А.А. Логопедическая работа по формированию мыслительных операций в системе коррекции дисграфии у младших школьников. Автореферат канд. дисс., СПб., 2001.

5. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. – М., 1988.

Психологическое пространство субъекта с затрудненным общением

Поварова И.А.

ЗФ ЛГУ им. А.С. Пушкина

г. Санкт-Петербург

За последние 20-30 лет претерпели значительные изменения теоретические и практические вопросы, относящиеся к пониманию здоровья, благополучия, болезни, последствий заболевания. Психология здоровья опирается на холистический подход в науке о человеке. Проблема целостного подхода к больному человеку – одна из центральных в медицине с момента ее зарождения.

В современных условиях развития общества воссоздается целостный подход к пациенту. Внедрение принципов доказательной медицины требует четких критериев оценки эффективности лечения и коррекционного воздействия. Важным является то, что среди критериев появилось новое понятие – качество жизни (КЖ). Одним из направлений в исследовании проблемы КЖ являются ее клинико-психологические аспекты, среди которых – исследования психики человека и его эмоционального статуса во взаимосвязи с ситуативными критериями. Субъективное благополучие рассматривается как интегральный психологический показатель жизни человека, и в этом значении подчеркивается близость субъективного и психологического благополучия, качества жизни, общей удовлетворенностью жизнью, социального самочувствия.

Нарушения коммуникативной функции являются частью клинической картины речевой патологии, однако данных о взаимосвязи коммуникативных нарушений с ограничением в доменах жизнедеятельности, относящихся к индивидуальному и социальному уровню функционирования индивида в литературе недостаточно. В связи с этим, несмотря на процесс, достигнутый в унификации клинических подходов к диагностике и коррекции речевых нарушений, остается нерешенным вопрос об оценке КЖ этой категории лиц, что и определяет приоритетность задачи исследования. Эффективность медико-психолого-педагогической помощи и поддержки напрямую зависит от степени понимания проблем «клиента», поэтому знания о КЖ необходимы для всестороннего изучения лиц с патологией речи, трудностей, с которыми они ежедневно сталкиваются, а также представлений о себе и своей социальной роли. Перспективность решения указанных вопросов в приложении к речевой патологии заключается в том, что на основе результатов концептуальной психологической диагностики возможно более полно и эффективно осуществлять патогенетический подход в коррекции речевых нарушений.

Всемирная организация здравоохранения рассматривает КЖ как отражение удовлетворения потребностей личности и меры ее адаптации в физической, психологической и социальных сферах. Предполагается, что у заикающихся отмечается ограничение функциональной активности в социальной сфере, обуславливающие общие и специфические особенности социальных показателей качества их жизни.

В исследовании приняли участие 120 человек; 60 человек, не имеющих речевых нарушений, составляли контрольную группу (14женщин и 46 мужчин), средний возраст 20 лет; 60 человек, имеющих заикание (12 женщин и 46 мужчин), средний возраст 22 года.

Для реализации поставленных нами задач использовали следующие методики:

1. Опросник качества жизни (версия ВОЗ);
2. Методика оценки уровня развития адаптационных способностей личности (Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность»);
3. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (Л. И. Вассерман и Б. В. Иовлева, Э. Б. Карпова);
4. Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири.

Результаты исследований и их обсуждение. Общее **качество жизни** у лиц с заиканием и в контрольной группе было практически одинаковым и оценивалось как хорошее: обе группы в целом воспринимают свое качество жизни, здоровье и благополучие как хорошее. При более детальном анализе качества жизни между этими группами выявились статистически значимые различия. Так, суммарное КЖ в экспериментальной группе было ниже на 0,6% по сравнению с контрольной группой. По 4 шкалам (уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и суммарное общее КЖ) выявлены достоверные различия, которые свидетельствуют, что лиц с заиканием по этим показателям имеют достоверно низкие показатели качества жизни. Такая же закономерность, но на уровне тенденций отмечена по шкалам: физическая сфера, психологическая сфера и духовная сфера. Если сравнивать показатели составляющих КЖ в обеих выборках, то наиболее значимые различия выявлены в психологической сфере и в сфере окружающей среды, причем самые низкие значения показателей в экспериментальной группе в психологической сфере (72,5%), а в контрольной группе – в окружающей среде (64%). Респонденты обеих групп оценивают свое физическое состояние на одном уровне. Следовательно, респонденты обеих групп ощущают себя самостоятельными, независимыми личностями. Однако представители контрольной группы в большей степени недовольны объективными условиями существования, а для заикающихся характерны субъективные переживания нарушения речи и связанных с этим затруднений общения и самореализации.

Оценка достоверности различий по методике **МЛО** между контрольной группой и заикающимися: данные свидетельствуют, что достоверных различий между контрольной группой и группой лиц с заиканием не выявлено. Однако при анализе тенденций было установлено, что стеновая оценка коммуникативного потенциала у лиц контрольной группы на 24,8% выше, чем у лиц с заиканием. Полученные результаты свидетельствуют, что способность строить взаимоотношения с людьми у лиц с заиканием ниже, чем у лиц контрольной группы. В определенной степени это обусловлено личностными особенностями лиц с заиканием, по которым они достоверно отличаются от лиц контрольной группы. Оценка достоверности различий личностных особенностей **по методике МЛО** показала, что лица с заиканием характеризуются низким уровнями нервно-психической устойчивости (на уровне 2,29 стенов), коммуникативного потенциала (на уровне 3,12 стенов), моральной

нормативности (на уровне 2,94 стенов) и личностного адаптационного потенциала (на уровне 2,18 стенов в среднем); высоким уровнем тревожности, реализацией эмоциональности в непосредственном поведении, стремлением добиваться своих целей минуя социальные установки, определенной автономностью мышления, т.е. оторванности мышления от объективной реальности. У заикающихся лиц по сравнению с контрольной группой, более выраженная ригидность аффекта.

Стеновая оценка коммуникативного потенциала у лиц контрольной группы на 24,8% выше, чем у лиц с заиканием, т.е. способность строить взаимоотношения с людьми у лиц с заиканием меньше, чем у лиц контрольной группы.

Сравнительные результаты **по методике «Психологический тип отношения к болезни»** в экспериментальной и контрольной группах: лица с речевой патологией достоверно отличаются по факторам отношения к болезни от лиц контрольной группы. Заикающиеся, в отличие от лиц контрольной группы, характеризуются следующими факторами отношения к болезни: анозогнозический, неврастенический, мелахолический, апатический, сенситивный и эгоцентрический. Дальнейший анализ проводился с помощью графического выражения диагностики типа отношения к болезни.

Анализ свидетельствует, что у заикающихся выявляется 9 графических типов отношения к болезни. Преобладают чистый, смешанный и диффузный. Причем, их соотношение примерно одинаковое. Из чистых типов представлены гармонический, сенситивный и анозогнозический. У лиц без речевой патологии выявляется 4 графических типа отношения к болезни, представлены все варианты соотношений типов отношения к болезни (чистый, смешанный и диффузный), но соотношение этих вариантов не одинаковое как у лиц с речевой патологией. Больше всего лиц анозогнозического типа (41,2%). Следует также отметить, что у лиц контрольной группы не встречаются типы диффузный, сенситивный, неврастенический.

Между лицами с речевой патологией и контрольной группой при обследовании методикой **«Опросник Т. Лири»** выявлены достоверные различия по 4 октантам. Лица с речевой патологией характеризуются достоверно меньшей авторитарностью и альтруистичностью, более выраженными недоверчивостью и скептицизмом, застенчивостью и подчиняемостью, а также такими противоречивыми чертами как кротость и упрямство.

Вышеизложенное позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Качество жизни заикающихся подростков и взрослых в целом мало отличается от качества жизни подростков и взрослых без речевой патологии. Выявленные минимальные различия в суммарном КЖ определяются различиями показателей по отдельным сферам и субсферам КЖ.

2. У заикающихся подростков и взрослых в силу сложной структуры речевого дефекта отмечается определенные отклонения в формировании коммуникативного поведения. Программа адаптивного поведения субъекта в условиях болезни (речевой патологии) строится на основании его ценностно мотивационной ориентации, индивидуально-типологических особенностей и приобретенного опыта.

3. Сложная структура речевых и нервно-психических нарушений при заикании затрудняет спонтанное формирование коммуникативной компетентности, вследствие чего значительно снижается эффективность взаимодействия с окружающими.

4. Личностные особенности влияют на ощущаемое КЖ заикающихся. Качественно-количественная оценка степени выраженности заикания и выявление личностных особенностей, специфичных для заикающихся, позволяют целенаправленно организовать педагогический процесс с учетом индивидуальных особенностей лиц с данной речевой патологией.

5. В комплексной системе реабилитации лиц, страдающих заиканием, применение дифференцированного подхода с учетом их индивидуально-личностных особенностей дает возможность упорядочить и нормализовать эмоционально-волевую сферу, стабилизировать нервно-психические процессы и сформировать адаптивный стиль поведения, что оптимизирует качество их жизни.

Сущностный подход к психолого-педагогической реабилитации лиц с нарушением вербального общения в структуре повышения качества их жизни

Поварова И.А.
ЗФ ЛГУ им. А.С. Пушкина
г.Санкт-Петербург

Характеризуя сложившуюся систему комплексной реабилитации лиц с патологией речи, авторы выделяют педагогический аспект, в качестве одного из направлений их реабилитации в целом наряду с

такими направлениями, как медицинская и психологическая реабилитация. Педагогическая коррекционная работа предполагает осуществление специфических мероприятий в содержательно-целевом и в методическом плане обучения; выступает как деятельность, направленная на удовлетворение специфических потребностей лиц с патологией речи и на преодоление их социальной недостаточности, проявляющееся в дезорганизации системы межличностных отношений в различных сферах жизненного функционировании, т.е. на самореализацию личности

Можно разграничить *теоретическую* и *прикладную* сферы реабилитации лиц с патологией речи. В области теоретических изысканий, на наш взгляд, она должна рассматриваться как процесс адаптации человека с речевой патологией к социальной среде. С этих позиций становится возможным построить модель реабилитации лиц с нарушениями речи: она представляет собой многомерное явление; четко обнаруживается ее видовое изменение, поскольку жизнедеятельность людей охватывает все основные социальные сферы. Тем самым определяются содержательные направления реабилитации, единство которых предполагает деятельность с использованием разных реабилитационных технологий и средств, обеспечивающих положительную динамику психосоциального статуса лиц с речевой патологией в различных сферах жизненного функционирования (учебной, познавательной, игровой, досуговой и др.). Именно с этих позиций следует рассматривать сущность педагогического аспекта реабилитации.

В сфере практической деятельности реабилитацию заикающихся нужно понимать как систему мероприятий различного характера, объединяющую сложившиеся направления работы, каждое из которых обеспечивает протекание адаптационных процессов определенного уровня. Содержание реабилитации предполагает следующие направления: осуществление мероприятий по формированию у лиц с патологией речи специфических знаний, умений, навыков, личностных свойств, необходимых для участия в социальной практике (перестройка систем отношений личности, изменение установок больных в общении, способов их эмоционального реагирования, пересмотр жизненных ценностей и приоритетов, процесс адаптации к системе межличностных отношений, повышение самооценки, способность формировать оптимальные социальные отношения); обучение технике речи (навыкам речевого дыхания, рационального голосоведения, самоконтроля темпо-ритмической организации речи и др.), медицинскую реабилитацию (лечебно-профилактическая и

оздоровительная работа), социально-психологическую. Каждое из направлений реабилитации, реализуемые параллельно, обеспечивает протекание не какого-то одного, а всех адаптационных процессов в их взаимосвязи. Таким образом, комплексная коррекционная работа предполагает поэтапное целенаправленное психолого-педагогическое воздействие.

Определение места педагогической реабилитации заикающихся в системе их комплексной реабилитации делает возможным и необходимым дальнейшее углубление представления о сущности коррекционно-педагогической деятельности, что предполагает, прежде всего, уяснение ее установок. Решение этого вопроса лежит в русле решения другого, более общего вопроса – цели реабилитации лиц с речевой патологией в целом, поскольку содержательно-целевые характеристики психолого-педагогической реабилитации выступают и как составляющая соответствующих характеристик всего процесса комплексной реабилитации, и как форма их педагогической конкретизации. Разработка ряда концептуальных аспектов реабилитации лиц с патологией речи (в частности, заикающихся) требует решения значимых в теоретическом плане задач: во-первых, раскрытия сущности педагогической коррекционной работы как звена системы их реабилитации в целом; во-вторых, соответствующей конкретизации целевых установок педагогической реабилитации заикающихся и, наконец, обоснования ее принципов.

Человек выступает как субъект социальной деятельности во всех ее видах, основную форму которой представляет собой труд, познавательная деятельность, ценностно-ориентационная деятельность и *общение.* Структура личности адекватно этому включает в себя четыре соответствующих потенциала: преобразовательный (творческий), гносеологический, аксиологический и коммуникативный (Ананьев Б.Г., 1980). Становится очевидным, что данный вопрос может быть решен в опоре на ту научную категорию, которая удовлетворяла бы указанным требованиям: воплощать диалектику индивидуально-личностного и социально-группового. Необходимо, чтобы эта категория фиксировала и отражала в качественном аспекте всю совокупность форм и способов социальной жизнедеятельности пациента, типичные черты поведения и общения в сферах труда, быта, а также особенности их мышления, поскольку означают реально существующие, устоявшиеся и типичные для конкретных общественно-исторических условий формы индивидуальной и групповой жизнедеятельности людей, характеризующие особенности их поведения, общения и склада мышления применительно к основным сферам социальной практики

(Толстых В.И.,1975). Этим категориям в их комплексе в полной мере удовлетворяют категории «стиль жизни», «образ жизни», «качество жизни». Указанные обстоятельства придают особую актуальность исследованиям, направленным на целостное изучение жизни человека, интегрированных оценок его бытия в различных проявлениях, структурированных в понятие *качество жизни.* Проблема «человек-среда» приобретает в современных условиях принципиально новое содержание. Актуализация данного вопроса обусловливается уровнем развития современного общества, изменением самого человека как главного субъекта, организующего, воспроизводящего разные уровни и сферы своего обитания (Фельдштейн Д.И., 1994). С этих позиций становится возможным обоснованно разрешить вопрос о цели психолого-педагогической реабилитации лиц с речевой патологией. Ключевое значение здесь приобретает понятие «образ жизни», который имеет свою экономическую сторону, охватываемую понятием «уровень жизни», и социально-психологическую, связанную с особенностями поведения и общения личности, определяемых понятием «стиль жизни». Исследователи подчеркивают необходимость выделения разных видов субъективного благополучия в связи с изучением *субъективного качества жизни,* которое включает как психологическое, так и другие виды благополучия – социальное, социально-психологическое, экономическое, а также обусловленное здоровьем.

Включение личности в социальные отношения всегда осуществляется как активный психосоциальный процесс, в котором она участвует как субъект, проявляя разные уровни и содержание социальной активности. Главное в такой постановке проблемы не отражательная сущность сознания (перефразируя известное выражение С.Л. Рубинштейна о принципе принципа детерминизма: «внешнее действует через внутреннее»), а то, как оно обеспечивает процесс жизнедеятельности личности, определяя способы взаимодействия с другими людьми, характер и меру участия в социальных отношениях, жизненную позицию, т.е. ее субъектность. Включение личности в разные аспекты социальных отношений образует спектр ее субъективных отношений к действительности как многомерную, многоуровневую и динамическую систему. Эти отношения выступают как интегральные свойства личности, поскольку составляют систему ее предпочтений, мнений, интересов, переживаний, представлений, что проявляется в действиях, понимании и оценке явлений, имеющих социально-психологическое содержание. Такая постановка проблемы указывает на необходимость проведения эмпирических исследований, а также разработки теоретического подхода к пониманию природы

самосознания личности как психологического механизма социальной активности человека для обеспечения адаптационных процессов. Современная трактовка методологии поиска оптимальных стратегий реабилитации лиц с речевой патологией должна предполагать акценты в парадигме исследования сознания (и самосознания) человека и его различных видов, опосредующих воздействия внешнего окружающего мира на развитие и формирование личности, рассмотрение того, как внутреннее (сознание и личность) обеспечивают «включения» человека в социальные отношения.

Индивидуальное развитие человека осуществляется в процессе многообразных прямых и косвенных, непосредственных и опосредованных, осознанных и неосознанных отношений с окружающей социальной средой в процессе социального общения, реализующего и формирующего эти отношения. Как психологическое понятие субъективное благополучие выделяет, прежде всего, ценностные аспекты отношения человека к различным сферам его жизни, а также уровень адаптации к ним. Значимо, что человек для другого субъекта также выступает как элемент окружающей среды, оказывая на него влияние своими отношениями и действиями. Межличностные отношения могут складываться при взаимной терпимости/сотрудничестве, подавлении/подчинении, заботе/поддержке.

Л.С. Выготский (1982) сформулировал закон развития высших психических функций, сущность которого состоит в том, что индивидуальные психологические способности первоначально существуют вовне, в социальной форме и лишь затем индивид «переносит их внутрь». При этом главной составляющей его психологического измерения становятся переживания, чувственно-эмоциональная и когнитивные сферы, обусловленные как объективными обстоятельствами жизнедеятельности, так и личностными свойствами. Субъективное благополучие рассматривается исследователями как интегральный психологический показатель жизни человека, и в этом значении обычно подчеркивается близость явлений субъективного или психологического благополучия, качества жизни, общей удовлетворенностью жизнью, социального самочувствия (Гордеев В.И., Александрович Ю.С., 2001). Отметим, что социальные аспекты жизни выступают в качестве базового основания субъективного благополучия человека. Люди субъективно по-разному «взвешивают» внешние переменные и реагируют на одни и те же переменные и обстоятельства в зависимости от их ценностей, ожиданий и желаний. Эта категория становится базовой для определения целевых установок педагогической реабилитации лиц с патологией речи, поскольку

описываемые ею феномены – поведение и общение – рассматриваются не только в социально-психологической, но и в педагогической плоскости. Таким образом, психолого-педагогическая реабилитация лиц с речевой патологией представляет собой специфическую педагогическую деятельность по повышению их социальной адаптации, имеющую своей целью обеспечение готовности указанной категории лиц к реализации оптимального для конкретных общественно-исторических условий стиля и качества жизни.

В самосознании личности различают когнитивный или познавательный аспект (знание о себе) и эмоционально-ценностный аспект (отношение к себе): вместе они составляют «Я - концепцию». Указанные составляющие обращают исследователей к изучению содержательной стороны внутренней картины дефекта (ВКД) у лиц с патологией речи (Некрасова Ю.Б., 1984; Калягин В.А., 1996). По своей структуре и способу возникновения ВКД представляет собой функциональную систему (по П.К.Анохину, 1978), построенную из тех же «блоков», что и все другие функциональные системы (афферентный синтез, акцептр результата действия, механизм принятия решения, обратная афферентация). Следовательно, субъективная информационная модель болезни, представляет собой динамическое системное образование, создаваемое личностью человека в особой жизненной ситуации, которая связана с наличием заболевания, что может вызвать дезорганизацию текущей целенаправленной деятельности человека, нарушая ее результативность и адаптивный характер. Неумение найти рациональный и продуктивный выход из переживаний влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности (Мясищев В.Н., 1960; Шкловский В.М., 1994; Миссуловин Л.Я., 2003). Мерой устойчивости и сопротивляемости разрушительному действию неблагоприятных факторов можно считать гипотетический личностный адаптационный барьер (Александровский Ю.А., 1976).

Отмечено, что у заикающихся в момент актуального речевого общения возникает комплекс отрицательных психических состояний, что способствует формированию у них неадаптивных форм поведения: снижение коэффициента социальной адаптации не только по сравнению с группой здоровых лиц, но и больных разными формами неврозов, которые проявляются по пассивно-оборонительному, агрессивному, самоуничижительному типу, чтобы скрыть дефект речи и избежать фрустрации. Поэтому актуальным становится как диагностика, так и «выравнивание» этих характеристик в процессе коррекционного воздействия (Глозман Ж.М., 2002; Карпова Н.Л., 2003;

Миссуловин Л.Я., 2003; Некрасова Ю.Б., 2005; Рау Е.Ю., 1992; Шкловский В.М., 1994 и др.).

Заикающимся свойственна особая дезорганизация личности, проявляющаяся в недостаточной способности к самоактуализации, самовыражению, характеризующаяся торможением творческой продуктивности и активности личности в целом. Стержневым звеном такой дезорганизации выступают особенности мотивационной сферы заикающихся, где на первый план выступает сверхценное отношение к дефекту речи, «закрученность» основных мотивов на него. Эти данные согласуются с результатами исследований Н.Л. Карповой (2003), Л.М. Кроля (1987) и Е.В. Михайловой (1988), в ходе которых было выяснено, что эти больные обладают очень низкой коммуникативной компетенцией: не осознают роли невербального поведения: мимика и пантомимика отражают, как правило, не реакцию на партнера по общению, а собственные ощущения, связанные с речевыми трудностями, то есть носят аутокоммуникативный характер; у них отсутствует установка на партнера; им зачастую не знакомо ощущение «коммуникативного удовольствия».

Как показывают проведенные нами исследования копинг-поведения, неудачные многочисленные попытки вылечиться приводят взрослых пациентов к усугублению ряда их негативных личностных особенностей: изменению потребностно-мотивационной сферы; нарушению эмоционально-волевой сферы; формированию пассивно-оборонительного поведения (избеганию ряда психотравмирующих ситуаций, агрессии); изменению когнитивной сферы (искаженному представлению о себе как субъекте общения; тенденции избирательного и неадекватного поведения; длительному переживанию и интерпретации любого состояния, связанного с речевым общением; объяснение своей интерперсональной проблемы исходя из факта наличия заикания, а не из своих личностных особенностей). Заикающимся свойственны определенные нарушения познавательных процессов, вербальных и невербальных средств коммуникации, что в совокупности приводит к неполноценности процесса общения, к ограничению социальных контактов, снижению качества их жизни в трудовой, бытовой и культурной сферах. Затруднения в установлении контактов не являются неким глобальным социально-психологическим препятствием, это, однако, отнюдь не влечет за собой их активную вовлеченность в межличностное взаимодействие: они весьма в ограниченной мере

идентифицируют себя с лидерской позицией в коллективе. С использованием экспериментально-психологического инструментария исследованы копинг-стратегии заикающихся, разработан комплексный метод оценки динамики коррекции речевых нарушений и выбора оптимальных приемов коррекционного воздействия, основанный на оценке характеристик речи и личностных особенностей респондентов. Установлено, что для заикающихся характерно преобладание копинг-стратегии избегания над стратегиями разрешения проблем; использование интрапсихических форм преодоления стресса; несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения; дефицит социальных навыков разрешения проблем. Личностные особенности могут рассматриваться в качестве ресурсов, во многом определяющих защитно-совладающее поведение как основную составляющую психологической адаптации у заикающихся.

Все это обуславливает необходимость комплексно подходить к решению вопросов коррекции указанной патологии речи.

Таким образом, рассмотренные выше взгляды исследователей свидетельствуют о перспективности концепции внутренней картины болезни/дефекта (ВКБ) для изучения патологии речи, а также возможности определить определенные «точки роста» этой концепции. В частности, в связи с изучением субъективного благополучия с позиций исследования «стиля жизни», «качества жизни», активных механизмов совладания. Прежде всего, они убеждают в центральной роли личности как фактора, формирующего ВКБ. Только углубленное изучение личности больного и всей системы его интерперсональных отношений, направленностей и ценностных ориентаций позволяет понять психологические механизмы, формирующие его субъективную модель болезни. Изучение преодоления личностью фрустрационных и стрессовых ситуаций приобретает значимость, так как это обеспечивает также поиск «мишеней» для психолого-педагогической коррекции личности и ее поведенческих стереотипов. Исследования убеждают в необходимости применения системно-структурного подхода, как в процессе получения информации, так и в процессе ее анализа, а также интеграции сведений о больном с патологией речи. Кроме того, должна быть учтена специфика заболевания, в частности, для адекватного выбора исследовательских методик и индивидуализации тактики коррекционного воздействия. Поэтому в качестве приоритетной задачи

выступает разработка четких критериев для определения оптимальных форм коррекционного воздействия адекватно для каждого индивида, то есть обучение на диагностической основе с применением системно-структурного интеграционного подхода.

Раскрытие сущностных характеристик педагогической реабилитации лиц с патологией речи позволяет определить базовые принципы, обеспечивающие оптимизацию их качества жизни и стиля жизни. Логика состоит в том, что педагогическая коррекция должна подчиняться принципам педагогической деятельности, опосредованной целевыми установками социальной реабилитации лиц с патологией речи в целом, и специфическими особенностями субъектов затрудненного общения. Это предполагает связь педагогического процесса с жизнью, социальной практикой и жизнедеятельностью; осуществление педагогического процесса в коллективе и через коллектив; учет индивидуальных особенностей объекта в педагогическом процессе; системный подход к организации педагогического процесса. Многообразные данные об особенностях личности, эмоционального реагирования и основных психологических проблемах должны использоваться для более сбалансированного составления программы комплексной реабилитации заикающихся. При такой организации диагностического и коррекционного блоков индивидуальной программы комплексной психолого-педагогической реабилитации лиц с патологией речи достигается оптимальное как по содержанию, так и по форме сопряжение коммуникативной и практической деятельности. Это способствует развитию способностей и личностных потенциалов, личностной динамике, прежде всего в области самооценки личностных реакций и установок пациента, что отражается на поведенческом уровне и в сфере перцепции межличностных отношений с окружающими. Динамичность психологических параметров требует регулярной диагностики их состояния. Психологический ресурс межличностного взаимодействия может выступать показателем субъективного качества жизни лиц с патологией речи и являться предметом постоянного мониторинга. Указанные базовые педагогические принципы, по нашему мнению, должны лежать в основе психолого-педагогической работы по совершенствованию стиля и качества жизни лиц с патологией речи, что в целом будет способствовать оптимизации социальных отношений заикающихся.

В таких условиях особую значимость приобретают психологические качества личности, жизненные навыки и стратегии поведения, обеспечивающие молодым людям и девушкам справляться

с жизненными трудностями. Кроме того, внешнее – дальнее и ближнее социальное окружение тоже может внести свой вклад в создание таких условий в обществе, которые в разумных пропорциях образуют своего рода социальные «подушки безопасности», поддерживающие ее в ситуациях необходимых для совладания с трудной жизненной ситуацией.

Анализ компьютерных программ для детей с нарушением зрения

Русинова С.В.
ГОУ ВПО Ставропольский государственный педагогический институт, г. Ставрополь

В связи с ростом количества детей, имеющих врожденные и приобретенные аномалии зрения, особенно в детском возрасте, специалисты из разных отраслей знаний все чаще обращают внимание на информационное сопровождение детей с нарушением зрения. Рассматривая проблему междисциплинарного взаимодействия в реабилитационном процессе детей с нарушением зрения, можно говорить о тесном сотрудничестве специалистов разных ведомств - педагогов-дефектологов, тифлопедагогов, медицинских сотрудников и разработчиков программного обеспечения.

Использование современных компьютерных технологий в коррекционно-образовательном и лечебно-восстановительном процессе привело к появлению новых методов и организационных форм обучения, а также к быстрому их внедрению в учебный процесс.

Игровые компоненты, включенные в мультимедийные программы, способствуют: повышению интереса у детей к обучению; активизации познавательной деятельности; улучшению процесса усвоения материала и развитию образного мышления; повышению эффективности организации образовательного процесса; вовлечению детей в развивающую деятельность, с опорой на наглядность; формированию у детей эмоционального подъема.

С развитием и повсеместным внедрением компьютерных технологий разработаны программные комплексы для детей с нарушением зрения, которые выполняет различные задачи - от диагностических, профилактических до лечебно-восстановительных.

В настоящее время возрастает роль компьютерных технологий как инструмента диагностики и реабилитации детей с нарушением зрения. Специализированное программное обеспечение, предназначенное для коррекционного обучения таких детей, в первую

очередь учитывает закономерности и особенности их развития, а также опирается на современные методики преодоления и предупреждения вторичных отклонений в развитии. Для этих детей компьютерные технологии нашли свое применение в лечебно-восстановительной и коррекционно-педагогической работе.

Для решения диагностической задачи используют следующие программы:

- для диагностики остроты зрения применяется программа «Орбис» (в переводе означает круг, кольцо) с использованием персонального компьютера. «Orbis». Метод основан на использовании колец Ландольта – наиболее достоверного, удобного, общепринятого интернационального оптотипа. Обследуемый должен определить, с какой стороны кольца расположен разрыв. Программа удобна для домашних и профессиональных пользователей персональных компьютеров как скрининговый метод при выявлении дефектов зрения;

- для измерения остроты зрения (автоматический режим) и подбора очковой коррекции (ручной режим) по оптотипам Снеллена предназначена программа Visus;

- для дифференциальной диагностики и количественной оценки нарушений бинокулярного зрения у детей, начиная с 4-5 летнего возраста, а также для коррекции и развития бинокулярных функций используется программа «Клинок 2». Диагностический блок программы обеспечивает количественную оценку состояния бинокулярных функций: определение характера зрения, гетерофории, функциональной скотомы, угла косоглазия и фузионных способностей.

Для лечебно-восстановительных целей применяют следующее программное обеспечение:

- для лечения амблиопии, восстановления и развития бинокулярного зрения используют «Контур». В бинокулярных упражнениях пациент в красно-синих очках, видя опорный рисунок одним глазом, обводит или дорисовывает его «пером», видимым другим глазом. Для устранения функционального подавления и тренировки фузии предусмотрены многочисленные регулировки: изменяется соотношение контрастов объектов и толщина линий рисунка и «пера», объекты независимо переключаются из светлых в темные. Также включается мигание с управляемой частотой, регулируется сила стимула для периферической фузии.

- для лечения близорукости и амблиопии у детей применяют интерактивную тренировочную программу «Цветок». Программа

предлагает пациенту серию усложняющихся, но однотипных зрительных упражнений, состоящих в поиске заданного символа - одиночной буквы - среди нескольких символов, предъявляемых на лепестках цветка. По своей сложности упражнения подразделяются на 3 уровня, внутри которых производится только варьирование размеров изображений (5 градаций).

- для лечения косоглазия применяют программу «Клинок 2», позволяющую осуществлять все традиционные процедуры аппаратного лечения, проводимого на синоптофоре. Программа построена по принципу имитации соответствующих процедур, но позволяет расширить их временной и скоростной диапазон, использовать ряд новых режимов стимуляции. Лечебно-тренировочный блок программы содержит упражнения, предназначенные для ликвидации скотомы, устранения косоглазия и расширения фузионных резервов.

Для профилактики детской миопии, пресбиопии и для разгрузки аккомодации при работе с компьютером используется программа - тренировка аккомодации «Relax», которая оказывает нормализующее действие на аккомодацию. Используемые в программе стимулы с определенными пространственными, временными и цветовыми параметрами выводят аккомодацию из фиксированного напряженного состояния. Продолжительность тренировки – 5 минут.

Специальная система упражнений – тренажер зрения «Головоломы» даст возможность расслабиться, проверить зрительную память, скорость реакции, сообразительность и потренировать зрение. Сыграй в разнообразные мини-игры, распознай предметы по их образам и выискивай одинаковые пары рядов и чисел.

Длительная работа за компьютером приводит к негативным последствиям для здоровья пользователя - плохое самочувствие, ухудшение зрения, искривление позвоночника, болезни суставов (туннельный синдром), проблемы с кровообращением (затекания, сердечные покалывания), понижение умственной производительности (потеря внимания, потеря чувства времени, психологическая усталость) и многое другое.

Каждая работа должна быть сбалансирована с отдыхом. Это утверждение особенно важно для тех, кто работает за компьютером, ведь их работа связана с особенными психологическими, умственными, физическими, зрительными нагрузками. Также, нужно учитывать электромагнитное излучение низкой частоты (излучает задняя часть видео дисплейного терминала (ВДТ)), ультрафиолетовое (экран ВДТ), высокочастотное излучение

(системный блок), шум вентилятора, ионизированный положительными ионами воздух (создает ВДТ).

Существует хорошо известный и эффективный способ борьбы с проблемами, возникающими вследствие длительной умственной работы, статической позы и переутомления - это жесткий рабочий график, заполненный обязательными периодическими перерывами.

Одно из основных заданий отдыха – возобновление организма, исправление изменений, которые произошли в нем во время работы, снятия усталости. Во время непрерывной работы в течение длительного времени можно достичь границы, за которой в организме начинают накапливаться необратимые изменения, вызванные усталостью и вредными факторами, которые не исправляются во время отдыха. Так вот, основное правило при планировании времени работы и отдыха – это не доходить до той границы.

Программа «Chrono Control» помогает следить за режимом работы пользователя и заставляет пользователя своевременно делать перерывы, необходимые для здоровья. При этом «Chrono Control» поступает наиболее радикальным и эффективным методом - на время перерыва программа полностью блокирует монитор, клавиатуру и мышь.

Программа «Clarity» – предназначенная для автоматического слежения за временем непрерывной работы и временем отдыха при работе за компьютером. Она выполняет две задачи: дает глазам во время работы больше времени на отдых; следит за временем работы, и отдыха, которые задает пользователь (рекомендуют время работы выставлять 45мин., а время отдыха - 15мин.).

Таким образом, компьютер, являясь эффективным техническим средством, при помощи которого можно значительно разнообразить и индивидуализировать процесс развития и обучения детей, способствует повышению результативности коррекционно-образовательного процесса. Педагогам компьютерные технологии помогают лучше оценить способности и знания ребенка, побуждают искать новые, нетрадиционные формы и методы обучения, а также сохранить зрение.

Литература

1. Гурьев С.В. Игра – основное условие использования компьютера и дошкольном образовательном учреждении / С.В. Гурьев. – Екатеринбург: РГППУ, 2007.

2. Гурьев С.В. Использование компьютера как инструмента образовательного процесса / С.В.Гурьев. – Екатеринбург: РГППУ, 2007.

3. Плаксина Л.И. Теоретические основы коррекционной работы в детском саду для детей с нарушением зрения / Л.И. Плаксина. – М.: Город, 1998.

Элементы психокоррекции в работе логопеда

Суворова С.А., Гиленкова С.В.

Детская психоневрологическая больница №18, г. Москва

Отделение нейрохирургии Детской психоневрологической больницы №18 г. Москвы принимает на реабилитацию больных детей с различными медицинскими диагнозами. Это оперированная спинномозговая грыжа; последствия тяжелой черепно-мозговой травмы; миелодисплазия; аномалия развития позвоночника и спинного мозга; травматическая болезнь спинного мозга; детский церебральный паралич; последствия родового повреждения плечевого сплетения; врожденный порок развития спинного мозга; воронкообразная деформация грудной клетки и другие. Ежегодно помощь в этом отделении получают до 500 детей и подростков от 2 до 18 лет.

Обследование больных в отделении проводится комплексно. В нём участвуют все специалисты - невролог, нейрохирург, ортопед, уролог, психиатр (по показаниям), в том числе медицинский психолог и логопед. Используются психолого-педагогические, нейропсихологические, нейролингвистические методы диагностики. Дети получают лечение 2-3 раза в год: медикаментозное терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж, занятия с педагогом, логопедом, клиническим психологом. Все поступающие дети в обязательном порядке обследуются логопедом.

Маленький ребёнок поступает в стационар. Безусловно, для него это стресс! Незнакомая обстановка, много врачей, частые обследования и процедуры. Хорошо, если ребёнок поступает с мамой или близкими родственниками. Часто маленькие пациенты поступают из детских домов. Мы начинаем свою работу с установления контакта с ребёнком и обучения его элементарным навыкам общения.

В данной работе речь идет об обучении детей, имеющих проблемы со здоровьем. При правильном подходе дети быстро идут

на контакт и проявляют заинтересованность в занятиях - играх. Если уж Бог дает ребёнку жизнь, то дает её с большим скрытым потенциалом! Важно, чтобы специалисты сами соблюдали элементарные правила общения с маленьким Человеком и уважительно относились к его проблемам.

При логопедическом обследовании, далеко не все дети ведут себя одинаково. Некоторые из них активные, другие спокойные. Бывают и откровенные лентяи, которые просто ничего не хотят. Даже новые игрушки их не привлекают. Дети различаются по уровню притязаний и реальных возможностей. Обычно переоценивающие себя дети - высокомерны, заносчивы, нетерпимы к критике. Дети, которые недооценивают своих возможностей, скованы, не уверены в себе, пессимистичны. Характер ребёнка определяет дальнейшие методы работы. Работа в стационаре с детьми, имеющими диагноз ДЦП, даёт возможность применять богатый опыт профессиональных знаний и навыков. Существенным фактором в работе является развитие у детей уверенности в себе в новой для них обстановке. Важно научить их не бояться «белых халатов». После постановки речевого диагноза начинается основная работа, с учётом возраста детей и уровня развития их познавательной деятельности. Задания подбираются дозировано с таким расчётом, чтобы запаса энергии обязательно хватило на их выполнение. Это очень важно для самооценки ребятишек. Дети обучаются по индивидуально разработанной для каждого программе. Сетка занятий строится, как можно чаще, в процессе работы с детьми играют, хвалят, дарят небольшие игрушки-призы. Привыкание к занятиям у детей происходит очень быстро. Буквально через три-четыре дня они начинают проявлять заинтересованность, стремиться на занятия, с удовольствием выполнять задания. С этого момента в занятия вводится проведение логопедического массажа. Для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата это необходимая процедура. Очень интересно наблюдать за тем, как у гиперактивных или инертных детей, вдруг начинают проявляться такие качества как настойчивость, упорство, целеустремлённость, усидчивость.

Одним из важнейших элементов логопедических занятий является поощрение, которое может быть выражено вербальной и невербальной (жесты, улыбки, похлопывания, прикосновения и т. д.) формами. Детей необходимо поощрять как можно чаще и естественней, используя те способы, которые им наиболее приятны. Даже если у них ничего не получается, похвала стимулирует на дальнейшие усилия. Малейшая удача должна быть обязательно

замечена. Для закрепления положительных результатов используется маленькая хитрость - оценка. В работе используется единственная оценка «5», которая может быть разных размеров. Пока ещё нет результатов, можно похвалить за настойчивость и поставить маленькую пятёрку. Появляются первые успехи — пятерка становится больше. Получив оценку большого размера, дети понимают, что сегодня они действительно молодцы. Они довольны собой и им хочется еще раз выполнить получившееся упражнение.

Поскольку пребывание детей в стационаре в среднем составляет 1,5 месяца и временные рамки ограниченны, необходима поддержка родителей или социальных работников. Приветствуется присутствие родителей на занятиях, и проявление ими инициативы в обучении приёмам коррекционной работы. Работа с детьми проходит эффективнее, если в ней участвуют сами родители. Для них специально проводятся мини-тренинги, где родителей обучают правильно реагировать на неудачи своего ребёнка и одновременно поддерживать интерес к достижению цели. Даже тяжелые речевые расстройства у маленьких пациентов, с которыми родители почти смирились, часто не безнадёжны. В результате родители перестают игнорировать сложившуюся проблему и начинают активно сотрудничать с детьми. Самое важное в работы с детьми, имеющими ДЦП – терпеливое отношение ко всему, что ребёнок пока не может выполнить. К сожалению, все наработанные навыки в этом возрасте быстро теряются, если их не тренировать постоянно. Так случается, когда пациенты выписываются. Устойчивое достижение поставленных в работе целей в дальнейшем определяется настойчивостью и последовательностью в проведении рекомендаций специалистов в жизнь! Работа в стационаре требует от специалиста высокого уровня квалификации. От опыта и объёма знаний зависит эффективность работы, поэтому специалисты стационара активно перенимают опыт коллег из других учреждений.

В процессе работы с детьми, приходится следить за тем, чтобы полученные навыки закреплялись после занятий с логопедом. Поэтому обучение и мотивация родителей во время пребывания в стационаре, а также контроль выполнения рекомендаций после выписки — ещё один важный момент в процессе реабилитации. Для достижения этой задачи активно используется интернет (скайп, переписка по e-mail).

В завершении хочется еще раз подчеркнуть - развитие усидчивости и мотивация детей на занятия должны начинаться как можно раньше. Нужно стараться «формировать» у детей требуемые

черты характера. А это возможно только при каждодневном личном участии родителей. Обучение детей - большой и ответственный труд. Нужный результат достигается только постоянным и настойчивым выполнением заданий, а радость и удовлетворение придут как следствие от проделанной работы!

Трудности восприятия и воспроизведения различных типов ритмов учащимися школы V вида

Титова Т.А.

ЛГУ им. А.С.Пушкина, кафедра логопедии,

г. Санкт-Петербург

В процессе нормального онтогенеза формирование чувства ритма происходит путем усвоения системы сенсорных ритмических эталонов на основе их двигательного моделирования, а затем постепенной интериоризации, или свертывания, моторных звеньев. Изучение особенностей формирования чувства ритма в онтогенезе свидетельствует о том, что у детей не только достаточно рано возникают ритмические реакции, но и доминирование ритма наблюдается, начиная с раннего возраста.

Основной целью экспериментального исследования являлось изучение особенностей восприятия и воспроизведения звукослоговой структуры слов. Мы предположили, что между слоговой структурой слов и ритмической структурой существует тесная связь, а ритмические способности являются базовыми, влияющими на весь ход моторного, психического и речевого развития ребенка. В связи с этим в методику экспериментального исследования были включены тесты, направленные на изучение особенностей восприятия и воспроизведения различных видов ритмов учащимися младших классов речевой школы. С нейропсихологической точки зрения, выделено несколько разновидностей ритмов: а) наиболее простой или элементарный ритм, обозначенный Н.А.Бернштейном как итеративный, осуществляющийся за счет подкорковых структур мозга; б) периодический или корковый правополушарный ритм, представленный ритмическими группами различной степени сложности, например, ритм стихотворных текстов (обеспечивается височной долей правого полушария); в) правополушарный или периодический ритм, который должен быть преобразован в речевой

или лево-полушарный ритм; г) корковый ритм прозаической речи - наиболее сложный, поскольку «овладение им предполагает способность подчинения периодического ритма смысловой речевой программе, которая обеспечивается лобной долей левого полушария» [1,с.19]. Такой подход позволяет говорить о ритмической функции речи и о том, что в ее основе лежат разные, иерархически организованные речевые операции. Кроме того, «ритмические группы лежат в основе музыкальных произведений разных жанров, а в рамках речевой функции – в составе стихотворных текстов, имеющих различный размер (метр)» [там же]. Таким образом, ритм и ритмические способности можно рассматривать как базовые, необходимые для формирования сложных психических функций, и потому всякое нарушение ритма ведет к сбою в развитии организма ребенка, к появлению патологии. При разработке методики исследования мы учитывали следующие научные данные: а) ритм как специфическое свойство организации пространственно-временного континиума материи, имеющей различные по характеру проявления; б) ритмическая способность или чувство ритма как способность, обеспечивающая процесс восприятия и воспроизведения пространственно-временных построений различной модальности; в) ритм как универсальная составляющая, оказывающая влияние на разные стороны психического и речевого развития детей; д) овладение ритмическими структурами при нормальном развитии имеет определенные закономерности.

В эксперименте приняли участие учащиеся младших классов школы У вида 1-го отделения. В методику вошли задания на выявление особенностей музыкального и стихотворного ритмов, способности подбирать рифмы, на восприятие и воспроизведение ритмов: а) по зрительно воспринимаемому образцу, б/по слуху, в) по описанию. Задания включали отхлопывание по образцу: а) симметричных ритмов, б) асимметричных ритмов, в) сильных и слабых ударов.

Экспериментальное исследование выявило сложности восприятия и воспроизведения различных типов ритмических структур у учащихся первых классов школы V вида. Наибольшую сложность для всех детей представляет воспроизведение ритмической основы музыкального произведения. Особенно сложной оказалась ходьба в определенном темпе и под определенное звуковое сопровождение. У детей наблюдалось неравномерное шагание, выполнение движений в малом объеме, нарушение координации движений рук и ног при ходьбе (дети делали движения

одноименными руками и ногами), что свидетельствовало о несформированности итеративного ритма. Исследование корковых (правополушарных) ритмов выявило отсутствие чувства музыкального ритма. Дети не могли попасть в сильную долю, их движения были беспорядочными, хаотичными, напряженными. Наиболее сложным оказалось выполнение танцевальных движений. Дети не могли совместить танцевальные движения и музыкальный ритм. По мнению Т.Г.Визель «причиной несформированности музыкального ритма может быть:

- недостаточность владения итеративным (подкорковым) ритмом, препятствующая усвоению ритмических групп, относящихся к более сложному периодическому ритму;

- недостаточная функциональная активность правого полушария мозга» [1, с. 23]. При исследовании состояния стихотворного ритма использовались стихотворные тексты, написанные хореем, ямбом, амфибрахием, анапестом, дактилем, а также предлагалось завершить неоконченные строки двустиший - подбор рифмующегося слова. Дети отказывались рассказывать стихи, ссылаясь на незнание или забывчивость. Некоторые смогли рассказать с подсказкой стихотворение А.Л. Барто «Наша Таня». Этот вид заданий показал, что большинство детей не знают стихов, не могут воспроизвести даже те, которые недавно учили в детском саду. Наибольшие трудности возникли при отраженном воспроизведении стихотворных текстов, написанных более сложными размерами. Возможными причинами являются ограниченные возможности слухоречевой памяти, недостаточность лексико-грамматических средств, семантические трудности и, безусловно, более сложные стихотворные размеры и стихотворный ритм. Дети забывали текст, переводили стихотворные строки в повествовательные предложения, опускали часть слов текста, однако стараясь сохранить смысловую составляющую, искажали звукослоговую структуру некоторых слов. Подбор рифмы к неоконченной строке двустишия, т.е. договаривание последнего слова (механизм вероятностного прогнозирования на уровне рифмованных строк) позволяет выявить языковое чутье или чувство языка (использовались стихи К.И.Чуковского, А.Л.Барто, З.Александровой, С.Михалкова и др.). Правильный выбор слова зависел о того, насколько были известны стихи. Если же они были незнакомы, то дети либо отказывались от ответа, либо выбранное ими слово не соответствовало ни содержанию, ни рифме, ни размеру стихотворной строки. Это позволило выделить три подгруппы детей. К первой самой малочисленной подгруппе были отнесены дети,

которые быстро и правильно выполнили задание. Во вторую подгруппу вошли дети, у которых наблюдалось неполное рифмование. Они заканчивали двустишия, словами, которые всплывали в их памяти, или наиболее часто повторяющимися в строчке словами. При этом стихотворный ритм значения не имел, например: «И сейчас же щетки, щетки затрещали, как… щетки (барабанки)»; «Ну и платье! Сплошь иголки, его носят вечно… зайки (ежик, девочка)»; «Вещунья, белобока, а зовут ее…..горох», «Уронила белка шишку, шишка стукнула….. белку (медведя, от земли)»; «Поскорее наливай мне в стакан горячий…..воду»; «Белка спряталась в дупло, в нем и сухо и ….мокро», «Наша Таня громко плачет. Уронила в речку… свой мяч». Выявленные нарушения ритмической функции могут рассматриваться как правополушарная амузическая дизритмия по классификации Т.Г.Визель [1]. Таким образом, у младших школьников с общим недоразвитием речи наблюдается нарушение функционирования подкорковых структур мозга и дисфункция правого полушария, что создает трудности при воспроизведении стихотворных и музыкальных ритмов. При выполнении заданий на восприятие и воспроизведении даже простых ритмов по образцу дети не могли определить количество ударов и затем правильно воспроизвести. По степени успешности выполнения заданий было выделено несколько подгрупп. К первой подгруппе были отнесены дети, которые смогли правильно определить количество ударов и воспроизвести их в первой серии заданий, т.е. отхлопывание симметричных ритмов по образцу. Правильное выполнение такого задания свидетельствует о сохранности правополушарного периодического ритма[1]. Вторую подгруппу составили дети, воспроизводившие симметричные ритмы с ошибками – с меньшим количеством хлопков или лишними хлопками, либо они отказывались от выполнения задания. Как отмечает Л.С.Цветкова, «ошибки восприятия ритмов и их оценки говорят о дисфункции верхне-височных отделов левого полушария» [2, с. 49]. Еще большие трудности представляло восприятие и последующее воспроизведение сложных асимметричных ритмов и при восприятии и воспроизведении сильных и слабых ударов. Дети допускали ошибки при воспроизведении, как в количестве хлопков, так и их чередовании, т.е. в ритме, совершая беспорядочны хлопки, что свидетельствует о нарушении правополушарного периодического ритма – амузическая дизритмия [1]. Некоторые дети даже не стремились правильно воспроизвести количество и последовательность ударов. В возрасте 6 лет и старше дети без затруднений воспроизводят многие

ритмические последовательности. Дети, имеющие предрасположенность к нарушениям письменной речи (А.Н.Корнев), допускают большое количество ошибок. У взрослых использование теста на восприятие и воспроизведение ритмических структур диагностирует поражение как премоторных, так и левовисочных структур. Возможно, что у детей имеют место тоже два вида затруднений. Первый вид – страдает процесс воспроизведения ритмов при сохранной способности к слуховому различению ритмических структур, так называемый «премоторный» тип нарушения. Второй вид – нарушение слухового различения звуковых ритмов, что обусловливает неспособность к их воспроизведению, так называемый височный тип дефекта (И.К.Шац). Менее сложным для всех детей оказались задания при зрительном восприятии образцов ритмов. Более сложным для всех детей было воспроизведение ритмов при их восприятии на слух и еще более сложным – воспроизведение по словесной характеристике, данной экспериментатором, что свидетельствует о слабости слухоречевой памяти.

Таким образом, эксперимент позволил сделать некоторые предварительные выводы об особенностях ритмической способности у учащихся младших классов речевой школы. Нарушение чувства ритма и ритмической организации вызывает задержку формирования речи, вербального мышления и когнитивной деятельности. «Развитие восприятия различной модальности… создает основу для обобщенного и дифференцированного восприятия и для формирования образов реального мира, создает ту первичную базу, на которой начинает формироваться речь» [2, с. 47].

Литература

1. Визель Т.Г. Коррекция заикания у детей. – Владимир, 2009.

2. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. – М., 1998.

Организация и содержание психологической помощи в условиях учреждений различных ведомств (образования, здравоохранения, социальной защиты)

Высшее профессиональное психологическое образование студентов с ОВЗ на основе дистанционных технологий: от мотивации избегания неудачи – к мотивации достижения успеха

Айсмонтас Б.Б.
МГППУ, г. Москва

В последние годы все больше внимания уделяется разработке и реализации программ высшего профессионального образования для людей с ограниченными возможностями здоровья. В 2006 году в Московском городском психолого-педагогическом университете была открыта программа дистанционного обучения студентов с ОВЗ по направлению «Психология». В настоящее время по данной программе учатся 92 студента. Уже накоплен немалый опыт в этом направлении, и можно сделать первые выводы.

Как показала практика, при обучении студентов с ОВЗ очень большое значение имеет **психолого-педагогическое сопровождение**.

Дело в том, что у немалой части абитуриентов, пришедших поступать на наш факультет, к сожалению, превалирует мотивация избегания неудачи. И это не является случайностью. До прихода в университет в жизни этих людей существовал целый ряд объективных обстоятельств, которые в той или иной степени сформировали у них стремление к избеганию неудачи. Не секрет, что во время обучения в школе детям с ограниченными возможностями здоровья предъявляются заниженные требования. Особенно это проявляется при так называемом надомном обучении. Учащиеся с ОВЗ прекрасно понимают, что они в любом случае получат аттестат, что учителя помогут им сдать выпускные экзамены. Проявлению их активности и самостоятельности нередко мешает и гиперопека родителей. В результате учащиеся приходят в вуз с установками: ко мне будут относиться снисходительно и не предъявлять высокие требования. Безусловно, такие установки становятся серьезным препятствием на пути к получению высшего профессионального образования.

Кроме того, имеется еще одно существенное обстоятельство. На факультете дистанционного обучения студенты с ОВЗ учатся по направлению «Психология». А это означает, что они должны быть специалистами по успеху. Но прежде чем стать специалистами по успеху для других, необходимо стать таким специалистом по отношению к себе. Только при таком условии потом можно будет эффективно помогать другим. Освоение психологии не должно быть для обучающихся самоцелью. Абстрактные психологические концепции и теории не могут оказать основополагающего влияния на их развитие. Изучая психологию, студенты должны найти решение многих собственных проблем. Психологические знания призваны способствовать раскрытию ими своего потенциала. Студенты с ОВЗ должны научиться и уметь помогать, прежде всего, самим себе. Психология в данном случае выступает как ресурс личностного и профессионального развития.

Исходя из этого, на факультете дистанционного обучения в последние годы более интенсивно начали разрабатывать программу психолого-педагогического сопровождения обучения студентов с ОВЗ, искать и анализировать различные подходы и направления к решению проблем их социализации и реабилитации. Некоторые из них мы и хотели бы рассмотреть.

1. Одним из важных направлений является **разработка моделей инклюзивного образования**. Поскольку на факультете ДО помимо студентов с ОВЗ (бюджетная программа) обучается большое количество студентов, получающих образование на платной основе, при организации учебного процесса внимание уделяется проведению совместных учебных и внеучебных мероприятий, с участием всех студентов. Прежде всего, это аудиторные занятия по учебным дисциплинам. Коммерческие студенты посещают совместно со студентами с ОВЗ лекции и семинарские занятия. Для всех студентов организуются дополнительно психологические тренинги.

2. Для студентов с ОВЗ организуются **выездные психологические тренинги и семинары** на базе Санаторно-лесной школы № 7. В 2010/2011 учебном году такие семинары и тренинги проводились дважды. Во время этих выездных мероприятий студенты не только проходят различные психологические тренинги – личностного роста, развития коммуникативных навыков и т.д., но имеют и прекрасную возможность общаться между собой.

3. С недавнего времени аналогичные **тренинги в выходные дни** стали проводиться в самом университете. На этих тренингах студенты развивают навыки коммуникации, наблюдательность и

другие важные для психологов качества, а также могут предварительно ознакомиться с некоторыми из основных методов работы практического психолога. Сейчас такие тренинги проводятся уже с первых дней их поступления в университет. Это позволяет формировать у студентов установку на необходимость постоянного развития собственного опыта, приобретения навыков самоанализа.

4. Большое значение в плане психолого-педагогического сопровождения обучения студентов с ОВЗ имеют **веб-семинары, интернет-конференции**, **интернет-консультации**, проходящие в интерактивном режиме. Все интернет-мероприятия проводятся с видеообратной связью: студенты видят друг друга в режиме онлайн, могут общаться в чате, задать устно вопрос или высказать свое мнение. Чувство общности, которое возникает во время таких интернет-мероприятий, является очень сильным фактором личностного и профессионального развития. Нередко участие в данных мероприятиях одновременно принимают до 70 студентов, включая студентов, обучающихся на платной основе. Нас очень радует, что студенты стали инициаторами создания Клуба общения студентов факультета в формате интернет-конференции. И сейчас каждую субботу вечером они собираются в Интернет-конференц-зале и обсуждают те проблемы, которые интересны для них.

5. Большое значение для оказания психологической и психолого-педагогической помощи для студентов с ОВЗ играют такие **пропедевтические курсы,** как «Введение в дистанционное обучение» (1 сем.), «Технологии и методики самоорганизации» (1 сем.), «Методика работы с учебной информацией» (2 сем.) и др. Основная цель данных курсов – как можно раньше ознакомить студентов с особенностями дистанционного обучения, помочь сориентироваться в структуре учебного процесса и учебном плане, освоить новые информационно-коммуникационные технологии, которые будут применяться в их обучении.

Например, в первом семестре обучение новых студентов начинается с пропедевтических курсов «Введение в дистанционное обучение» и «Технологии и методики самоорганизации». Данные курсы длятся в течение первых трех недель. За это время новые студенты знакомятся со спецификой дистанционного обучения, его основными отличиями от традиционных схем обучения, обсуждают его достоинства и недостатки, пытаются определить те риски и опасности, с которыми они могут столкнуться в своей учебе. Кроме того, они принимают участие в различных видах занятий, в том числе аудиторных, знакомятся с правилами участия в онлайн-трансляциях.

Для студентов проводятся специальные интернет-семинары и конференции.

В рамках курса «Технологии и методики самоорганизации» студенты знакомятся с особенностями самоорганизации, самоконтроля, овладевают приемами саморегуляции в учебном процессе. Большое внимание уделяется проблемам тайм-менеджмента, планирования собственного времени.

6. Не меньшее значение имеет **работа с родителями** студентов с ОВЗ. Решение многих вопросов обучения студентов невозможно без участия родителей. Кроме того, ряд родителей также нуждаются в психологической помощи и поддержке. В связи с этим на факультете регулярно проводятся родительские собрания, организуются встречи со специалистами. Родители принимают активное участие в выездных семинарах и тренингах. Для них разработана отдельная программа, включающая: лекции и консультации, тренинги и личные беседы, встречи со специалистами и сотрудниками факультета и т.п. В настоящее время планируется организация родительского лектория.

7. Большую роль в плане социализации студентов с ОВЗ играют так называемые **социальные проекты.** Деканат факультета предложил самим студентам создавать и развивать отдельные проекты, значимые как в личностном, так и в социальном плане. Например, проект «Абитуриент». Суть его заключается в следующем. Как показывает практика, многие школьники с ОВЗ ничего не знают о вузовских программах обучения, предназначенных для студентов с ОВЗ. Кроме этого, школьникам необходимо оказывать профориентационную помощь. В связи с этим студентам было предложено организовать группу из 5-6 человек, которые разработали бы проект рекламы факультетской программы обучения студентов с ОВЗ. В эту группу могут входить и студенты, обучающиеся на платной основе. Сотрудники факультета и деканата в данном случае могут выступать в качестве консультантов и помощников. Реализуя проект «Абитуриент», студенты приобретают организационные и коммуникативные навыки. В частности, для реализации проекта необходимо составить план по направлениям, а также календарный план; уметь организовать совместную деятельность; писать рекламные тексты; размещать данные тексты на сайтах государственных и общественных организаций, занимающихся обучением и оказанием помощи людям с ОВЗ; научиться вести телефонные переговоры и т.п. Разрабатывается и уже реализуется следующий проект – «Наш досуг». По замыслу данного проекта, студенты должны организовать общение между собой, чтобы

определить программу культурных мероприятий (посещение театров, музеев, экскурсии по Москве и т.п.).

8. Интересным и полезным направлением в плане повышения мотивации обучения студентов с ОВЗ является **проведение выездных занятий по отдельным учебным дисциплинам** в такие культурные и образовательные учреждения, как исследовательские институты, психологические центры, музеи и т.п. Например, занятия по дисциплине «История отчества» в 2009/2010 учебном году были проведены в виде экскурсии в Историческом музее, по «Зоопсихологии и сравнительной психологии» – в зоологическом парке и Музее им. Дарвина, по дисциплине «Введение в профессию» – в Психологическом институте РАО и т.п. Такого рода выездные занятия позволяют не только разнообразить формы их проведения, но и расширяют кругозор студентов, повышают их общекультурный уровень.

9. Кроме того, в настоящее время уже начала действовать **подготовительная программа** для всех желающих поступить на факультет дистанционного обучения в следующем учебном году. С абитуриентами проводится специальная работа: они получают доступ к ряду учебных и информационных ресурсов факультета, могут принимать участие в интернет-конференциях, семинарах, во всех основных мероприятиях факультета. На бесплатной основе проводятся консультации по вступительным испытаниям, желающие могут получить индивидуальные консультации у сотрудников факультета и у преподавателей университета. Посредством использования современных ИКТ они могут общаться со студентами факультета и узнавать заранее особенности дистанционного обучения. Безусловно, это уменьшает в будущем риски неправильного подхода к пониманию сути дистанционного обучения и подготовке к учебе.

Это только некоторые из первых шагов в плане пропедевтической работы, психологического и психолого-педагогического сопровождения наших студентов. В будущем деканат факультета планирует разработать **комплексную программу психолого-педагогической поддержки** и реабилитации студентов с ОВЗ, обучающихся на основе дистанционных технологий. Эти и многие другие аспекты нового типа дистанционного обучения требуют дальнейшего изучения и осмысления.

Психологическая помощь подросткам с травмами позвоночника и спинного мозга в 6-м нейрохирургическом отделении ДПНБ № 18

Антропова И.М.
Детская психоневрологическая больница №18, г. Москва

Экономические трудности, неблагоприятная криминальная обстановка, последствия экологических катастроф и другие сложности современной жизни, которым подвержена каждая семья, являются причинами возрастания числа травм у подростков. В результате изучения детского травматизма в Российской Федерации установлено, что его уровень составляет около 9 на 100 детей. Из них около 4% составляют травматические повреждения позвоночника и спинного мозга. Наиболее часто встречающиеся повреждения позвоночника и спинного мозга – это травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, падения с высоты и во время купания (травма ныряльщика). [2; 5]

Травмы позвоночника и спинного мозга чаще всего приводят к стойким и выраженным функциональным нарушениям (парезы и параплегии конечностей, нарушения функции тазовых органов), к значительным затруднениям самообслуживания, к необходимости повседневной помощи окружающих. В посттравматический период у подростков наблюдаются депрессивные реакции, аутизация, отчужденность, агрессивность, особо остро проявляющиеся на фоне кризиса пубертатного периода. Развившиеся тяжелые функциональные дефекты, длительные сроки стационарного и амбулаторного лечения, резкое сужение социальных контактов (а для подростка общение со сверстниками – это ведущий вид деятельности), их трансформация, инвалидизация обусловливают формирование психопатологических синдромов, способствующих социальной и психологической дезадаптации подростков, что оказывает значительной влияние на формирование лечебной и жизненной перспективы подростка, препятствует активной направленности на преодоление дефекта. Кроме этого со спинальной травмой тесно связаны возможности обучения подростков и вся их последующая трудовая деятельность. [2]

В связи с этим актуальной проблемой является реабилитация больных с последствиями травмы позвоночника и спинного мозга, направленная на компенсацию дефекта, на восстановление социальных навыков, коррекцию отношения к лечению, к заболеванию и укрепление самооценки подростка. Поэтому комплекс

реабилитационных мероприятий должен быть значительно объемнее, наряду с традиционным лечением травматических повреждений позвоночника и неврологических расстройств реабилитационные программы следует включать методы медико-психологической коррекции, учитывающие особенности личности больного, характер клинической психопатологической симптоматики, лечебную перспективу.

Основным этапом при оказании медико-психологической помощи является психодиагностика (нейропсихологическое, патопсихологическое исследования, исследование интеллекта и личности подростка), которая позволяет оценить сохранность высших психических функций, изучить психическое состояние подростка, особенности личности, психологическое реагирование на травму, оценить резервные возможности для повышения реабилитационного потенциала подростка и наиболее полного вовлечения его в процесс восстановительного лечения. Для оценки личности подростка нами используются следующие методики: опросники Леонгарда и ЛОБИ, тесты «Подростки о родителях» и «Анализ семейных взаимоотношений» Эйдемиллера, проективные методики: тест Люшера, рисуночные тесты. [6;2]

Нами проведено изучение 31 подростка: 14 девушек и 17 юношей. Причинами повреждения позвоночника и спинного мозга были: дорожно-транспортные происшествия – 42%, падения с высоты – 32%, во время купания (травма ныряльщика) – 26%. Нарушений высших психических функций не выявлено ни у одного подростка. На ранних сроках восстановительного периода (от 2-6 месяцев до 1 года) доминируют такие психологические особенности, как депрессивные реакции – 65%, мысли о суициде – 35%, повышенный уровень тревожности – 77%, повышенная чувствительность и ранимость к критическим замечаниям в свой адрес – 90%, неуверенность в своих силах – 52%, недостаточно серьезное отношение к лечению – 84%, не осознавание неизлечимости – 71%. При повторной диагностике на более позднем этапе восстановительного периода (спустя 1-2 года) отмечается снижение уровня тревожности – 74%, нарастание астено-невротических проявлений – 77%, тенденции к манипулированию окружающими – 65%, усиление акцентуированных черт личности – 55%.

У подростков выявляется внутриличностный конфликт: с одной стороны они стремятся к независимости, как все нормальные подростки, а с другой – ощущают свою неполноценность и осознают, что без посторонней помощи им не обойтись. Отсюда частые

вспышки раздражительности и конфликты с родителями, которые начинают жалеть своих детей и всячески им потворствовать, стараясь угодить во всем, только чтобы их ребенку было хорошо. Причем сами подростки достаточно критичны к своему поведению.

После проведения психодиагностики индивидуально для каждого подростка составляются реабилитационные программы, динамичные и многоплановые по своей структуре, меняющиеся в зависимости от клинического и психологического состояния подростка, периода заболевания, этапа реабилитации, клинико-социальных исходов.

Медицинским психологом на протяжении всего периода восстановительного лечения проводится наблюдение за подростком, поддержка и сопровождение, начиная с установочных бесед, в процессе психодиагностики и коррекции. Осуществляется наблюдение за отношением подростка к различным видам процедур, а также за проявлением самостоятельности в освоении бытовых и двигательных навыков, выполнению самостоятельно элементов ЛФК, лечебной ходьбы, прогулок и т.д., оценивается его мотивацию к лечению. Учитывается отношение подростка к соседям по палате, личностная позиция в палате, отношение к помощи окружающих, готовность к посильной помощи другому человеку.

Все это дает возможность прогнозировать способность подростка стать партнером в процессе лечения, установить отношения сотрудничества с медперсоналом, либо отвергать усилия специалистов в силу своей личностной реакции на болезнь или недопонимания самой ситуации болезни, тяжести состояния в результате особенностей характера.

Реабилитационная и коррекционная работа проводится в форме групповых и индивидуальных занятий, направленных на расширение адаптивных способностей личности:

- расширение и укрепление коммуникативных навыков;
- овладение навыками эмпатии и рефлексивности;
- раскрытие и реализацию внутреннего потенциала, способностей;
- расширение и укрепление навыков саморегуляции и самоконтроля;
- определение жизненных целей и интересов;
- формирование активной направленности личности на компенсацию дефекта;
- оптимизацию отношения к лечению и к болезни;
- формирование адекватной самооценки подростка;

- формирование лечебной и жизненной перспективы;
- на повышение фрустрационной толерантности;
- нормализацию эмоционально-личностной сферы (страхи, тревожность, последствия семейных предписаний и т.д.).

Проводится просветительская работа с родителями с целью ознакомления их с особенностями возраста, особенностями психологического реагирования подростка на полученную травму. Родителям даются рекомендации по оптимизации стиля воспитания для предупреждения развития патохарактерологических черт личности подростка после выписки из больницы.

В ходе работы применяются принципы сказко-терапии, метафорирования, игро-терапии, арт-терапии, используются приемы аутогенной тренировки, релаксации по Джекобсону, личностно-ориентированной психотерапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, рациональной психотерапии.[3]

Широкое использование различных методов медико-психологической помощи значительно повышает уровень социально-психологической адаптации подростков, способствует восстановлению их социального статуса и улучшению качества жизни даже после выписки из стационара. Совместная деятельность врачей, психологов, логопедов и педагогов помогает подростку эффективно развиваться и адаптироваться в окружающей среде.

В результате проведенной психокоррекционной работы отмечена положительная динамика у 81% подростков:

- повысилась школьная успеваемость – 52%;
- снизился уровень тревожности – 48%;
- появилась уверенность в своих силах – 84%;
- изменилось отношение к лечению – 100%;
- после первых положительных результатов лечения появился стимул к дальнейшему продолжению реабилитации – 88%.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования позволяют сделать вывод о том, что подросткам с травмами позвоночника и спинного мозга необходима наиболее ранняя медико-психологическая помощь, направленная на коррекцию отношения к лечению и к болезни, на коррекцию самооценки подростка, на формирование лечебной и жизненной перспективы, на повышение фрустрационной толерантности, а также очень важно помочь подростку правильно оценить свои возможности и выбрать профессиональный путь.

Литература

1. Бойко Ю.П. Совершенствование организации психотерапевтической и медико-психологической помощи детям и подросткам в Москве. Методические рекомендации № 30. – Москва, 2001. – 10с.
2. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2004. – 304с.
3. Игумнов С.А. Основы психотерапии детей и подростков: Справ. пособие / Под ред. В. Т. Кондрашенко. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 176с.
4. Иовчук Н. М. Детско-подростковые психические расстройства. – М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2003. – 80с. – (коррекционная школа)
5. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. – М.: Издательство ГУ Научный центр здоровья детей. – 2004. – 154с.
6. Психолого-педагогическая диагностика: учебное пособие / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 320с.

Психологические аспекты диагностических мероприятий в рамках реабилитации инвалидов боевых действий

Белинская Д.Б.
кафедра юридической психологии
Московского университета МВД России, г.Москва

Участие в боевых действиях можно рассматривать как стрессовое событие исключительного характера, которое может вызвать общий дистресс практически у любого человека.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов, таких, как: 1) ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации; 2) ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у непосредственного участника боя; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать; 3) воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна);

4) невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания); 5) необычный для участника войны климат и рельеф местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция и др.) [6].

Согласно клинической типологии и классификации посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в эту группу расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и экс-военнопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия.

В рамках посттравматической патологии большинство авторов выделяют три основные группы симптомов: 1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической); 2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, отчаяние, сознание безысходности); 3) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь) [4]. Среди невротических и патохарактерологических синдромов выделены характерные для ПТСР состояния: «солдатское сердце» (боль за грудиной, сердцебиение, прерывистость дыхания, повышенная потливость), синдром выжившего (хроническое «чувство вины оставшегося в живых»), флэшбэк-синдром (насильственно вторгающиеся в сознание воспоминания о «непереносимых» событиях), проявления «комбатантной» психопатии (агрессивность и импульсивное поведение со вспышками насилия, злоупотребление алкоголем и наркотиками, беспорядочность сексуальных связей при замкнутости и подозрительности), синдром прогрессирующей астении (послелагерная астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде быстрого старения, падения веса, психической вялости и стремления к покою), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознанной выгодой от полагающихся льгот и привилегий с переходом к пассивной жизненной позиции). Эти состояния обладают определенной динамикой, в частности – посттравматическая симптоматика с возрастом может не только не ослабевать, а становиться все более выраженной.

Были выделены следующие четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс [7]:

1. Происшедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;

2. Это состояние обусловлено внешними причинами;

3. Пережитое разрушает привычный образ жизни;

4. Происшедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринят.

Связанные со стрессом во время военных действий психические расстройства являются одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к обычной жизни. После возвращения к мирной обстановке на уже имеющееся связанное с войной ПТСР наслаиваются новые расстройства, обусловленные стрессами, связанными с социальной дезадаптацией ветеранов. Ветераны войны, как правило, сталкиваются с непониманием, осуждением, сложностями в общении и профессиональном самоопределении, с проблемами в сфере финансов, образования, создания или сохранения семьи и др.

Согласно результатам исследований военных медиков и психологов, особенности жизни в боевых условиях приводят к тому, что после возвращения к мирной жизни у ветерана развивается так называемый кризис идентичности, то есть утрата целостности восприятия себя и своей социальной роли. Это проявляется в нарушении способности адекватно участвовать в сложных социальных взаимодействиях, в которых происходит самореализация человеческой личности.

Необычайно острую психологическую драму испытывают инвалиды, а также те, кто потерял близких. Жизненный опыт этих людей уникален; он резко отличается от опыта не воевавших людей, что и порождает непонимание со стороны окружающих. Как правило, к бывшим бойцам относятся с непониманием и опаской, что только усугубляет болезненную реакцию ветеранов на непривычную обстановку, которую они оценивают с присущим им фронтовым максимализмом. Свидетельством того, что бывшие участники военных действий испытывают трудности процесса адаптации к условиям мирной жизни, является их конфликтное поведение в социальной среде: неспособность принять новые «правила игры», нежелание идти на компромиссы, попытки разрешить споры мирного времени привычными силовыми методами. Ветераны подходят к мирной жизни с фронтовыми мерками и переносят военный способ поведения на мирную почву, хотя и понимают, что это неадекватно.

После «фронтовой ясности» конфликты мирного времени, когда «противник» формально таковым не является и применение силовых методов борьбы запрещено законом, нередко оказываются сложными для восприятия тех, у кого выработалась мгновенная реакция на

любую опасность. Многим ветеранам трудно сдержаться, проявить гибкость, отказаться от привычки, чуть, что хвататься за оружие, в прямом или в переносном смысле.

В соответствии с особенностями проявления и течения различают три подвида посттравматических стрессовых расстройств.

В настоящее время ряд зарубежных и отечественных авторов предлагают следующие диагностические методики, для выявления постстрессовых нарушений, а так же еще одной категорией – посттравматическими личностными расстройствами (или PTPD – posttraumatic personality disorder), поскольку присутствие хронических симптомов ПТСР часто отмечается на протяжении всей последующей жизни человека, пережившего психотравм.

Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (МШ) была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий [2,3]. В настоящее время она является одним из широко используемых инструментов для измерения признаков ПТСР. МШ обладает необходимыми психометрическими свойствами, а высокий итоговый балл по шкале хорошо коррелирует с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство», что побудило исследователей к разработке «гражданского» варианта МШ, который состоял из 39 вопросов.

Предлагаемый опросник, личностный профиль кризиса [8,9], позволяет определить личностный профиль переживаемого кризиса. Его теоретической основой является положение о комплексном характере переживания кризиса, затрагивающего различные физиологические и психологические аспекты.

В настоящее время предпочтение отдается методикам так называемого «раннего обнаружения», позволяющим выявить первые признаки, указывающие на психологический дискомфорт и неблагополучие. Предлагаемый опросник, личностная социальная идентичность [9], позволяет определить уровень личностной и социальной идентичности, распознать первые признаки разлада человека с собой и со своим социальным окружением.

При этом под личностной идентичностью понимается самоопределение в терминах физических, интеллектуальных и нравственных черт индивида; под социальной идентичностью – самоопределение в терминах отнесения себя к определенной социальной группе.

На основе различных психологических исследований можно сделать вывод: человек стремится к сохранению позитивной идентичности. Ее наличие способствует восприятию окружающего

мира как более стабильного, надежного, справедливого, сбалансированного. Напротив, утрата позитивной идентичности дезорганизует внутренний мир человека. Возникает дисгармония образа своего Я и образа окружающего мира, что препятствует адекватному поведению в этом мире. Особенно массовый характер данные процессы приобретают в условиях радикальной социальной трансформации. Ответом человеческой психики на резкие изменения в социальном мире является кризис идентичности.

Опросник позволяет осуществить анализ личностной и социальной идентичности по следующим восьми позициям: 1) служба; 2) материальное положение; 3) внутренний мир; 4) здоровье; 5) семья; 6) окружающие; 7) будущее; 8) общество.

При диагностике ПТСР первостепенную роль играет выявление травматического события.

Мировая статистика показывает, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и калек – каждый третий. Другие последствия начинают проявляться спустя несколько месяцев после возвращения к нормальным условиям жизни. Это различные психосоматические заболевания.

Перечислим основные симптомы посттравматических стрессовых нарушений у ветеранов войны [11].

На процесс адаптации к новым жизненным условиям влияют характерные особенности личности. В поведении человека, вернувшегося с войны, соединяются способы поведения, сформировавшиеся под воздействием стресс-факторов боевой обстановки, и прежние (довоенные) способы поведения.

Психика каждого человека по-своему защищается от экстремальных воздействий: механизмами защитного поведения может стать двигательная возбудимость и активность, агрессия, апатия, психическая регрессия или же употребление алкоголя и наркотических веществ. Л.А. Китаев-Смык [12] разработал следующую типологию участников боевых действий с деструктивными пострессовыми изменениями личности:

1. «Надломившиеся», которым присущи постоянное переживание страха, неполноценности и неуравновешенность, склонность к жесткости. Часто они стремятся к уединению и употребляют алкоголь и наркотики.

2. «Дурашливые», склонные к инфантильным поступкам, неуместным шуткам. Как правило, они недооценивают реальную угрозу для собственной жизни.

3. «Остервеневшие», которые за время боевых действий выработали в себе гиперагрессивность. Они опасны и для себя, и для окружающих, особенно когда в руках у них оружие.

М. Горовиц выделяет четыре фазы ответной реакции на стрессовые события:

– фазу первичной эмоциональной реакции;

– фазу «отрицания», выражающуюся в эмоциональном оцепенении, подавлении и избегании мыслей о случившемся и ситуаций, напоминающих о психотравмирующем событии;

– фазу чередования «отрицания» и «вторжения» («вторжение» проявляется в «прорывающихся» воспоминаниях о психотравмирующем событии, снах о событии, повышенном уровне реагирования на все, что напоминает психотравмирующее событие);

– фазу дальнейшей интеллектуальной и эмоциональной переработки травматического опыта, которая заканчивается его ассимиляцией или аккомодацией к нему [4].

Преодоление индивидом психотравмирующего воздействия стрессоров боевой обстановки зависит не только от успешности когнитивной переработки травматического опыта, но и от взаимодействия трех факторов: характера психотравмирующих событий, индивидуальных характеристик ветеранов и особенностей условий, в которые ветеран попадает после возвращения с войны [5].

К характеристикам психотравмирующего события относят: степень угрозы для жизни; тяжесть потерь; внезапность события; изолированность от других людей в момент события; воздействие окружающей обстановки; наличие защиты от возможного повторения психотравмирующего события; моральные конфликты, связанные с событием; пассивная или активная роль ветерана: был ли он жертвой или активно действующим лицом во время события; непосредственные результаты воздействия данного события.

Среди индивидуальных характеристик ветерана выделяются: уровень развития совладающего поведения, эффективность психологической защиты, имевшиеся до травмы трудности адаптации, психические отклонения, а также демографические показатели.

Послевоенное окружение ветерана характеризуют: уровень поддержки, культурные особенности, отношение окружающих к войне, социальная помощь.

Взаимодействие этих трех факторов с процессом когнитивной переработки психотравмирующего опыта (сочетание избегания воспоминаний с периодическим их повторением) приводит либо к росту психического напряжения, либо к постепенной ассимиляции

психотравмирующего опыта. В результате возможны два исхода: психическая «реабилитация» или возникновение посттравматических стрессовых и стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс.

К фундаментальным принципам терапии ПТСР у ветеранов боевых действий относят [6]:

• принцип нормализации;

• принцип партнерства и повышения достоинства личности;

• индивидуальный подход.

Все методы, которые эффективно использовались и используются для коррекции ПТСР, можно разделить на четыре категории.

1. **Образование.** Эта категория включает в себя обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Образовательный процесс позволяет установить двусторонний обмен. Клиенты могут искать собственные ресурсы для восстановления. Например, одно лишь простое знакомство с клинической симптоматикой ПТСР помогает клиенту осознать то, что его переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает ему возможность надеяться, что специалист может понять его страдания и обеспечить необходимые поддержку и лечение.

2. Вторая группа методов лежит в области **холистического** (целостного) отношения к здоровью. Специалисты в области формирования здорового образа жизни справедливо отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление.

3. Третья категория включает методы, которые увеличивают **социальную поддержку и социальную интеграцию.** Сюда можно отнести семейную и групповую терапию. Кроме того, это развитие сети самопомощи, создание общественных организаций и участие в их деятельности. Тут важна точная оценка социальных навыков и их тренировка, уменьшение иррациональных страхов, способность идти на риск при формировании новых отношений.

4. Последняя, четвертая, категория включает собственно **терапию.** Это работа с реакцией потери, фобическими реакциями (работа с сопутствующими травмирующими образами), беседы о травматическом переживании, ролевые игры, гештальт-терапия и многие другие показанные виды психотерапии.

Все четыре перечисленных метода можно объединить понятием «социально-психологическая реабилитация».

Психологическая реабилитация – это помощь на всех этапах формирования новой системы значимых отношений. Психолог помогает военнослужащим и членам их семей восстановить и утвердить свои связи с природным, социальным и культурным пространствами жизни, реструктурировать в сознании реальности внешнего мира, соотнося их с реальностями мира внутреннего. Психологическая помощь бывшим комбатантам должна включать несколько направлений:

1. Диагностика синдрома социально-психологической дезадаптации (психоэмоционального состояния до травмы, используемых стратегий адаптации, особенностей поведения) на основании результатов психодиагностики индивидуальных особенностей.

2. Психологическое консультирование (индивидуальное и семейное). При индивидуальной работе необходимо дать клиенту возможность высказать все наболевшее, проявляя заинтересованность. Затем целесообразно объяснить, что переживаемое им состояние – временное, оно присуще всем, кто принимал участие в боевых действиях. Очень важно, чтобы он почувствовал понимание и увидел готовность помочь не только со стороны специалистов, но и со стороны близких и родных.

3. Психокоррекционная работа. Психологическая коррекция, или психокоррекция, определяется как направленное воздействие на те или иные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности [13].

Квалифицированная психотерапевтическая помощь необходима тем ветеранам, у которых отмечаются резко выраженные и запущенные нарушения адаптации (депрессия, алкоголизм, девиантное поведение и т. д.).

4. Обучение навыкам саморегуляции (снятие напряжения с помощью релаксации, аутотренинга и другие методы).

5. Социально-психологические тренинги, направленные на повышение адаптивности и личностное развитие клиента.

Модель психологической реабилитации:

1. Взаимная адаптация психолога и пациента.

2. Обучение пациента навыкам саморегуляции.

3. Катарсический этап (повторное переживание).

4. Обсуждение наиболее типичных форм поведения (на примере жизненных ситуаций).

5. Апробирование новых навыков поведения через игру.

6. Определение жизненных перспектив.

Психотерапия при ПТСР ставит своей целью помочь пациенту «переработать» проблемы и «совладать» с симптомами, которые продуцируются в результате соприкосновения с травмирующей ситуацией. Один из эффективных подходов к этой цели – помочь пациенту отреагировать травматический опыт, обсуждая и заново переживая мысли и чувства, связанные с травмой, в безопасности терапевтической обстановки. Это приводит к совладанию с реакциями, которые ранее были неуправляемыми. Такой подход может потребовать, чтобы пациент вновь погружался в содержание пережитых событий, рассматривая и анализируя свои действия и эмоциональные реакции, которые сопровождали происходившее. Психотерапия пациента, страдающего ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может продолжаться от 6 месяцев до нескольких лет.

Оценка предполагаемой продолжительности терапии – важный параметр для прогноза эффективности реабилитации, и еще более она важна для экспертного психиатрического заключения, когда очень осторожно определяется общий уровень ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. Например, пациент с ПТСР, который хорошо адаптируется на новой работе, успешно регулирует взаимоотношения с близкими, не имеет проблем в интимных отношениях, старательно и настойчиво участвует в терапии, – скорее всего, подтвердит благоприятный реабилитационный прогноз и вряд ли его состояние потребует расширения и углубления терапии.

Другой аспект психотерапии можно назвать дидактическим, или образовательным. Как правило, пациенту тем или иным образом сообщают о том, чего он может ожидать через несколько дней, недель или месяцев. Если ожидаемые изменения не появляются, пациент может ощущать утрату контроля или «ненормальность». Это может усилить травматизацию пациента, поскольку временно повысит тревогу и задержит восстановление. Такая ситуация нуждается в проработке либо на индивидуальной сессии, либо в групповой работе. Такая проработка должна осуществляться под руководством подготовленного психотерапевта, который имеет опыт как в проведении групповой работы с больными ПТСР, так и в индивидуальной помощи лицам с такими состояниями.

В терапии с клиентом, пережившим военные травмы, можно выделить три стадии [6]:

1) установление доверительного безопасного контакта, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;

2) терапия, сфокусированная на травме, с исследованием травматического материала, анализом интрузивных («вторжение») проявлений, работа с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;

3) стадия, помогающая пациенту отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями и общество.

Было отмечено, что клиенты на третьей стадии готовы сконцентрироваться почти исключительно на проблемах «здесь и сейчас», касающихся брака, семьи и разнообразных актуальных событий.

Некоторые направления психотерапии подчеркивают роль конфликтов, возникших из-за столкновения личностных ценностей и внутренней картины мира пациента с действительностью травмирующей ситуации. Поэтому коррекция тут состоит в исследовании воздействия травмы на систему ценностей и потребностей человека; в разрешении соответствующих сознательных и бессознательных конфликтов; в переводе разрушительной энергии в созидательную.

Выведение вытесненных событий на уровень сознания, эмоциональное отреагирование освобождает человека от амнезии, связанной с тенденцией избегать негативно окрашенных воспоминаний и представлений. Для этой цели широко используются проективные методики. Это также работа над восстановлением самоуважения и самоконтроля, развитие чувства ответственности, восстановление целостности Я.

Таким образом, психотерапевт помогает клиенту трансформировать, изменить свое состояние, научиться не быть жертвой. Заключительная стадия работы – это «кристаллизация идеи будущего», обсуждение новых возможностей и новых действий, принятие ответственности за предстоящие изменения, психологическая поддержка новых действий пациента.

При работе с ветеранами боевых действий хорошо зарекомендовали себя такие направления психотерапии, как гештальт-терапия, семейная терапия, нейролингвистическое программирование, символдрама и ряд других.

Литература

1. Horowitz M. J., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder // Archives of General

Psychiatry. 1980, vol. 37, 85-92.
2. Keane T.M., Wolfe J., Taylor K.L. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment //J. Clin. Psychol. 1987, vol. 43, 32-43.
3. Keane N. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity //J. Consulting and Clin. Psychol. 1988, vol. 56 (1), 85-90.
4. Horowitz MJ. Stress response syndromes. 2-nd ed. Northvale, N.J.: Aronson, 1986.
5. Green B.L. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions // Journal Of Applied Social Psychology. 1990. № 20.
6. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика,психофармакоте-рапия, психотерапия. Изд. Института психотерапии, М., 2000.
7. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб., Речь, 2004.
8. Тарас А.Е. (ред.) Современная военная психология. Мн., Харвест, 2003.
9. Урбанович А.А. Теория и практика управленческой деятельности офицера. Мн., Военная академия, 1998.
10. Урбанович А.А. Психология управления (Учебное пособие). Мн., «Харвест», 2001.
11. Колодзин Б. Как жить после психологической травмы. М., Шанс, 1992.
12. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., Наука, 1983.
13. Исурина Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., Медицина, 1983.

Проблемы социальной работы с детьми–инвалидами в общеобразовательных учреждениях города Москвы

Брянцева М.В.
Российский государственный социальный университет, г. Москва

«Ребенок–инвалид» – зачастую это словосочетание звучит как приговор, страшное проклятие. Понимая и принимая их беды и трудности, необходимо продолжать комплекс мер и программ, которые назначило Правительство Москвы и государство в целом, по

поиску причин, приводящих к таким последствиям, как ограничение и нарушение психического и физического здоровья детей, направить все силы на приспособление и улучшение городской инфраструктуры крупнейшего мегаполиса под их потребности. Именно к этим проблемам мне бы хотелось обратиться в данной статье.

В Москве зарегистрировано 1,6 млн. детей (в возрасте до 18 лет), имеющих те или иные отклонения в развитии, в том числе свыше 650 тыс. из них имеют статус инвалида.

Что же в современном обществе означает понятие «инвалид»? Это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. В общей численности инвалидов 6,2% составляют те, у кого I группа, 76,8% – II группа, 17% – III группа.

В сегодняшней России в условиях демократических преобразований интенсивно пропагандируется идея гуманизации школьного образования. Необходимо ли детям учиться и пребывать в коллективе вместе со здоровыми детьми, либо же лучше создавать для них отдельные, обособленные учреждения, в которых они будут общаться с такими же, в чем-либо ограниченными детьми? Над этим вопросом дискутируют, это действительно проблема, стоящая перед обществом в целом. Готово ли современное московское сообщество воспринимать их равными членами общества, признавать равенство прав детей–инвалидов на получение образования, досуг, занятия физкультурой и спортом, на общественную деятельность? Государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов [1, 324]. Одним из главных показателей успешной социальной реабилитации детей-инвалидов является доступ к образованию, получению профессии.

Город создает разветвленную дифференцированную сеть специализированных образовательных учреждений для детей–инвалидов. На данный период времени она включает: детские сады компенсирующего (234) и комбинированного (426) видов, специальные (коррекционные) школы и школы-интернаты (54), начальные школы–детские сады компенсирующего вида (29), средние общеобразовательные учреждения «Школа надомного обучения» (14), средние общеобразовательные учреждения «Школа здоровья» (81), санаторно-лесные школы (4), санаторные школы–интернаты (3),

центры образования (2), образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико–социальной помощи (54), учреждения начального и среднего профессионального образования (45). Всего система образования охватывает 74,5 % детей–инвалидов школьного возраста и 36,7 % детей–инвалидов дошкольного возраста. Обучение и коррекция развития в данных учреждениях реализуется по 15 образовательным программам, разработанным на базе основных общеобразовательных программ с учетом психофизических особенностей и возможностей обучающихся [2]. В настоящем предусмотрена возможность обучения детей с выраженной умственной отсталостью и детей со сложным дефектом в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений [3]. Ранее такие дети обучались только в учреждениях системы социального развития.

Учитывая общемировой подход к обучению детей с ограниченными возможностями здоровья вместе с нормально развивающимися сверстниками, в России в последние годы развивается процесс их интеграции в общеобразовательную среду. Такие классы для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, располагаются близко к месту их жительства, что ведет к сокращению интернатных учреждений для данной категории детей.

Кроме того, свыше 100 тыс. детей, имеющих легкие нарушения звукопроизношения, посещают почти 5 тыс. логопедических пунктов при общеобразовательных учреждениях. Комплектование специальных (коррекционных) образовательных учреждений (групп, классов), в которых ведется обучение, воспитание и коррекция развития детей с ограниченными возможностями, во многом зависит от качества работы медико-психолого-педагогических комиссий (МППК). Общее количество постоянно работающих и периодически создаваемых комиссий составляет более 1400 [2].

Для решения проблем инклюзивного образования в общеобразовательных школах должны быть введены занятия по пониманию инвалидности, целью которых будет понимание ситуаций, возникающих с ребенком–инвалидом и продумывание решений по выходу из данных проблем. Результатом станет формирование адекватного отношения к людям с инвалидностью, принятие их в свой детский коллектив.

Задача специалистов социальной работы, прежде всего, состоит в создании максимально благоприятных условий для включения этой категории детей в учебный процесс, общую жизнь школы, города; помощь в осознании ребенком необходимости полноценного

существования в этом мире (возможно, путем приведения положительных примеров лиц, имеющих ограничения физической деятельности, но добившихся высоких личных жизненных результатов, признания). Конечно, ребенок–инвалид нуждается в постоянном мониторинге состояния своего физического и психического развития. Поэтому специалисты социальной работы, совместно со школами и детскими садами, обязаны разработать программу помощи данной категории, включающей: получение необходимых средств реабилитации, которые помогут конкретному ребенку в стенах учебного заведения организовать систему психологической помощи и поддержки как детей–инвалидов, так и здоровых детей, обучающихся с ними, ведь данные дети также подвергаются сильному воздействию со стороны общества и педагогов и зачастую при всем желании не знают, как им помочь, или просто завязать общение с ребенком–инвалидом.

Самой важной на сегодняшний день проблемой является создание безбарьерной среды для ребенка–инвалида. Для этого необходимо: предоставлять специализированные услуги помощников, посредников и профессиональных сурдопереводчиков для облегчения восприятия детьми предлагаемой школьной программы, либо иной важной информации; расширять доступ детей–инвалидов к новым информационным технологиям; способствовать привлечению негосударственной помощи в образовательные учреждения, в которых временно или постоянно находятся дети–инвалиды; создание комнат отдыха и зон релаксации для данной категории детей, имеющих, как известно, более быструю утомляемость.

Первым серьезным шагом на пути создания безбарьерной среды для инвалидов, в том числе и детей–инвалидов, стало распоряжение Правительства Москвы №890-РП о смотре–конкурсе «Город для всех», который стал в Москве важнейшим мероприятием Года равных возможностей. Было подано более тысячи заявок по 13 номинациям, из которых определили 254 лучших. Половина из них приспособлена специально с учетом особенностей и потребностей детей–инвалидов. Это Центры социальной помощи семье и детям, центры социальной реабилитации для детей–инвалидов, Детский театр эстрады, детские библиотеки, дворцы культуры и спорта, поликлиники, жилые дома с детскими площадками, детские сады компенсирующего и комбинированного вида, и, самое важное, школы. Ведь там ребенок–инвалид проводит большую часть своего времени, и именно в школе оказывается комплекс реабилитационных мер, так необходимых ему.

Нельзя недооценивать роль специалиста социальной работы в образовательном учреждении, ведь он является тем связующим звеном между ребенком–инвалидом и социумом. Специалист, работающий с данной группой инвалидов, должен обладать комплексом профессиональных знаний, умений и навыков, которые уже были опробованы им. Ведь дети–инвалиды – это особая группа клиентов, и ошибка может привести к потере контакта с ребенком, так как социальная работа в системе образования еще только начинает свое становление, поэтому чаще можно встретить обращение, а порой и отождествление её с социальной педагогикой, так как при работе с детьми–инвалидами, для достижения результата и задачи, зачастую приходится использовать знания из различных гуманитарных и социальных наук, но необходимо помнить основные цели специалиста по социальной работе: способствовать устранению и преодолению специфических трудностей в процессе социализации детей–инвалидов; развивать процесс социализации, имеющий целью ознакомить всех учащихся, независимо от их физического состояния, с их ролевыми перспективами и шансами в обществе, с общественными запросами; способствовать развитию личностных и социальных образовательных процессов на стадии обучения и выбора профессии; участие в педагогическом разрешении потенциальных и готовых вспыхнуть конфликтов.

Проанализировав ситуацию, сложившуюся в городе Москве по отношению к детям–инвалидам в образовательных учреждениях, можно сделать вывод, что социальная служба в школе предназначена для организации активного сотрудничества как школьной администрации, педагогов, учеников и родителей между собой, так и внешних социальных структур с ними для оказания реальной, квалифицированной, всесторонней и своевременной помощи детям по защите их личностных прав и предупреждения их нарушения.

Только при поддержке Правительства Москвы и совместных усилий москвичей можно превратить город, а вместе с ним и образовательные учреждения, в места, где детям–инвалидам будет жить и обучаться комфортно, независимо от их особенностей. Социальная работа как достаточно молодая наука только начинает осваивать сферу образования. И несмотря на то, что дети–инвалиды являются уже достаточно хорошо изученной категорией клиентов социальной работы, обладающей своими особенностями, к ней уже подобраны методы решения проблем: в системе образования еще предстоит проделать много работы, а начать нужно с определения роли специалиста социальной работы в образовательном учреждении,

определения его должностных функций и обязательств, отделения и недублирования их с функциями социальных педагогов и мн. др.

При всех положительных сторонах работы с детьми-инвалидами можно констатировать, что еще недостаточно активно осуществляются мероприятия по части включения детей, имеющих инвалидность, в обычную среду. Необходимо более четко обозначить задачу устранения любых форм дискриминации ребенка, имеющего инвалидность.

В целях совершенствования работы с детьми с ограниченными возможностями развития представляется необходимым: развивать дифференцированную сеть спецучреждений, инновационные формы организации обучения, как школы надомного обучения, интегрированная форма; совершенствовать нормативно-правовое, научно-методическое обеспечение по вопросам организации раннего выявления и помощи таким детям; укреплять материально-техническую базу спецучреждений; совершенствовать систему подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов социальной сферы.

Литература

1. См.: Закон РФ «Об образовании» (в ред. Федеральных законов от 13.01.1996 №12-ФЗ, от 16.11.1997 №144-ФЗ, от 20.07.2000 №102-ФЗ, от 07.08.2000 №122-ФЗ) // Сборник Законов РФ. – М., 2002. – С. 324, п. 6, ст. 5.

2. См.: Соблюдение прав детей на образование. Обучение детей с ограниченными возможностями развития / Законодательство РФ в сфере обеспечения прав и интересов детей // Документ УД АД МВД РФ. – Вх. № 20820 от 12.07.2006 г.

3. См.: Инструктивные письма Минобразования России от 04.12 2000 г. №46 и от 03.04.2003 г. №27/2722-6.

Использование здоровьесберегающих технологий при организации психологической помощи в условиях инклюзивного образования

Воробьева Г.Е.
НИИ БелГУ, г. Белгород

Здоровье человека — тема для разговора достаточно актуальная для всех времен и народов, а в XXI веке она становится первостепенной. Состояние здоровья российских школьников

вызывает серьезную тревогу специалистов. Наглядным показателем неблагополучия является то, что здоровье школьников ухудшается по сравнению с их сверстниками двадцать или тридцать лет назад. При этом наиболее значительное увеличение частоты всех классов болезней происходит в возрастные периоды, совпадающие с получением ребенком общего среднего образования. [3]

Здоровье ребенка, его социально-психологическая адаптация, нормальный рост и развитие во многом определяются средой, в которой он живет. Для ребенка от 6 до 17 лет этой средой является система образования, так как с пребыванием в учреждениях образования связаны более 70% времени его бодрствования. По данным Института возрастной физиологии РАО, школьная образовательная среда порождает факторы риска нарушений здоровья, с действием которых связано 20-40 % негативных влияний, ухудшающих здоровье детей школьного возраста. Исследования ИВФ РАО позволяют проранжировать школьные факторы риска по убыванию значимости и силы влияния на здоровье учащихся:

а) внешние факторы (за пределами образовательного учреждения): экология; семья и микроклимат в ней; наследственность; недостаточная грамотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей; круг общения, вредные привычки; питание; здоровый образ жизни.

б**)** внутренние факторы (в самом образовательном учреждении): стрессовая педагогическая тактика; несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников; нарушение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса; «провалы» в существующей системе физического воспитания; интенсификация учебного процесса; функциональная неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья; частичное разрушение служб школьного медицинского контроля; отсутствие системной работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни [1].

Сила влияния школьных факторов риска определяется тем, что они действуют: комплексно и системно; длительно и непрерывно (9-11 лет ежедневно).

Итак, традиционная организация образовательного процесса создает у школьников постоянные стрессовые перегрузки, которые приводят к поломке механизмов саморегуляции физиологических функций и способствуют развитию хронических болезней.

Так как в настоящее время большое внимание стали уделять переходу от интеграции к инклюзивному образованию, которое подразумевает объединение практиков комбинированного, компенсирующего, специального и общего образования, где главенствует идея справедливого равенства для всех учащихся. При этом образовательная модель для всех учащихся должна быть гибкой, разносторонней и индивидуализированной в созданных условиях.

Восстановление и поддержание здоровья детей, повышение функциональных резервов и адаптационного потенциала организма, улучшение качества жизни и работоспособности ребенка является актуальной задачей профилактического и реабилитационного направлений учебно-воспитательного процесса. В связи с этим, приоритетным направлением является научное обоснование и разработка специальных технологий, применение которых в общей системе образования должно способствовать устранению нарушений регулирующих систем, усилению способности к саморегуляции и повышению защитных механизмов наряду с целенаправленным воздействием на функциональные нарушения в различных системах организма.

В системе инклюзивного образования охрану здоровья детей можно назвать приоритетным направлением, поскольку лишь здоровые дети в состоянии должным образом усваивать полученные знания и в будущем способны заниматься производительно-полезным трудом. Поэтому современная школа должна быть насыщена образовательными технологиями, которые помогут осуществлять обучение, воспитание и развитие личности в максимально быстром темпе. Одной из разновидностей педагогических технологий, на наш взгляд, являются здоровьесберегающие.

Описанием таких технологий занимаются многие исследователи, ученые (В.Д. Сонькина, Н.К. Смирнова, О.В.Петров) [2], которые по-своему рассматривают понятия здоровьесберегающей образовательной технологии. Но все указывают на одну закономерность при применении её в учебно-воспитательном процессе, а именно, учет особенностей возрастного развития школьников и разработка образовательной стратегии, соответствующей особенностям памяти, мышления, работоспособности, активности учащихся определенной возрастной группы и создание благоприятного эмоционально-психологического климата в учебно-воспитательном процессе. А это очень важно в системе инклюзивного образования, так как образовательная модель

для всех учащихся — гибкая, разносторонняя и индивидуализированная, в интегрированных условиях.

Следует отметить, что все здоровьесберегающие технологии в системе инклюзивного образования, на наш взгляд, применяемые в учебно-воспитательном процессе, должны быть разделены на три основные группы:

- технологии, обеспечивающие гигиенически оптимальные условия образовательного процесса;
- технологии оптимальной организации учебного процесса и физической активности школьников;
- разнообразные психолого-педагогические технологии, используемые на уроках и во внеурочной деятельности педагогами и воспитателями.

Такое разделение позволит правильно организовать учебно-воспитательный процесс, с учетом уровня функционального состояния школьников в процессе учебной деятельности, возможность длительно поддерживать умственную работоспособность на высоком уровне и предупреждать преждевременное наступление утомления. Известно, что школьный урок оказывает серьезнейшее влияние (положительное или отрицательное) на здоровье учащихся. А так как здоровьесберегающие технологии включают специфические для каждого ребенка природные возможности, действие которых направлено на стимуляцию компенсаторно-адаптивных процессов, совершенствование саморегуляции, мобилизацию резервов функциональных систем, что составляет сущность адаптации к фактором среды. Поэтому большое значение здоровьесберегающих технологий определяется способностью с помощью внешних воздействий противостоять отрицательному влиянию внутренних факторов, а именно нарушениям центральной и вегетативной нервной системы, психоэмоционального состояния, нарушениям функции сна, состоянию стресса, нарушениям активности и снижению жизненных сил, избыточного веса, гиподинамии, нарушениям метаболизма. Важно, что правильно организованный учебно-воспитательный процесс побуждает к здоровому образу жизни.

Таким образом, каждая современная школа должна стать «школой здоровья», а сохранение и укрепление здоровья учащихся должно стать приоритетной функцией образовательного учреждения. От каждого из нас, педагогов, во многом зависит состояние здоровья и душевного состояния учащихся.

Литература

1. Карасева Т.В. Современные аспекты реализации здоровьесберегающих технологий // «Начальная школа», 2005. - № 11. С. 75;
2. Мухаметова Ф.Г. Здоровьесберегающие технологии в классах коррекционно-развивающего обучения // «Начальная школа», 2006, № 8. С. 105;
3. Новые здоровьесберегающие технологии в образовании и воспитании детей: [гендер. подход в обучении и воспитании: психол. аспект]/ С.Чубарова, Г. Козловская, В. Еремеева // «Развитие личности», 2009 -№2.-С.171-187.

Взаимосвязь психических состояний инвалидов с адаптационным потенциалом личности

Добрынина О.А., Добрынина М.А.

Новокузнецкий филиал-институт ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет»

г. Новокузнецк

По данным ООН, каждый десятый человек на планете имеет инвалидность, один из десяти страдает от физических, умственных или сенсорных дефектов и не менее 25% всего населения имеют серьёзные проблемы здоровья.

Число инвалидов ежегодно увеличивается. Этому способствует множество факторов: производственный травматизм, рост заболеваемости, ухудшающаяся экологическая обстановка. В нашей стране вплоть до начала 21-го века проблемы инвалидов оставались на периферии общественного сознания, «за границами» жизни здорового человека. Само понятие «инвалид» только в последнее время стало наполняться другим содержанием, приобретать не только медицинский, но и социальный смысл.

Известно, что болезни, травмы, дефекты создают особую ситуацию развития личности, так как у человека, ставшего инвалидом, изменяются условия существования, а, следовательно, меняется качество и стиль жизни. Эффективность реабилитационных программ в решающей мере зависит от реакции человека на заболевание, от особенностей его личности, от психологических защитных механизмов.

Целью нашего исследования является выявление взаимосвязи психических состояний инвалидов с адаптационным потенциалом их личности. Выборку составили 50 человек с постампутационными дефектами нижних конечностей, находящихся на лечении в Новокузнецком научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Анализ психических состояний пациентов осуществлялся с помощью тестов: «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера-Ханина), шкалы депрессии Зунга (адаптация Т.И. Балашовой), диагностического опросника «Одиночество» (С.Г. Корчагиной), опросника САН. Диагностика социально-психологической адаптации проводилась на основе многоуровневого личностного опросника К. Роджерса и Р. Даймонда, теста «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина.

В данной работе были рассмотрены такие понятия, как адаптация, адаптационный потенциал личности, психические состояния. Адаптация состоит из следующих компонентов: эмоционального, описывающего общее эмоциональное состояние человека; когнитивного, включающего в себя все психические познавательные процессы, поведенческого или практического, определяющего деятельность человека в социуме. То есть, это комплексная реакция на изменение ситуации.

Немаловажную роль в адаптационном процессе играет адаптационный потенциал личности, представляющий собой сложную систему социально-психологических, психических, биологических свойств и качеств, активируемых личностью для создания новых стилей поведения в изменяющихся условиях жизни. Психические состояния можно оценивать, с одной стороны, как некий фон, способствующий или препятствующий возникновению определенных эмоций, а, с другой стороны – как последствия длительного переживания эмоций и чувств.

При диагностике психических состояний личности было установлено, что всей группе опрошенных присущ высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности (84% и 80%). Высокая тревожность была свойственна как мужчинам, так и женщинам; причём в равной мере она проявлялась у пациентов с различной степенью ампутации конечностей.

Повышенная тревожность свидетельствует о психологических проблемах человека. Пациенты воспринимают сложившуюся ситуацию как угрозу их социальной значимости, считают, что жизнь «закончилась». Тревожность может быть вызвана их неуверенностью

в своем будущем, ощущением «ущербности». При этом можно констатировать, что состояние депрессивности наблюдалось лишь у 6% пациентов, это проявлялось у женщин в возрастной группе 45-50 лет, перенесших операцию по ампутации бедра. Их депрессия была обусловлена ситуативным или невротическим генезом. У таких пациентов фиксировалось пониженное настроение, апатия, угнетенное состояние, присутствовало чувство вины и неполноценности, ощущение бесперспективности в жизни. Низкий уровень одиночества испытывали 60% пациентов, у 40% отмечены средние значения показателей по данной шкале. Следовательно, большая часть обследованных инвалидов ощущает психологическую поддержку семьи и друзей, не испытывает недостатка в социальных контактах. Мужчины ощущают одиночество примерно в той же степени, что и женщины. У 68% инвалидов отмечен низкий уровень активности.

При анализе социально-психологической адаптации (методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда) были получены следующие результаты. В целом по выборке присутствует средняя степень адаптации (54%), высокий уровень адаптации выявлен у 30%, низкий уровень адаптации – у 16% инвалидов. Высокие и средние значения показателей убеждают, что большинство обследуемых хорошо ориентируются в социальных ситуациях, приспособлены к взаимодействию с окружающими, объективно оценивают состояния окружающих людей. Проведенный анализ гендерных различий показал, что большинство женщин и мужчин, характеризуются средним уровнем адаптации (68% и 76%). Мужчины в данной группе успешнее справляются со сложившимися стрессовыми ситуациями, реалистичнее воспринимают себя и свои отношения с другими людьми. Они более адаптированы к общению с окружающими, легче вступают в контакты с людьми, более целеустремленны, чем женщины.

Оценка взаимосвязи между психическими состояниями и личностным адаптационным потенциалом проводилась методом расчёта коэффициента корреляции по Пирсону. В ходе исследования была установлена прямая корреляционная связь между: адаптацией и самочувствием ($r = 0,44$; $p<0,01$); адаптацией и настроением ($r = 0,52$, $p<0,01$); адаптацией и личностным адаптационным потенциалом ($r = 0,39$, $p<0,01$). Это указывает на то, что чем благоприятнее психическое состояние, тем лучше инвалид адаптируется в условиях социальной среды.

Мы пришли к выводу, что адаптация представляет собой комплексную реакцию на изменение ситуации. Процесс адаптации

разворачивается во времени, проходя несколько последовательных этапов. При переходе с одного этапа на другой личность решает ряд взаимосвязанных задач, и каждая последующая стадия процесса включает в себя результат, достигнутый на предыдущей. Решение задач адаптации затрагивает практически все компоненты личности, и изменения, происходящие в личности, можно отследить, по крайней мере, на трёх уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом (динамика общего эмоционального состояния, степени информированности о ситуации и характера активности, направленной на её преобразование).

Инвалиды относятся к категории так называемого мало мобильного населения и являются наименее защищенной, социально уязвимой частью общества. Это связано, прежде всего, с дефектами их физического состояния, вызванного заболеваниями, приведшими к инвалидности, а также с имеющимся комплексом сопутствующей соматической патологии и с пониженной двигательной активностью, характерными для большинства инвалидов. Кроме того, в значительной степени социальная незащищенность этих групп населения связана с наличием психологического фактора, формирующего их отношение к обществу и затрудняющего адекватный контакт с ним. Инвалид как бы обособлен от общества, остается один на один со своими собственными проблемами. Замкнутое пространство, ограниченность общения снижают адаптацию. В реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья основная задача психолога, на наш взгляд, состоит в том, чтобы «не избавить от заболевания», «не вылечить», а научить жить, максимально используя компенсаторные возможности психики и особенности личности. Опыт работы показывает, что каждый инвалид сталкивается с необходимостью самостоятельного индивидуального выбора стратегии адаптации к своему заболеванию. Людям с ограниченными возможностями в нашем обществе требуется высокая эмоциональная устойчивость, воля, оптимизм, чтобы выделить для себя позитивное направление саморазвития, нацеленное на сохранение себя как личности, на продолжение активной жизнедеятельности. Такой позитивный конструктивный выбор возможен при условии наличия у человека адекватной самооценки, ощущения целостности «Я», наличия социально – психологической активности, адекватного отношения к своему заболеванию. В связи с этим, назрела необходимость разработки психологического сопровождения, проектирования продления активной

жизнедеятельности через стабилизацию: «Я - концепции» на стадии адаптации.

Организация психологической службы в инклюзивном детском саду

Игнатов М.А.
ГОУ ДС №288, г. Москва

Инклюзия – процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех, в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми потребностями.

Т.е. применительно к детскому саду это процесс, в котором в группу детей условно возрастной нормы включаются дети с особенностями в развитии. Притом инклюзия предполагает не механическое включение, но реформацию образовательного процесса, в таком ключе, что все дети могут развиваться вместе.

Воспитательный процесс меняется параллельно с изменением требований к работе специалистов, включенных в работу, в том числе, психологов. Согласно должностной инструкции, педагог-психолог осуществляет профессиональную деятельность, направленную на сохранение психического, соматического и социального благополучия воспитанников в процессе воспитания и обучения в учреждениях. Если подходить к этому определению серьезно, то мы имеем специалиста, который может работать в любой сфере, так или иначе затрагивающей благополучие ребенка: отношения в семье, группе сада, составление и реализация образовательной и воспитательной программ, отношения с педагогами, специалистами, мониторинг развивающей среды и т.д.

В связи с тем, что диапазон различий в среде детей, с которыми мы сталкиваемся в инклюзивном образовательном учреждении значительно превосходит диапазон различий в детском саду компенсирующего или общеразвивающего вида, и требования к работе психолога возрастают, деятельность педагога-психолога в инклюзивном учреждении подразумевает изменение подходов к работе и ясное понимание границ собственной компетентности и объема оказываемой помощи. Здесь мы представим основные формы работы психологической службы и способы ее организации и координации, которые представляются необходимыми в среде, включающей совершенно различных детей.

Работа психологической службы сада

В широком смысле психолог – это специалист по адаптации. В инклюзивном детском саду показателем адаптивности ребенка может служить его включенность в работу группы: занятия, режимные моменты и свободную игру. Группа представляется нами как модель социума, в котором действует ребенок, а его удачи и неудачи в процессе воспитательного процесса могут служить индикаторами тех способов, которыми ребенок устраивает свою жизнь не только в группе, но и в более широком контексте. Так как не только дети с ОВЗ могут иметь трудности с адаптацией в группе, потенциальными клиентами психолога становятся и типично развивающиеся дети.

Для успешной работы сада необходимо, чтобы педагог-психолог был готов к работе как с детьми с ОВЗ, так и с типично развивающимися детьми, так как и те и другие могут сталкиваться с различными трудностями.

Расширение круга вопросов, с которыми сталкивается психолог инклюзивного детского сада, ставит вопрос о необходимости междисциплинарного подхода к составлению и реализации индивидуальной программы развития воспитанников. Работа психолога на инклюзивной группе предполагает обязательное выделение одного часа в неделю, на междисциплинарные консилиумы в группе, на которые приходят не только воспитатели, но и логопеды и дефектологи, ведущие детей с данной группы. Междисциплинарная оценка детей может проводиться с привлечением сил специалистов других учреждений индивидуально или с поддержкой окружной ПМПК.

Текущая координация работы психологической службы на 10 инклюзивных группах в саду 288 предполагает выделение руководителя психологической службы, который осуществляет координацию работы психологов, супервизию трудных случаев, контроль заполнения документации и мониторинг индивидуальных программ развития.

На данный момент в саду на 10 инклюзивных групп действуют 5 психологов, один из которых кроме основных обязанностей несет функцию руководителя психологической службы. Руководитель раз в неделю собирается на координационный совет сада, под руководством заведующей сада, на котором определяются ближайшие задачи служб и структурных подразделений сада.

Общее время работы определяется нагрузкой психолога, которая может варьироваться, однако вне зависимости от количества рабочих часов, каждый психолог половину своего времени уделяет работе с детьми с ОВЗ, которые имеют пометку о необходимости

занятий с психологом в заключении ПМПК, а вторая половина выделяется на работу с обычными детьми. Два методических часа в неделю психологи тратят на собрание психологической службы, присутствие на котором обязательно.

Направления работы психолога:

- Просвещение
- консультирование
- коррекция
- профилактика
- диагностика

Кроме общеизвестных направлений работы, мы выделяем специфичные для инклюзивного учреждения направления:

- Разработка путей включения детей – Психолог занимается подбором способов включения детей в занятия и фиксирует эти способы в индивидуальной программе развития ребенка, в зависимости от особенностей ребенка такие способы могут кардинально отличаться друг от друга степенью директивности, ролью взрослого, средствами привлечения ребенка.

- Организация взаимодействия специалистов. Административные ресурсы не всегда позволяют контролировать проведение междисциплинарных собраний в группах – именно психологи занимаются организацией междисциплинарных собраний и без их участия данная форма работы не может адекватно функционировать.

Формы работы психолога:

- индивидуальные занятия – форма работы, адресованная детям с ОВЗ, нуждающимся в коррекционно-развивающей помощи и типично развивающимся детям в тех случаях, когда в подгруппе провести коррекцию невозможно: страхи, тревожность, выраженный негативизм, агрессия и т.д. В

конце статьи приведена таблица основных программ, по которым работают психологи сада.

- подгрупповые – адресованы детям, испытывающим трудности в организации продуктивной игры, коммуникации с другими детьми, имеющим схожие трудности, с которыми можно продуктивно работать в подгруппе.
- работа в паре – форма работы направленная на гармонизацию детско-родительских отношений средствами ПИТ. Редкая форма, так как требует много времени и высокой мотивации родителей.
- детско-родительские группы – групповая работа с родителями детей от 3х лет, направленная на изучение отношений, поддержку родительской компетентности и интеграцию семей родителей. Группа опирается на гештальт-терапевтическую модель работу с группой и технику работы с проекцией В. Оклендер.
- индивидуальная работа с родителями – разовые встречи с родителями в начале года, встречи по коррекции ИПР и консультативная работа. В рамках сада мы не можем уделять внимание долговременной работе и перенаправляем родителей к другим специалистам, в случае появления запроса.
- семинары для специалистов – форма работы, направленная на психологическое просвещение воспитателей и других специалистов, семинары проводятся по запросу заведующей или специалистов сада.
- междисциплинарные консилиумы – на каждой инклюзивной группе один час в неделю отводится на проведение междисциплинарных консилиумов. Выделяется время в тихий час, когда все специалисты могут собраться и обсудить детей. В основном, на одном междисциплинарном консилиуме рассматривается один или пара детей.

Работа психологической службы в течение года:
Адаптационный период

В конце августа перед началом работы мы уже обладаем полными списками групп (здесь и далее мы описываем ситуацию сада №288, в котором кроме служб и групп кратковременного пребывания, всего 10 возрастных групп). Исходя из этих списков, мы можем примерно представить себе ситуации на группах на начало года.

Инклюзия понимается нами как процесс включения всех детей в образовательный и воспитательный процесс с учетом их индивидуальных особенностей. Т.е. мы рассматриваем в качестве нуждающихся в психологической поддержке не только детей с ОВЗ, но и типично развивающихся и одаренных детей.

Дети, посещающие детский сад, таким образом, условно делятся на три части: дети нуждающиеся в развивающей и профилактической работе, дети, требующие коррекционной помощи и работы с родителями, и семьи, только поступившие в сад и нуждающиеся во внимании в связи с новой для себя социальной ситуацией. Мы отмечаем «горячие точки» – тех детей, которые по тем ли иным причинам могут испытывать трудности в процессе адаптации или нуждающиеся в долговременном сопровождении и «слепые пятна» – детей, которых мы не знаем или обладаем недостаточной информацией.

Также мы смотрим состояние педагогического состава на группе, определяем места, где группа нуждается во внимании психолога: новый педагог, смещение педагога с другой группы, временная замена, личностные особенности педагогов и т.д. Важно чтобы на адаптивный период группа имела представителя в лице старшего по группе, который будет ответственным лицом перед родителями и самым главным взрослым на группе для детей.

Еще до первого сентября педагог-психолог проводит в своей группе междисциплинарный консилиум, посвященный плану на адаптивный период. Цели консилиума:

– Прочтение списка и выявление возможных сложностей;

– Создание плана на адаптивный период, состоящего из списка мер профилактики дезадаптации и ответственных за проведение этих мер. Сюда мы включаем определение порядка общения с родителями, режима дня, особенностей ведения занятий, назначение первичных встреч и т.д.;

– Составление примерного расписания работы педагогов и оценка ситуации в педагогическом коллективе на группе;

– Определение порядка передачи документов на детей из других групп и служб, сбора первичной информации в ситуации поступления новой семьи.

По результатам консилиумов собирается собрание психологов, которые описывают состояние возрастных групп на начало года и могут заявить о необходимости поддержки других служб.

После планирования начинается реализация плана на адаптационный период. Важно, чтобы максимальное количество специалистов первые недели было ориентировано на помощь непосредственно в группах, психологи не исключение.

Годовое планирование: долговременные цели и текущие цели

Каждая группа детского сада имеет перед собой долговременные цели, определяющиеся образовательной программой, возрастом детей, психологическими задачами возраста. В постоянно меняющейся группе возможны совершенно разные ситуации, которые предсказать невозможно, соответственно, наряду с долговременными целями у нас есть и кратковременные, ориентированные на решение текущих затруднений в группе. Конфликты детей, родителей и воспитателей, сложности в работе с семьей, организационные нестыковки, дезорганизация на занятиях или отсутствие прогресса в занятиях, диагностические сложности, нарушение режима или сложности в дисциплинарных моментах – все это вопросы, которые требуют своевременного решения. Для своевременного реагирования на подобные события психологическая служба собирается на собрание раз в неделю на 2 часа. Данное собрание проходит по заранее оговоренному руководителем службы плану или может рассмотреть вопрос неотложного характера. На собрании психологи служб могут озвучивать запросы к старшему воспитателю, логопеду, заведующей садом или методисту, которые руководитель вынесет на обсуждение координационного совета. В рамках собраний так же проводится супервизия работы силами участников или с приглашением специалистов других служб (например, руководителя лекотеки или старшего воспитателя). Любая острая ситуация на группе решается силами специалистов группы, часто психолог является организатором и исполнителем этой работы. Если проблема не может быть решена силами специалистов, то руководитель психологической службы обращается к координационному совету, где обсуждается дальнейшая работа. Проблемами, выходящими за рамки возможностей специалистов групп, могут быть затянувшиеся конфликты между воспитателями или родителями, необходимость получения консультации у специалистов других центров, судебные разбирательства, недоверие к специалистам и т.д.

Диагностика, запросы, групповой запрос

Диагностические обследования проводятся психологами на всех возрастных группах сада и охватывают всех детей. Подробная психологическая диагностика, включающая встречу с родителями проводится с детьми недавно пришедшими в сад или пришедшими из службы, детьми из группы сложной структуры дефекта и детьми на работу с которыми есть запрос специалистов (в том числе сам психолог видит необходимость работы) или родителей. Подробная же диагностика включает в себя:

- Запрос родителей или специалистов
- Описание внешнего вида и поведения на обследовании
- Характеристика познавательной деятельности (операциональные характеристики, мнестическая деятельность, наглядно-образный компонент, вербально-логический компонент), а также уровень развития школьных навыков в подготовительной группе
- Характеристика аффективно-эмоциональной сферы
- Характеристика моторной сферы
- Описание особенностей социального взаимодействия
- Описание игры (или способов взаимодействия с предметами и стереотипов)
- Описание продуктивной деятельности
- Характеристика уровня развития бытовых навыков

Запрос на работу может поступить как от родителей, так и от других специалистов. Следует отметить, что запрос является поводом для подробной диагностики, но не является руководством к действию. Если запрос родителей расходится с мнением специалиста – это повод для междисциплинарного обсуждения и поиска решений. Кроме индивидуальных запросов на работу с ребенком сама группа может служить источником запроса на работу психолога. Чаще всего это касается определенных особенностей состава группы и конфликтов с родителями.

Ограничения работы психолога

Как уже отмечалось выше, работа психолога в инклюзивном учреждении предполагает ясное понимание границ собственной компетентности и границ оказываемой помощи.

В нашем саду мы понимаем, что не можем оказывать долговременную консультативную помощь конкретному родителю,

т.к. это предполагает использование всего времени, отводящегося на консультативную работу.

Мы ограничиваем объем консультативной поддержки воспитателей в группах одним или парой часов в неделю, т.к. чрезмерная поддержка педагога размывает границы его ответственности и снижает эффективность его работы.

В работе с детьми с ОВЗ важно составлять план работы с учетом не только первичного дефекта, но и вторичных и третичных дефектов, которые сопутствуют первичному нарушению и усугубляют его. Например, индивидуальная программа развития для ребенка с детским церебральным параличом не может строиться исключительно на развитии движения и пространственного восприятия, поскольку нарушения социального взаимодействия и формирующиеся на их основе личностные характеристики тоже нуждаются во внимании и соответствующей работе. Разделение сфер влияния специалистов помогает не упустить каждую из этих сфер и одновременно разгружает специалиста.

Примерный перечень программ:

Дети с ОВЗ:

Название программы, метода или методики Авторство	**Цель**	**Адресат**	**Краткое содержание**
Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития. Баянская Е.Р. Либлинг М.М.	Отлаживание форм эмоционального контакта ребенка с близкими, формирование привязанности, стимуляция подражания и речевой активности, смягчение	Пособие адресовано детским психоневрологам, психологам, невропатологам, воспитателям дошкольных учреждений, логопедам, дефектологам. Оно рекомендовано родителям, воспитывающи	В пособие рассматриваются закономерности начальных этапов эмоционального развития при раннем детском аутизме. Представлены методы диагностики нарушений взаимодействий ребенка с

	аффективных проблем.	м детей с особенностями эмоциональног о развития.	окружающим миром и признаков искажения его аффективного развития. Предлагаются направления психологической коррекционной работы, ориентированной на семью ребенка.
Комплексное развитие детей с синдромом Дауна: групповые и индивидуальны е занятия Медведева Т.П. Панфилова И.А. Поле Е.В.	Всестороннее развитие ребенка с СД.	Адресовано широкому кругу специалистов, заинтересованн ых в развитии, обучении и интеграции детей с СД.	Методическое пособие посвящено развитию речи, моторных навыков, познавательной деятельности и социальной адаптации детей с СД. В нем изложены теоретические основы и практические методы работы с такими детьми в процессе групповых и индивидуальных занятий.
Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна	Развитие всех сторон психики. Социальная адаптация в группе	Дети синдромом Дауна и их семьи	Дано научно-методическое обоснование форм и содержания работы с детьми

Жиянова П.Л.			раннего возраста с СД, описана специфика их развития. Приведены последовательность и закономерности развития различных навыков и способностей в норме и при наличии СД, прописаны показатели развития и приемы на развитие разных сфер. Описана структура и содержание групповых занятий с детьми с СД, сценарии и задачи по разным частям занятия. В приложении есть логопедический материал и диагностические таблицы по развитию интеллекта, навыкам самообслуживания и социально-эмоционального

			развития. Списки игрушек для игровой, потешки.
Ребенок с церебральным параличом Помощь, уход, развитие. Нэнси Р. Финни	Ознакомление с проблематикой, приемы помощи, варианты развития, рекомендации	Книга для родителей и специалистов, работающих с детьми с ДЦП	Содержит основные сведения по ДЦП, описывает возникающие проблемы в развитии ребенка в уходе и организации жизни. Приведены рекомендации по организации жизни и формировании повседневных навыков, развитию коммуникации. Для введения специалистов в проблемы семьи с ребенком с ДЦП, ориентировки в общих вопросах.
Победить аутизм Метод семьи Кауфман Составитель Холмогорова Н.Л.	Ознакомление с проблематикой, приемы помощи детям, страдающим аутизмом.	Специалисты, дети с РАС, РДА и их семьи	Программа предназначена для помощи детям, страдающим аутизмом.
Особый ребенок Исследования и опыт помощи	Передать практический опыт работы	Специалисты, дети, имеющие различные	Издание отражает практический

Выпуск 2 Центр лечебной педагогики	с детьми, испытывающими трудности развития.	нарушения.	опыт работы с детьми, испытывающими трудности развития. В данном издании излагается о коррекционных занятиях художественным творчеством, о лечебно-педагогической работе с детьми, имеющими различные нарушения общения и проблемы поведения.
Аутичный ребенок: пути помощи **Под редакцией О.С. Никольской**	Работа по развитию эмоциональной сферы, навыков социального взаимодействия и развития деятельности у детей с расстройствами аутистического спектра	Специалисты работающие с детьми с нарушениями аутистического спектра	В книге все аутичные дети подразделяются на четыре группы, для каждой из которых характерен свой уровень развития коммуникативной, социальной и деятельностной сфер. Для каждой группы определены основные задачи работы психолога.
Индивидуально-ориентированная коррекционно-	Комплексная программа работы с	Специалисты лекотек	Программа составлена на основе

развивающая программа «ЛЕКОТЕКА», авторы А.М. Казьмин, Е.А. Петрусенко и др.	ребенком с ОВЗ в рамках службы «Лекотека»		различных подходов к работе с детьми с ОВЗ и направлена на развитие моторной сферы, навыков общения, когнитивное развитие и личностно-социальное развитие.

Типично развивающиеся дети:

Название программы, метода или методики Авторство	Цель	Адресат	Краткое содержание
Практический психолог в детском саду А.Н. Веракса, М.Ф. Гуторова	Комплексное развитие и коррекция эмоционально-волевой сферы у дошкольников	Начинающие педагоги-психологи	В программе представлены примерные конспекты занятий по развитию эмоциональной сферы и коррекции поведения, упор делается на подгрупповые занятия с использование фольклорных игр.

Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь. Крюкова С.В. Слободяник Н.П.	Развитие эмоциональной сферы детей, адаптация к новым условиям жизни	Программы эмоциональн ого развития детей дошкольного и младшего школьного возраста	Программы могут быть использованы как единый комплекс, в то же время их можно применять и по отдельности. Основная цель первой программы – «Давайте жить дружно» - адаптация детей к условиям дошкольного учреждения, создания у них чувства принадлежности к группе, положительного эмоционального фона, развитие коммуникативных навыков. Вторая программа направлена непосредственно на развитие эмоциональной сферы детей, умение понимать свое эмоциональное состояние, распознавать чувства других людей.
Цветной Мир Л.	Коррекция эмоциональных	Для работы с детьми 3-10	Программа состоит из серии

Мардер	нарушений дошкольников и младших школьников	лет.	тематических арт-терапевтических занятий. Темы занятий подобраны с учетом динамики группы и посвящены исследованию основных эмоций: страха, радости, грусти, злости и т.д.
Тренинг по сказкотерапии Зинкевич Евстигнеевой	Развитие эмоционально-волевой сферы ребенка, корректировка возникающих у него эмоциональных проблем, развитие личности.		В этом сборнике представлены многофункциональные сказкотерапевтические программы. Используя эти программы, можно развить эмоционально-волевую сферу ребенка, скорректировать возникшие у него эмоциональные проблемы, развить его личность, сформировать созидательную систему ценностей.
Игротерапия В. Экслайн	Разностороннее развитие, психологическая коррекция эмоциональных нарушений детей.	Для работы с детьми до 8 лет, как условно-возрастной нормы, так и детей с	Недирективная форма игротерапевтической работы с ребенком, разработанная В. Экслайн в 60-х

		особенностями в развитии.	годах XX века. Направлена на работу эмоциональными нарушениями у детей, путем поддержки самостоятельности ребенка, его способности к творческому приспособлению и самостоятельному установлению контакта со взрослым. Основные особенности: четкий свод правил и постоянное эмпатическое слушание ребенка.
Окна в мир ребенка В. Оклендер	Коррекция эмоциональных нарушений дошкольников и младших школьников	Для работы с детьми 5-18 лет.	Основной идеей В. Оклендер является развитие сенсорных ощущений и использование процесса проекции в процессе терапевтической работы. Методы В. Оклендер эффективны в работе с детьми, начиная с 5 лет как в рамках индивидуальной,

			так и подгрупповой работы.
Поведенческая игровая терапия (ПИТ) Ш.Айберг, К. Ханф	Коррекция детско-родительских отношений в семьях воспитывающих типично развивающегося ребенка и детей с ОВЗ	Для работы с детьми 2-7 лет	Программа рассчитана в среднем на 12 сессий, на которые приглашается родитель и ребенок, и подразделяется на 2 этапа: налаживание отношений и дисциплинарная часть. ПИТ представляет собой тренинг родительских навыков под руководством терапевта, с непосредственным участием ребенка.

Исследование эмоционально-оценочного отношения подростков к людям с ОВЗ

Киселева Е.И.

МОУ «Провинциальный колледж», г. Ярославль

В России остро стоит вопрос о социальной адаптации инвалидов. Эта проблема становится актуальнее, так как число людей с ОВЗ в России приближается к 12 миллионам, поэтому приходится задумываться об отношении обычных людей к людям с ОВЗ, что и определило цель нашей работы – изучение эмоционально-оценочного

отношения подростков к людям с ОВЗ. В Российской Федерации принят ряд нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок признания человека инвалидом. Однако, с нашей точки зрения, вопрос социальной адаптации важнее. Важную роль в адаптации инвалидов играет не только материальный, но и социальный фактор. Какие бы шаги не предпринимало государство по отношению к людям с ОВЗ, если окружающие не примут их, то эти усилия будут бесполезны.

На первом этапе своего исследования мы спросили обычных подростков об их отношении к людям с ОВЗ, а на втором этапе задали аналогичные вопросы инвалидам.

На вопрос «Какие чувства возникают у Вас, когда Вы слышите об инвалидах или видите их?» более 80% подростков ответили, что вид человека с ОВЗ вызывает у них жалость, сочувствие, сострадание, что говорит о понимании этой проблемы, но отсутствии активных действий, направленных на оказание помощи. 4% опрошенных стыдятся инвалидов. Можно предположить, что это связано с тем, что подростки не готовы принимать людей такими, какие они есть. Для 16% опрошенных люди с ОВЗ просто безразличны. Лишь у 16% подростков возникло желание помочь людям с ОВЗ. Мы не можем утверждать, что они завтра сразу же отправятся помогать инвалидам, но можем предположить, что они не останутся равнодушны к проблемам инвалидов, не будут дожидаться просьбы, а сами предложат помощь.

В следующем вопросе мы предложили респондентам выбрать виды волонтерской деятельности. 32% опрошенных хотели бы помогать людям с ОВЗ. Эта группа опрошенных осознает потребности инвалидов в помощи, но не понимает, в какой именно, поэтому их помощь может оказаться неэффективной. 32% из опрошенных хотят организовывать творческие мероприятия, праздники, а 8% готовы заниматься организацией свободного времени людей с ОВЗ.

Моральная поддержка инвалидам нужна, но, по нашему мнению, это очень похоже на откуп: люди готовы всячески развлекать инвалидов, вместо того чтобы решать их проблемы. Более реальной, нам кажется, социально-психологическая служба. Нас порадовало, что 28% хотели бы работать на телефоне доверия, 4% готовы оказывать трудовую помощь инвалидам, а ещё 28% респондентов готовы заниматься социальной работой. Также 28% хотят заниматься социально-педагогической работой с детьми-инвалидами. Однако нас огорчило: среди опрошенных есть те, кто не представляет себе, какую

работу он смог выполнить. Их оказалось 16%. Возможно, они просто не знают, чем могут помочь.

В следующем пункте мы спросили людей, считают ли они инвалидов полноценными членами общества. Только 92% считают инвалидов полноценными членами общества, а это значит, что 8% не считают их таковыми. По нашему мнению, не считать людей с ОВЗ членами общества все равно, что временно исключить из общественной жизни человека, который сломал руку.

Далее мы спросили у респондентов «Как вы считаете, нужно ли помогать инвалидам в трудоустройстве?». Только 4% опрошенных не считают нужным оказывать помощь инвалидам в трудоустройстве. Но, к сожалению, для России это довольно типичная картина: отказ в приёме на работу инвалида.

Затем нас интересовала осведомлённость подростков о социальных программах, проводимых государством для людей с ОВЗ. Лишь 4% опрошенных знают такие социальные программы. Возможно, такой низкий показатель связан с тем, что люди не считают этот вопрос актуальным для себя. Чтобы обеспечить инвалидам достойную жизнь, нужно знать, что уже сделано, а что еще предстоит.

В предпоследнем вопросе мы спрашивали, кто, по мнению респондентов, больше нуждается в поддержке. Результаты оказались следующими: 28% считают, что взрослые. Возможно, это связанно с тем, что взрослым легче позаботиться о себе. 52% уверены, что помощь необходима пожилым людям, а 80% думают, что в поддержке нуждаются дети-инвалиды. Любой человек на любом этапе своей жизни, столкнувшись с инвалидностью, испытывает стресс, поэтому, с нашей точки зрения, нельзя никому отказывать в помощи.

Далее нас заинтересовала точка зрения самих людей с ОВЗ. Мы задали аналогичные вопросы людям с ОВЗ. Соотнеся эти данные, мы заметили, что инвалиды более критично оценивают своё положение: 20% считают, что инвалид может вызвать только безразличие, а 4% респондентов думают, что окружающие уважают инвалидов, но указали, что имели в виду нашу параолимпийскую сборную. В целом, картина схожая: пассивность берёт вверх над активностью.

Затем мы спросили, как сами инвалиды относятся к такому проявлению чувств. Все ответы мы условно разделили на 2 категории: «положительно» и «отрицательно». 68% попали в первую категорию. Единственное объяснение, которое мы сформулировали из пометок самих респондентов – «лишь бы не стыд и отвращение». На наш

взгляд, люди с ОВЗ сами должны быть заинтересованы в изменении отношения к ним.

Третий вопрос был: «В какой помощи нуждаются люди с ОВЗ?». Самая большая потребность инвалидов в медицинской помощи. Так же люди с ОВЗ нуждаются в социальной помощи. 72% выбрали этот вариант. Все, выбравшие вариант «другое», а их оказалось 28%, указали, что помимо привычной помощи не отказались бы от общения. Это нас очень порадовало, ведь подростки, опрошенные нами, сами предлагали помощь такого характера.

По нашему мнению, государство должно делать акцент не только на увеличении объёма и качества помощи, но ещё и на информировании инвалидов о том, что для них делается государством. Чтобы доказать это. мы сформулировали наш следующий вопрос так: «Какие социальные программы для людей с ОВЗ Вы знаете? В каких Вы сами принимаете участие?». 80% респондентов не знают, какие социальные программы для людей с ОВЗ существуют в России. Это ещё раз подтверждает, что государству стоит больше внимания уделить информированию населения о различных социальных программах. 8% знают о существовании групп здоровья и сами там занимаются. Также 8% знают о различных фондах, которые собирают деньги и отдают их на благотворительность. 4% рассказали нам о центрах социальной защиты, которые они не раз посещали. Итого: 20% против 80%. Человек, не знающий, какие условия для него созданы, никогда не сможет ими воспользоваться.

Далее мы спрашивали, чем обществу могут быть полезны люди с ОВЗ. 4% ответили, что инвалиды могут быть полезны в развитии науки. Например, они могли бы разрабатывать специальные удобные протезы или коляски. Наши респонденты считают, что заинтересованность этих людей в результате сыграла бы большую роль. 16% считают, что инвалиды могли бы найти себя в спорте. Однако, и здесь есть свои «но»: не у всех инвалидов достаточно сил для занятий профессиональным спортом. 44% опрошенных уверены, что инвалид может выполнять любую посильную работу. И этот взгляд на жизнь мы считаем наиболее приемлемым. Но 36% считают, что инвалиды ничем не могут быть полезны обществу.

Наш предпоследний вопрос был о деятельности, в которой инвалиды могли бы быть успешны. Результаты оказались следующими: 16% уверенны, что люди с ОВЗ могли бы добиться успеха в профессиях, связанных с компьютером. 12% считают научную деятельность сферой, в которой инвалиды могли бы

добиться успеха. Это возможно, но есть ограничения - степень тяжести заболевания, знания в данной области и т.д. 4% считают, что инвалиды смогли бы играть на биржах. Мы согласны, что люди с ОВЗ, имеющие экономическое образование, были бы успешны в этой области. 8% респондентов говорили, что инвалид вполне может быть успешен в спорте. Наши респонденты считают, что и в музыке (8%), и в литературе (4%) люди с ОВЗ могли бы найти себе применение. С нашей точки зрения, правы те, кто сказал, что инвалид может быть успешен на любой посильной ему работе. Таких оказалось 28%. Были среди опрошенных и пессимисты, считающие, что ни в одной области инвалид не сможет добиться успеха.

«Как Вы считаете, нужно ли помогать инвалидам в трудоустройстве?» - таким был наш последний вопрос. Результаты оказались для нас непредсказуемыми. 8% не уверенны, а 4% вообще считают, что не нужно помогать инвалидам в трудоустройстве. Мы предполагаем, что причина этого состоит в том, что у этих респондентов тяжелое проявление болезни.

Итак, отношение здоровых людей к инвалидам неоднозначное: окружающие сопереживают инвалидам, они готовы всячески развлекать их, но не понимают, что люди с ОВЗ нуждаются в активной помощи. Общество здоровых людей поддерживает желание инвалидов трудиться, тем самым старается переложить заботу об инвалидах на них самих. Главная причина такого отношения здоровых людей к инвалидам – незнание истинных размеров проблемы.

Сами люди с ОВЗ более критично и более реалистично оценивают ситуацию. По мнению инвалидов, общество перестало проявлять по отношению к ним стыд и отвращение. Четверть людей с ОВЗ нуждается в полноценном общении. Потребность в различных видах помощи в несколько раз превышает реально оказываемые услуги, поэтому мы полагаем, что государство ведёт малоэффективную политику по отношению к инвалидам. Инвалиды не достаточно осведомлены о возможностях и способах получения материальной, социальной и иных видов помощи. Поддерживая инвалидов, государство и общество могло бы выиграть, получив высококлассных специалистов в различных отраслях народного хозяйства, возможно, поэтому большинство людей с ОВЗ считают, что инвалидам нужно помогать в трудоустройстве, ведущая роль в этом должна принадлежать государству.

Проведенное исследование позволило нам сформулировать следующие выводы и рекомендации:

- Несмотря на большое количество нормативных документов, проблема социальной адаптации инвалидов до сих пор остаётся открытой. Мы рекомендуем внести в российское законодательство нормы, направленные на защиту инвалидов от дискриминации, от необоснованного отказа в приеме на работу.
- Многие инвалиды имеют возможность и желание работать. Мы бы рекомендовали установить повышенные гарантии и дополнительные социальные льготы для инвалидов.
- Люди с ОВЗ видят себя успешными в разных трудовых областях. Мы считаем, что нужно всячески способствовать и расширить структуру и виды общественных работ, условия их организации.
- Одна из важнейших проблем на пути адаптации инвалидов – это непонимание их окружающими. Мы настоятельно рекомендуем в школах создавать волонтерские отряды, которые могли бы оказывать посильную помощь людям с ОВЗ.

Сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в процессе интеграции в среду нормативно развивающихся сверстников

Козель Е.В., Позывайлова М.Л.
ГОУ Центр диагностики и консультирования «Участие», г. Москва

В связи с принятием закона «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья в городе Москве» №16 от 28 апреля 2010 г., дети с ограниченными возможностями здоровья, ранее обучавшиеся в специализированных школах, начинают обучаться в условиях интегрированного (инклюзивного) образования. Процессы и принципы, на которых базируются концепции интегрированного обучения; организация обучения внутри системы специального образования и взаимодействие школ общего и специального назначения (Н.Н. Малофеев, Л.М. Шипицына и др.) определяют необходимость создания определенных условий обучения и организации специальной комплексной психолого-педагогического сопровождения, поддержки ребенка и его семье (Г.Ф. Григорьева, Н.Н. Малофеев, Г.А. Разбивная, Н.Д. Шматко, Н.Д. Ярмаченко и др.).

Предлагаемая модель направлена на подготовку к интеграции и адаптацию детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях обучения в массовой школе. В этой связи ключевым ресурсом полноценной социальной интеграции является психолого-педагогическое сопровождение детей с особенностями в развитии в процессе начального школьного обучения. Зачастую в процессе обучения «особого» ребенка в массовой школе возникает целый ряд психолого–педагогических проблем, проявляющихся в недостаточном уровне развития навыков эмоционально-волевой регуляции и связанных с особенностями развития коммуникативных навыков. Преодоление обозначенных проблем требует от специалистов психологов в ходе общего сопровождения ребенка проведения узконаправленных коррекционно-развивающих занятий.

Предлагаемая модель психолого-педагогического сопровождения апробировалась нами на контингенте детей, имеющих сенсорные нарушения, в частности – нарушения слуха. Для чего нами была разработана коррекционно-развивающая программа, теоретическими основаниями которой стали концепции психического развития в норме (Л.С. Выготский) и патологии (В.И. Лубовский, И.М. Соловьев), теория развивающего обучения (В.В. Давыдов, Д.Б. Эльконин), концепция межличностных отношений глухих и слабослышащих детей и подростков (М.М. Нудельман), положения о развитии слухового восприятия у детей с нарушенным слухом (Э.И. Леонгард).

Психическое развитие детей, имеющих нарушения слуха, подчиняется тем же закономерностям, которые обнаруживаются в развитии нормально слышащих детей (Л.С. Выготский), но при этом в их развитии можно выделить специфические закономерности (В.И. Лубовский, И.М. Соловьев), анализируя которые можно прийти к выводу о том, что в целом дети с нарушениями слуха в младшем школьном возрасте как правило находятся на том же уровне когнитивного, коммуникативного и эмоционального развития, что и их слышащие сверстники, но при этом наблюдаются особенности в формировании отдельных сфер, которые необходимо учитывать при сопровождении детей с нарушениями слуха в системе интегрированного (инклюзивного) образования. Опишем эти особенности.

Младший школьный возраст определяется важнейшим обстоятельством в жизни ребенка – поступлением в школу. Это обстоятельство связано с двумя основными направлениями в развитии младшего школьника: развитие учебной деятельности (как ведущего

вида деятельности в этом возрасте) и расширение спектра социальных ролей и контактов.

Особенности становления учебной деятельности у глухих младших школьников представлены в работах Е.Г. Речицкой. По ее данным, у глухих детей наблюдаются все виды мотивов учебной деятельности. Наиболее значимой является мотивация, связанная с получением высоких отметок, — это сильные, реально действующие мотивы. Причем у глухих детей они остаются доминирующими на протяжении всего младшего школьного возраста, вплоть до IV класса, тогда как у слабослышащих детей к III классу перемещаются на второе по значимости место, а у слышащих — на четвертое.

В исследовании Е.Г. Речицкой приводятся данные, свидетельствующие о трудностях реализации действия контроля.

Ведущую роль в формировании учебной деятельности глухих детей (так же, как и их слышащих сверстников) играют познавательные интересы, которые способствуют лучшему восприятию содержания учебной деятельности, приводят к прочному усвоению знаний и более успешному применению их на практике, под их влиянием изменяются характер деятельности и связанные с ней переживания.

При неблагоприятных условиях, в частности при нарушениях слуха у детей, развитие учебной деятельности может остановиться на стадии формирования отдельных учебных действий. У слабослышащих детей младшего школьного возраста так же часто наблюдается недостаточная сформированность эмоционально-волевой сферы, им трудно сознательно подчинять свои действия правилам, ориентироваться на заданную систему требований (А.В. Гоголева).

Таким образом, одним из ключевых направлений работы педагога-психолога с младшими школьниками с нарушениями слуха в процессе их сопровождения в условиях массовой школы является формирование и развитие произвольности, что способствует не только успешному усвоению знаний, умений и навыков, но эффективной интеграции в коммуникативное пространство школы.

Второе направление развития младшего школьника с нарушениями слуха: расширение спектра социальных ролей и контактов. Трудности, возникающие в этом направлении, связаны в первую очередь с особенностями развития коммуникативной сферы.

Проблема становления межличностных отношений у детей и подростков с нарушениями слуха приобретает особое значение. Специфика развития личности ребенка обуславливается нарушением слуха и относительной изолированностью его от социума. От

микроклимата, созданного в школе, от личных взаимоотношений детей и взрослых зависит и то, усилится ли травмирующее влияние нарушения, вызывая при этом дополнительные невротические реакции, или оно нейтрализуется.

У детей с нарушениями слуха — глухих и слабослышащих — опыт общения не столь широк и разнообразен, как у их слышащих сверстников, поэтому для формирования у них межличностных отношений требуются специальные усилия со стороны взрослых — родителей и педагогов.

Важной стороной межличностных отношений является их восприятие и оценка (социальная перцепция и рефлексия), т.е. способность адекватно воспринимать, познавать и оценивать другого человека, основные параметры своих отношений с другими членами группы, отношения членов группы между собой.

Э.А. Вийтар было показано, что у слабослышащих детей интерперсональная перцепция формируется медленнее, чем у слышащих. Это проявляется в том, что слабослышащие дети склонны отождествлять свое отношение к другому с его отношением к себе, приписывать другим свое отношение.

Неполнота восприятия устной речи, отставание в речевом развитии затрудняют контакт с партнером, заставляя человека с нарушенным слухом прибегать к интенсивному использованию невербальных средств общения, вносят специфические особенности в осознание и осмысление отношений.

Особенности межличностного восприятия школьников с нарушениями слуха в сравнении со слышащими сверстниками исследовались М.М. Нудельманом. При сопоставлении ожидаемой оценки с самооценкой выяснилось, что у школьников с нарушенным слухом самооценка полностью совпадает с ожидаемой оценкой. У слышащих школьников они близки между собой, но во многих случаях ожидаемая оценка несколько выше самооценки. Слышащие испытуемые, как правило, полагают, что окружающим не известны свойственные им отдельные отрицательные качества или их недостойные поступки, в то время как большинство детей с нарушениями уверены в том, что их сверстники знают о них все. Такие особенности межличностного восприятия определяют еще одно направление коррекционной работы в ходе психологического сопровождения детей с нарушенным слухом в процессе интеграции в среду слышащих сверстников: формирование и развитие навыков самопредставления и самопрезентации.

Развитие всех компонентов коммуникативной компетентности младших школьников является основным направлением в процессе интегрированного (инклюзивного) образования детей с нарушениями слуха, поскольку способствует решению основных задач этого возрастного этапа: формирование произвольности и навыков эмоционально-волевой регуляции позволяет ребенку не только успешно осваивать учебную деятельность, но и строить адекватные и конструктивные отношения с взрослыми и сверстниками; развитие навыков рефлексии и самопрезентации способствует лучшему пониманию себя и формированию позитивной Я-концепции; развитие навыков группового и командного взаимодействия способствует интеграции детей с нарушениями слуха в среду слышащих сверстников. Важно отметить также, что как на индивидуальных, так и на групповых занятиях дополнительно внимание уделяется развитию слухового восприятия, ориентации на слух, как на ключевой компонент коммуникации со слышащими сверстниками и взрослыми (Э.И. Леонгард).

В соответствии с целями и исходя из теоретических оснований, нами была разработана комплексная психолого-педагогическая программа, рассчитанная на три года (в соответствии с периодом обучения в начальной школе). Первый год реализации программы направлен на адаптацию младшего школьника с нарушениями слуха к условиям обучения в массовой школе. Второй год посвящен развитию навыков, необходимых для успешной коммуникации младшего школьника, имеющего нарушения слуха, со слышащими сверстниками. Третий год ориентирован на консультативно-диагностическое сопровождение младшего школьника с нарушениями слуха, обучающегося в массовой школе. Таким образом, на каждом из этапов (годов) решаются задачи, актуальные для данного периода в интеграции ребенка с нарушенным слухом в среду слышащих сверстников в условиях интегрированного (инклюзивного) образования.

Для оценки эффективности программы нами был проведен анализ результатов психологической диагностики, а так же анкетирования родителей и педагогов (метод экспертных оценок), который позволяет сделать вывод о том, что после реализации программы у детей с нарушением слуха сформированы учебная мотивация (100%), регуляторные навыки (75%), навыки группового взаимодействия и самопрезентации (87,5%), У детей существенно снизилась тревожность при общении со слышащими детьми и

взрослыми (на 62,5%) и повысилась мотивация к общению с нормативно-развивающимися сверстниками (на 87,5%).

Таким образом, можно сделать вывод об эффективности не только разработанной коррекционно-развивающей программы, но и о модели психолого-педагогического сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве, поскольку приемы, техники, методы и общая концепция предлагаемой модели сопровождения позволяют включать в процесс сопровождения любого ребенка с особенностями в развитии вне зависимости от типа и вида нарушения.

Психологическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра на разных возрастных этапах

Козловская Г.Ю.
СтГМА, г. Ставрополь

В последнее десятилетие в отечественной системе образования складывается особая культура поддержки и помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья в учебно-воспитательном процессе - психологическое сопровождение. Основные приоритеты психологического сопровождения определяют повышенное внимание к личностному развитию таких детей в учебно-воспитательном процессе и их социально-психологической адаптации.

Психологическое сопровождение детей с ОВЗ – сложная система реабилитационных мероприятий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности, формирование системы ценностей, ценностных ориентаций, развитие интеллекта [3].

Основные направления и пути психолого-педагогической работы с детьми с ОВЗ уже несколько десятилетий разрабатываются и успешно применяются на практике в различных учреждениях. Отечественные ученые Ю.А.Разенкова, П.Л. Житянова и другие обосновали необходимость психологического сопровождения детей с церебральным параличом, начиная с первых месяцев жизни. В работах Н.В. Симоновой, М.М. и Н.Я. Семаго рассмотрены задачи и содержание психологического сопровождения в условиях коррекционных образовательных учреждений.

Психологическое сопровождение детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра имеет ряд особенностей как в организационном, так и в содержательном плане, что связано с широким возрастным диапазоном детского контингента; ограниченным временным интервалом курса реабилитации; спецификой приоритетных задач, решаемых конкретным реабилитационным центром. Однако и в данных условиях сохраняется комплексный характер оказываемой помощи.

Специфика психологического сопровождения детей с ОВЗ в условиях реабилитационного центра на разных возрастных этапах заключается в системе реабилитационных мероприятий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции, формирование системы ценностей, ценностных ориентаций, развитие интеллекта с соблюдением принципов и этапов психологического сопровождения детей с ОВЗ, которое направлено на:

- обучение детей адекватному отношению к своим и чужим ошибкам;
- избавление от чувства стыда и неприятия собственного дефекта;
- научение жить в мире с самим собой, обретая к себе уважение;
- обучение адекватному оцениванию своих возможностей;
- развитие индивидуальности и уверенности в своих силах;
- обучение навыкам общения со сверстниками и взрослыми [2].

В сопровождение, как динамический процесс, включены пять взаимосвязанных компонентов:

- систематическое отслеживание клинико-психологического и психолого-педагогического статуса ребенка с ОВЗ в динамике его психического развития;
- создание социально-психологических условий для эффективного психического развития детей, имеющих ОВЗ, в социуме;
- систематическая психологическая помощь детям с нарушениями в развитии в виде консультирования, психокоррекции, психологической поддержки;
- систематическая психологическая помощь родителям и родственникам детей и подростков с проблемами в развитии;
- организация жизнедеятельности ребенка с ДЦП в социуме с учетом его психических и физических возможностей [3].

Характер психологического сопровождения определяется психологическими и возрастными особенностями детей, деформацией их личностного развития, иногда дисгармоничными отношениями с родителями.

Для оказания такой помощи детям с ОВЗ целесообразна организация комплексного воздействия на социальную систему «ребенок – значимые взрослые», при которой, в процесс коррекционной работы с ребенком, психолог вовлекает всех значимых участников процесса обучения и воспитания, занимая при этом управляющую позицию. При этом психологическое воздействие, в первую очередь, должно быть нацелено на изменение ценностно-смысловых ориентации и установок взрослых, включенных в процесс обучения и воспитания детей, а также на формирование новых конструктивных форм взаимодействия внутри системы. Стратегия психолога при работе с системой должна быть направлена на то, чтобы вывести ее членов из замкнутого и самоподдерживающегося круга неэффективных взаимодействий. Это можно осуществить путем целенаправленного восстановления их контакта и формирования конструктивного взаимодействия в процессе обучения и воспитания ребенка.

В концептуальном плане основой психологического сопровождения детей с ОВЗ в условиях реабилитационного центра, на разных возрастных этапах, могут служить следующие положения:

1) реализация комплексного психологического воздействия осуществляется путем организации психологом «модельной» среды и деятельности в ней в форме специальных индивидуальных и групповых занятий, направленных на коррекцию психических функций ребенка с целью формирования у него новообразований, соответствующих возрастному этапу его развития;

2) вовлечение в эту деятельность значимых для ребенка взрослых, на принципах сотрудничества с психологом, позволяет восстановить искаженный или нарушенный ранее контакт всех членов образовательного процесса, а затем, при помощи психолога, даст возможность перенести новые отношения ребенка и значимых взрослых, сложившиеся в ходе коррекционно-развивающего процесса в модельной среде (а также сформированные в ней у ребенка психологические функции и навыки), в реальную ситуацию, т.е. в учебный и воспитательный процессы;

3) изменение позиций всех субъектов системы «ребенок – родитель - психолог», осуществляющееся в процессе их взаимодействия в модельной среде, создаст предпосылки

устойчивости произошедших изменений. Восстановление взаимопонимания и эмоционального контакта детей и взрослых, а также перенос детьми сформированных навыков из модельной среды в реальную социальную ситуацию их развития, позволят системе преодолеть паттерн неэффективных взаимодействий ее членов и обеспечат в дальнейшем возможность творческого взаимодействия всех субъектов образовательного и воспитательного процессов [2].

Учет этих положений позволяет психологу в процессе коррекции изменить состояние ребенка, создав поддерживающую среду, и организовать процесс формирования функций, необходимых для его развития. Психолог способствует изменению отношения родителей и педагогов к ребенку, указывая им пути возможного выхода из кризиса, и информирует их о реальном состоянии и возможностях ребенка на каждом этапе коррекции. Он выбирает средства воздействия на всех участников данного процесса для согласования их позиций. Комплексный подход к анализу психологических трудностей ребенка ориентирует психолога на все сферы психической деятельности, требующие коррекции. Анализ состояния каждой сферы позволяет психологу локализовать центр тяжести проблем ребенка и наметить основные направления коррекции.

Реализация психологического сопровождения детей с ОВЗ в условиях реабилитационного центра на разных возрастных этапах имеет этапный характер. Анализ содержательно-технологических аспектов процесса сопровождения позволяет выделить в рамках каждого из его этапов компоненты работы с детьми и с взрослыми участниками реабилитационного процесса – с родителями, педагогами, близкими ребенка.

На первом этапе сопровождения, диагностическом, целью работы является определение комплекса оптимальных условий психологического сопровождения, взаимодействия субъектов данного процесса, построения единого образовательного пространства. Работа с детьми предусматривает всестороннее изучение контингента детей, поступивших на курс реабилитации, определение уровня социально-личностного развития, выявление их реабилитационного потенциала.

На этом этапе проводится диагностика педагогической компетентности взрослых, прежде всего, в плане оценки понимания родителями и педагогами особенностей развития и социализации детей с ОВЗ, их собственной роли и места в реабилитационном процессе, а также знакомства с коррекционно-развивающими технологиями.

На следующем этапе, по сути являющимся планово-прогностическим, целью которого выступает разработка плана мер, обеспечивающих эффективность образовательного процесса, осуществляется разработка программы индивидуальной и групповой работы по формированию устойчивых характеристик социально-личностного развития ребенка. При этом создается искусственная модельная коррекционно-развивающая среда со специально организованной деятельностью, соответствующей выявленному уровню развития ребенка, т.е. такая среда, в которой деятельность ребенка будет успешна. Содержание деятельности с взрослыми участниками процесса сопровождения включает выявление условий организации образовательного пространства, специальную теоретико-методическую подготовку и переподготовку специалистов, обучение родителей.

Содержательно-деятельностный этап психологического сопровождения связан с реализацией программ, обеспечивающих процесс активного освоения образовательной предметно-пространственной среды, социально-личностного развития детей. На этом этапе происходит организация взаимодействия с детьми, формирование единых установок, позиций, требований всех участников образовательного процесса, создание и обогащение развивающей образовательной, предметно-пространственной среды. При этом фиксируются новые наработки, возможности ребенка и навыки, приобретенные им в процессе коррекции, а психолог помогает осознать произошедшие изменения как родителю, так и ребенку, а затем намечается развивающая программа, которая может быть использована родителем для подкрепления сформированных новообразований и сопровождения процесса воспитания и обучения ребенка. Важным условием, обеспечивающим эффективность сопровождения, является повышение профессиональной компетентности специалистов, взаимодействующих с ребенком, и просвещение родителей, расширение их знаний и представлений.

Третьим этапом является расширение искусственно созданной среды до актуальной ситуации развития.

Предложенная модель психологического сопровождения детей с ОВЗ реализуется только в условиях реабилитационного центра и в короткие сроки, т.к. пребывание ребенка в центре ограничено.

Литература

1. Коновалова, Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников// Н.Л. Коновалова. - СПб.,2000.

2. Психолого-медико-педагогическое сопровождение ребёнка с ограниченными возможностями здоровья: методическое пособие// авт.-сост.: Л. И. Загляда, Г. А. Спирина, А. Н. Климова, А. В. Толкачёва; под общей ред. Н. А. Заруба. – Кемерово: Изд-во КРИПКиПРО, 2007. – 114 с.

3. Гуслова, М. Р. Социально-психологическая поддержка ребенка-инвалида и его семьи в центре реабилитации детей с ограниченными возможностями//Социальное и душевное здоровье ребенка и семьи: защита, помощь, возвращение в жизнь: Материалы РоС. науч.-практ. конф., Москва, 22-25 сент. 1998 г. - М., 1998.

Организация помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях психолого-медико-педагогических комиссий

Кулькова Ж.Г.

ГОУ областной центр диагностики и консультирования, г. Челябинск

Ранняя диагностика и коррекция недостатков в развитии ребенка в настоящее время приобретает все большую значимость и становится наиболее актуальной проблемой коррекционной педагогики, дефектологии и специальной психологии.

Ранний возраст в жизни ребенка – ответственный период, когда быстрыми темпами развиваются моторные функции, ориентировочно-познавательная деятельность, речь, а также формируется личность.

Перед специалистами психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) встала необходимость создания системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей, направленной на решение двух основных задач:

- раннее выявление детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и детей с двигательными, слуховыми и зрительными нарушениями;
- оказание специализированной помощи таким детям и организация развивающего обучения детей раннего возраста,

нуждающихся в медико-психолого-педагогической помощи, с максимальным вовлечением в этот процесс родителей (законных представителей).

Задача создания системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей – разработка и апробация различных моделей скринингового и углубленного дифференцированного психолого-медико-педагогического обследования детей от 1,5 до 3-х лет в условиях ПМПК, с целью оказания разнообразных форм психолого-педагогической и медико-социальной помощи им и их родителям (лицам, их заменяющим).

Система раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей раннего возраста в условиях ПМПК включает в себя три основных блока.

1 блок. Скрининговое медицинское обследование детей. Разработка и внедрение карт факторов риска в развитии ребенка. Основная задача блока – выявление клинических причин отклонения в развитии ребенка и, в соответствии с этим, определение возможностей дальнейшей медицинской помощи, включая не только медикаментозное или оперативное вмешательство, но и психотерапию.

2 блок. Дифференциальная диагностика. Основная задача второго блока – выявление отклонений в развитии, уточнение структуры дефекта, определение зоны ближайшего развития и потенциальных ресурсов как самого ребенка, так и воспитывающих его лиц, прогнозирование эффективности психолого-педагогической коррекции.

3 блок. Психолого-педагогическая и медико-социальная помощь, психолого-педагогическая коррекция, включая логопедическую. Основные задачи блока:

- определение путей коррекционного воздействия, сочетающих как помощь ребенку в поликлинике по месту жительства, так и специализированную помощь в профильных медицинских и медико-психолого-педагогических центрах;
- организация работы коррекционных групп по сопровождению детей раннего возраста с проблемами в развитии непосредственно на базе ПМПК, являющегося структурным подразделением ППМС-Центра;
- организация работы «Школы молодых родителей» для родителей (лиц, их замещающих) детей, не посещающих дошкольные образовательные учреждения.

При организации системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей специалисты ПМПК (врач-психиатр,

врач-педиатр, социальный педагог, педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог), стремятся максимально приблизиться к нуждам семьи, в которой растет ребенок с ограниченными возможностями здоровья, оказать ей своевременную квалифицированную помощь. При осуществлении комплексной медико-психолого-педагогической помощи как основополагающий применяется мультидисциплинарный подход.

Специалистами ПМПК в работе с детьми раннего возраста и их родителями (законными представителями) осуществляется:

1. Внедрение современных психологически комфортных технологий консультативно-диагностической работы, включая супервизию и использование зеркала Гезелла при проведении выявляющих и коррекционно-развивающих занятий.

2. Создание методик организации занятий с ребенком в условиях, максимально приближенных к условиям семьи (разновозрастной группы в государственном учреждении), и обучения родителей и других членов семьи навыкам взаимодействия с ребенком и методам коррекционно-развивающей работы.

3. Организация мобильной выставки-библиотеки учебно-методической и научно-популярной литературы, дидактического материала и пособий, игрового оборудования и игрушек, используемых для проведения диагностических и коррекционно-развивающих занятий.

4. Создание методического комплекса, включая аудио- и видеоматериалы, компьютерные программы, предназначенного для ознакомления родителей и специалистов с различными формами диагностической и коррекционной работы.

Дифференциальная диагностика детей раннего возраста на ПМПК состоит из нескольких этапов:

Этап 1. Сбор анамнестических данных о развитии ребёнка (клинические данные). Изучение социального статуса семьи, особенностей воспитания и обучения в младенческом и раннем возрасте. Формирование диагностической гипотезы.

Этап 2. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребёнка. Психологическая и логопедическая диагностика. Педагогическое наблюдение.

Этап 3. Анализ результатов обследования, отраженных в планах-протоколах, а также данных, отраженных в анкетах родителей (законных представителей). Итоговый консилиум.

Этап 4. Консультирование родителей ребёнка (законных представителей): специалисты разъясняют особенности и проблемы

развития ребёнка; происходит знакомство с направлениями дальнейшего коррекционного воздействия; определяются сроки повторного обследования ребенка в динамике.

Этап 5. Формирование заключения и блока рекомендаций специалистов для реализации в семье и/или на базе дошкольного образовательного учреждения.

Работа специалистов ПМПК по раннему выявлению и коррекции отклонений в развитии позволяет ослабить, а в отдельных случаях предотвратить последствия того или иного нарушения в развитии ребенка, помогает вырастить человека, способного в дальнейшем активно участвовать в жизни общества.

Психологические особенности саморазвития студентов с ограниченными возможностями здоровья

Купреева О.И.

Университет «Украина», г. Киев

Проблема профессионального обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) представляет собой одну из важных теоретических и практических задач психологии. Особого значения эта проблема приобрела в последнее десятилетие в связи со сменой парадигмы общего образования – изменения представления о целях подготовки будущего специалиста. В большей мере это обусловлено тем, что на данном этапе развития профессионального образования ведущее место занимает проблема подготовки современного специалиста, в характеристику которого включены не только профессиональные, но и личностные аспекты развития. В психологии актуальным становится изучение феномена личности, процессов ее развития и саморазвития как основы профессионального становления и совершенствования.

Саморазвитие предполагает «сознательный процесс личностного становления», «целенаправленное многоаспектное самоизменение личности с целью самореализации на основе внутренне значимых устремлений и внешних влияний» [1], [2].

Ведущим субъектом собственного саморазвития должен быть сам студент, отправной точкой его саморазвивающей деятельности являются три ключевых этапа: 1) выявление личностных смыслов в процессе саморазвития (самопознание), 2) осознание необходимости заниматься саморазвитием (целеполагание); 3) самостоятельное

планирование саморазвивающей деятельности (самоорганизация) [3],[4].

Ограниченные возможности здоровья (хронические соматические заболевания, физические дефекты), выступая в роли функционального ограничения возможностей взаимодействия человека с окружающей средой, формируют вторичные изменения – личностные, а именно особенности самоотношения, «Я-концепции», самоактуализации. Эти изменения часто становятся существенной преградой при построении картины будущего профессионального пути, преградой к саморазвитию.

Проведенные нами исследования студентов с ограниченными возможностями здоровья разных нозологий (нарушение слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и хронических соматических заболеваний), которые учатся в нашем Университете (I-III курс), выявили особенности личностного и профессионального саморазвития студентов с ОВЗ.

В исследовании мы использовали следующий комплекс психодиагностических методик: личностный опросник Бехтеревского института для диагностики внутренней картины болезни (физического дефекта); опросник Келлермана-Плутчика для исследования характерных механизмов психологических защит человека, как способов социально-психологической адаптации; методику «Опросник исследования самоотношения» (В.Столин, С. Пантелеев); методику для исследования личностной тревожности Ч. Спилбергера, Ю. Ханина; проективную методику «Я, Значимый, Другие» (О. Купреева), для исследования эмоционально-ценностного отношения субъекта к собственному «Я» в контексте отношения к окружающим; методику «Мотивация обучения в вузе» (Т.И. Ильиной).

Полученные результаты исследования показали, что студентам с ОВЗ присущи дезадаптивные гомогенные типы отношения к своему дефекту, болезни. В картине этих типов ведущими являются анозогнозический, эргопатический, сеситивный, гармоничный типы.

Анализ структуры внутренней картины болезни (дефекта) показал доминирование уровня эмоциональной оценки переживания дефекта (болезни) студентами с ограниченными возможностями здоровья. Данный факт свидетельствует о преобладании интрапсихических конфликтов, низкого уровня интеграции образа «Я».

Эмоциональная реакция на свой дефект (болезнь) коррелирует с высокими показателями уровня личностной тревожности. Личностная тревожность, в данном случае, не столько стимулирует активность,

сколько способствует развитию деструктивных защитных форм поведения.

Типичными механизмами психологических защит студентов с ОВЗ являются: отрицание реальности, рационализация, регрессия, реактивные образования.

Исследование выявило особенности развития «Я-концепции» студентов с ОВЗ, а именно: формирование негативного самоотношения, снижение уровня самоуважения, самоинтереса, саморуководства. При этом для них характерна компенсаторно завышенная самооценка. Для студентов с ОВЗ характерны существенные проблемы в построении межличностных отношений. Неадекватность самовосприятия, снижение потребности в самопознании формирует у студентов-инвалидов неудовлетворенность отношениями с миром, окружающими людьми и нарушение социально-психологической адаптации в целом.

У студентов с ОВЗ в обучении преобладает мотивация «получение диплома». Что может свидетельствовать о неготовности осознанно, целенаправлено овладевать профессиональными знаниями. Полученные данные свидетельствуют о несформированности основополагающего звена профессиональной направленности – осознание актуальности выбора своей специальности, желания достичь высокого уровня профессионализма в будущей деятельности.

Как показывает исследование, студенты с ограниченными возможностями здоровья испытывают потребность в психологической помощи при решении проблем личностного и профессионального самоопределения, саморазвития, сохранения и развития психического здоровья, развития социальной активности и личности в целом.

Одним из способов оказания психологической помощи студентам с ОВЗ в нашем университете является профессиональное психологическое сопровождение. Цель психологического сопровождения – оказание своевременной психологической поддержки и помощи в саморазвитии, в формировании готовности и способности быть активным субъектом личностного и профессионального самоопределения, в полноценной реализации личностного потенциала. Психологическое сопровождение базируется на процессах компенсации, коррекции и реабилитации.

Эффективность психологического сопровождения обуславливается следующими направлениями:

- Психодиагностическое. Основными задачами диагностики является исследование особенностей личности, межличностных взаимоотношений и выявления психологических факторов риска.

Диагностические данные используются не только для построения психокорекционных программ, но и для оценки эффективности психологической помощи.

- Психокорекционное. Коррекция навыков самоконтроля, усвоения приемов и способов адекватного поведения, отработки психотравмирующих ситуаций, устранения неадекватных эмоциональных реакций, формирование конструктивных механизмов социально психологической адаптации студентов с ОВЗ.
- Консультативно-психологическая помощь (индивидуальная и групповая). Формирование активной установки у студентов на психокорекционную работу, формирование мотивов самопознания и саморазвития, снижение тревожности, повышение уверенности в возможностях достижения позитивных личностных изменений, расширение сферы осознания мотивов.
- Профилактическое направление предусматривает проведение профилактических психологических процедур с целью предупреждения негативных эмоциональных и поведенческих проявлений, которые могут возникать у студентов с ОВЗ в процессе учебы в ВУЗе.

Целесообразно выделить составляющие психологического сопровождения студентов с ОВЗ в интегрированной образовательной среде.

Психологическое сопровождение довузовской подготовки включает**:** профориентацию абитуриентов с ОВЗ в зависимости от нозологии, способностей, интересов; психологическое тестирование когнитивной, эмоционально-волевой, мотивационно-смысловой, поведенческой сфер; индивидуальную беседу; тренинговые занятия с целью формирования готовности к учебе в интегрированных группах высшего учебного заведения.

Психологическое сопровождение в процессе учебы**:** предоставление индивидуальной консультативной психологической помощи; предоставление информационной помощи по разнообразным вопросам учебы и жизнедеятельности; проведение целевых тренинговых программ (тренинг личностного развития, тренинг общения, тренинг целеполагания, тренинг развития навыков самопрезентации, тренинг активизации познавательных возможностей, тренинг развития лидерских качеств); обучение студентов-инвалидов приемам саморегуляции.

Педагогическое сопровождение учебного процесса студентов с ограниченными возможностями здоровья в зависимости от нозологий,

например, опорные конспекты лекций для студентов с патологиями слуха, аудиозаписи лекций для студентов с патологиями зрения.

Для достижения наибольшего эффекта мы сочетаем психологическое сопровождение студентов с ОВЗ в комплексе с другими видами психологического воздействия: с психологическим просвещением, психопрофилактикой, информационным просвещением преподавателей и другими видами деятельности психолога, образующими единую стратегию психологического сопровождения студентов с ОВЗ на этапе их обучения в ВУЗе.

Литература

1. Бабошина Е.Б. Саморазвитие личности студента в образовательном пространстве вуза. – Курган, 2004. – 230 с.

2. Битянова Н.Р. Проблема саморазвития личности в психологии: Аналит. обзор /Н.Р. Битянова; Акад. пед. и социал. наук, Моск. психол.-социал. ин-т. – М.: Флинта, 1998. – 46 с.

3. Маралов В.Г. Основы самопознания и саморазвития. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 256 с.

4. Шаршов И.А. Профессионально-творческое саморазвитие личности: сущность и технология. – М.: Изд-во Тамб. гос. ун-та, 2003.– 145 с.

Организация и содержание психологической помощи в условиях образовательного учреждения: Из опыта работы интегративной группы

Малинина Н.Ю., Иванова В.Ю., Ахмерова Е.А., Попова С.А.
Государственное дошкольное образовательное учреждение центр развития ребёнка – детский сад №41 с осуществлением физического и психического развития, коррекции и оздоровления всех воспитанников Центрального района Санкт-Петербурга «Центр интегративного воспитания», г. Санкт-Петербург

В данной статье представлен 12-летний опыт работы психологов, воспитателей и ассистентов интегративной группы. 17 лет, в представленном детском саду, действуют интегративный и разновозрастный принципы комплектования групп, то есть, совместное воспитание обычно развивающихся детей (от 3 до 7 лет) с проблемами речевого развития и детей со сложной структурой

дефекта [1]. Таких детей принято называть детьми с особыми потребностями, а в последние годы – детьми с ограниченными возможностями здоровья. Это пример групп полной интеграции, в которой два, три ребенка, имеющие какого-либо рода ограничения (ДЦП, синдром Дауна, глухота и другая сочетанная патология), все время своего пребывания в детском саду находятся в группе обычно развивающихся детей.

В обществе и в профессиональной педагогической среде до сих пор продолжается дискуссия относительно того, какая форма обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья наиболее приемлема. В современном образовательном пространстве уже существуют некоторые модели совместного обучения и воспитания детей с различными вариантами развития. Проводятся научные исследования, результаты которых в чем-то сходны, в чем-то противоречивы.

Мы, как практики, наблюдаем процесс интеграции изнутри, с одной стороны, являясь непосредственными участниками этого процесса, с другой стороны мы - те, кто организует этот процесс и управляет им в конкретной группе детского сада. В представленной статье мы хотели бы в большей степени уделить внимание психологическим аспектам интегративного воспитания. А именно: вопросам эмоциональной атмосферы в детском коллективе, толерантности и принятия детьми друг друга, разрешения конфликтов, взаимодействия родителей и профессионалов.

Отношения между родителями наших воспитанников складываются в духе взаимопонимания и сотрудничества. Их дружеская поддержка и постоянное участие в делах группы еще раз доказывают, что воспитание детей действительно стало нашим общим делом. За время работы групп многие родители привели в группу своих вторых детей. Обычно развивающиеся дети многих сотрудников также посещают представленный детский сад.

Наш опыт убеждает нас в том, что дети со сложной структурой дефекта имеют дело с теми же самыми чувствами и переживаниями, что и обычные дети, и в этом смысле, они не являются «особыми». Адаптируясь к детскому саду, они также как и обычные дети могут расстраиваться из-за разлуки с родителями и нуждаться в утешении. Процесс привыкания к новой обстановке может быть и достаточно долгим, и относительно коротким и менее болезненным. Что отличает детей с ограниченными возможностями здоровья, так это то, что, как правило, они начинают посещать детский сад, еще не умея говорить,

пользоваться чашкой, самостоятельно есть, ходить в туалет и одеваться. Всему этому им предстоит научиться. В связи с этим большая нагрузка ложиться на плечи ассистента, который на этапе адаптации детей с особыми потребностями становится для них очень близким человеком и настоящим посредником в овладении новыми навыками. Такая опора и поддержка, столь необходимая на этапе адаптации, может в последствие стать трудностью, когда уже окрепшие и подросшие дети, достигшие 6-7лет, ожидают той же опеки и помощи, которую получали, когда были младше. Эти тенденции могут усугубляться в связи с появлением в группе новых детей и естественными проявлениями ревности и соперничества, которые нередко разворачиваются среди «особых» детей в борьбе за внимание ассистента. В основном, ревность детей проявляется «спокойно»: подходят, требуя внимания именно тогда, когда ассистент занят с другим ребенком, могут взять ассистента за руку, уводя от малыша. Все это требует от ассистента большой гибкости, терпения и принятия искренних чувств детей. Вместе с этим ассистент должен оставаться последовательным в своих действиях, не мешать своей гиперопекой развитию самостоятельности детей, помогать им справляться с противоречивыми чувствами и преодолевать ограничения, неизбежно встречающиеся в жизни.

Сохранять эмоциональную стабильность и профессиональную позицию педагогам помогает взаимопонимание, сотрудничество и взаимовыручка. Кроме того, психологическая поддержка в трудных ситуациях, за которой может обратиться педагог, также имеет большое значение.

Пример. Группу стала посещать девочка 4 лет с синдромом Дауна. Она довольно долго адаптировалась в группе, с трудом расставалась с мамой и очень скучала без нее. В течение дня она большую часть времени держалась особняком, играла одна и, как правило, отказывалась присоединяться к мероприятиям группы. Для нее было важно сохранять независимость, она часто протестовала или игнорировала правила группы. Завершение прогулки, другие режимные моменты становились проблемой и ситуациями выраженного противостояния девочки. Шло время, но ситуация не менялась. Педагоги стали беспокоиться о том, что девочке плохо в группе, и она все больше осваивается в позиции аутсайдера. Тогда было решено воспользоваться возможностью психологической супервизии, традиция которой сложилась в детском саду. В обсуждении с психологом пришло осознание, что во взаимодействии с этой девочкой практически не использовался такой важный навык

эффективного взаимодействия как отражение чувств. Девочка нуждалась в понимании и сочувствии. Мы стали это делать, прежде чем напоминали ей о правилах группы, сталкиваясь с тем, что она настойчиво отказывается их придерживаться. Девочка, заручившись нашим пониманием и сочувствием, стала быстрее и охотнее принимать ограничения и вовлекаться в жизнь группы. Противостояние существенно ослабло, хотя и не ушло совсем. Свою целеустремленность и упорство, столь важные для развития и личностного становления, девочка смогла теперь в большей степени реализовывать в познавательной деятельности и игре, от которых она получала подлинное удовольствие.

Обычно развивающиеся дети в начале учебного года нередко с настороженностью поглядывают на детей с ограниченными возможностями здоровья, и первое время держатся от них в стороне, наблюдают. Иногда задают вопросы, пытаясь понять те или иные сложности конкретных детей. Мы отвечаем на них, а также продолжаем знакомить их друг с другом в пространстве ежедневного утреннего круга [2], в котором мы приветствуем друг друга, узнаем о настроении каждого, планируем день и решаем повседневные вопросы, помогая детям открывать реальность различий, находить выход из неоднозначных, порой конфликтных ситуаций. С этой целью используются, в том числе, элементы программы по социально-эмоциональному развитию детей «Я – Ты – Мы» [2]. Это позволяет реализовать индивидуальный подход в работе с детьми и услышать каждого, а также - заботиться о психологической атмосфере и жизни коллектива детей, в целом. Такая работа приносит свои плоды. Постепенно у детей формируется принятие различий. Дети начинают больше общаться. Старшие со временем осваиваются в своей роли и начинают проявлять заботу и мягкое руководство как в отношении младших, так и в отношении детей с особыми потребностями.

Результаты исследований, которые проводили педагоги-психологи детского сада [4]. Было обнаружено, что обычно развивающиеся дети 5 – 7 лет, которые 1 год и больше посещали интегративный детский сад, значимо не отличаются по состоянию здоровья, уровню тревожности и самооценке от своих ровесников (также 1 год и больше посещавших массовые детские сады). Можно предположить, что условия групп интеграции не создают дополнительной нагрузки на организм ребенка (дети не начинают чаще болеть) и не оказывают влияния на уровень тревожности и самооценку наших обычно развивающихся дошкольников. При этом у детей интегративного детского сада значимо выше общий уровень

интеллектуального развития и они называют значимо больше слов, обозначающих эмоциональные состояния, и предлагают больше вариантов поведения в конфликтных ситуациях со сверстниками.

Также было установлено [5], что дети с ограниченными возможностями здоровья 5 – 7 лет, посещающие группы интеграции, болеют реже и легче, чем их ровесники из специализированных групп («Особый ребенок» или «Группа для детей со сложной структурой дефекта»), в которых они находятся в отдельном помещении детского сада и практически не взаимодействуют с обычно развивающимися сверстниками. По общему показателю интеллектуального развития дети с ограниченными возможностями здоровья из групп интеграции имеют значимо более высокие оценки, чем их ровесники, посещающие специализированные группы. Кроме того, дети с ограниченными возможностями здоровья из групп интеграции больше взаимодействуют с детьми, чем их сверстники из специализированных групп. А дошкольники с обычным развитием, посещающие группы интеграции, в меньшей степени склонны игнорировать конфликтные ситуации, по сравнению с их сверстниками из неинтегративных групп.

В отличие от обычно развивающихся дошкольников 5-7 лет, посещающих группы интеграции, их ровесники из массового детского сада со временем увеличивают степень предпочитаемой физической дистанции по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья. Получается, что, взрослея, обычно развивающиеся дошкольники, не имеющие опыта реального взаимодействия с детьми с ограничениями, предпочитают держаться от них подальше, что, возможно, связано с формирующимся у них негативным и настороженным отношением к детям, которые чем-то отличаются от них самих. Этого нельзя сказать о типично развивающихся детях из интегративных групп, чьи предпочтения в выборе физической дистанции по отношению к детям оказались не связаны с наличием или отсутствием у детей каких- либо ограничений здоровья. Похоже, что в условиях интеграции обычно развивающиеся дети формируют свои предпочтения, основываясь не на том, является ли ребенок особым или обычным, а на каких-то других основаниях.

Также, по нашим наблюдениям, большинству детей нравилось ходить в нашу группу, они чувствовали себя в ней комфортно и свободно, они развивались (каждый в своем уникальном темпе), обзаводились друзьями и частенько предпочитали подольше поиграть

в детском саду. Между нашими воспитанниками формировались устойчивые симпатии не только среди обычно развивающихся детей и детей с ограниченными возможностями здоровья, но и между ними. Традицией группы стало празднование дней рождений детей вместе с воспитателями и, часто, с родителями. У этой традиции есть определенная последовательность действий: объявление именинника, поздравления в кругу, вручение подарков, фотографирование, исполнение песни-хоровода «Каравай», чаепитие.

Выпускники интегративного детского сада учатся в разных школах, от специальных до общеобразовательных, включая гимназии.

Так, один из наших выпускников, мальчик с ДЦП, теперь уже учащийся 8-го класса одной из общеобразовательных школ Санкт-Петербурга, на вопрос: «А Тебя не обижают?» ответил: «Обижают, и что?» Важно отметить, что на этот вопрос он отвечал на встрече с педагогическим коллективом одной из школ, которая знакомилась с идеями интеграции. Мы надеемся, что и опыт посещения интегративного детского сада помог ему сформировать уверенность в себе и смелость при встрече с трудностями.

Литература

1. Л.А. Зигле, А. Ю. Пасторова, Е. В. Каргина, И. И. Голубева. Мы готовы помочь семье //серия «Ребёнок, общество, семья, творчество», «Комфортная школа – миф или реальность» сборник №34 2007 г. Центр развития дополнительного образования ГОУ СПб ГДТЮ;

2. Н.М. Ефимова, Л. А. Зигле, О. В. Михайлова. Педагогический круг как универсальная форма совместной деятельности взрослого и ребенка (в печати);

3. О. Князева. «Я – Ты – Мы»: Программа социально-эмоционального развития дошкольников. Издательство «Мозаика – Синтез», 2005;

4. Пасторова А. Ю., Иванова В. Ю. Стоит ли ребенку посещать интегративный детский сад// Дошкольное воспитание, №5, 2007;

5. Пасторова А. Ю. Грант РГНФ, 2007, № 07-06-00772а «Влияние степени включения детей инвалидов в коллектив нормально развивающихся дошкольников на развитие и эмоциональное состояние детей».

Психологические особенности реабилитации инвалидов и участников военных действий с использованием групповых методов воздействия

Мусатова О.А.
Московский университет МВД России, г. Москва

На современном этапе развития российского государства приобретают все большую актуальность вопросы, связанные с жизнедеятельностью в социуме инвалидов и участников боевых действий. Эта проблема является настолько многогранной, что затрагивает абсолютно все сферы жизни современного общества. Историческая необходимость стимулировала появление научного интереса к данной проблеме в России с начала 90-х годов XX века и с каждым годом этот интерес обретает все более новое и новое актуальное значение.

В настоящее время, научные изыскания в этой области привели к разработке новой методологической базы изучения психологического аспекта реабилитационной работы с участниками военных действий и инвалидов. В нашей стране социально-психологическая работа с участниками боевых действий получила статус государственной проблемы первостепенной важности, а вопросы по реабилитации инвалидов войны приобрела уровень общемировой тенденцией.

Научные представления о психологических последствиях несения службы в условиях боевых действий в отечественной науке традиционно рассматриваются с точки зрения сохранения психологического здоровья и возвращения в мирную жизнь тех, на которых экстремальные ситуации произвели разрушительное действие.

Отечественное понятие «психологического здоровья» сформировалось под воздействием воззрений А. Маслоу и предполагает обязательное наличие у людей стремления к развитию собственного потенциала и стремления к гуманистическим ценностям [3]. Исходя из этих постулатов психологически здоровый человек, прежде всего, направлен на реализацию в своей жизни процесса созидания, а не разрушения, и жизнь по принципу «здесь и теперь». Большинство инвалидов и ветеранов войн лишены возможности реализовывать тот опыт, который они приобрели в ходе борьбы за выживание, те иные ценности, которые невозможно было бы получить в других условиях: «где на первом месте стояли жизнь

человека и боевое братство» [4]. Психологическое нездоровье, с точки зрения данной концепции, выражается в невозможности инвалида и участника военных действий определения и реализации собственного места в последующей мирной жизни.

В исследованиях зарубежных специалистов психологические последствия боевых действий на психику человека изучаются довольно длительное время, поэтому появился даже специальный термин «боевые стрессовые реакции». Массовые проявления различных форм социально-психологической дезадаптации у инвалидов и участников боевых действий привели к необходимости изучения причин возникновения у них социально-психологических трудностей, что позволило выделить особую психологическую категорию «посттравматическое стрессовое расстройство».

Разработка проблемы психологической реабилитации инвалидов и участников боевых действий, на наш взгляд, должна осуществляться комплексно, в контексте изучения процессов социально-психологической адаптации личности инвалидов и участников боевых действий. Сам процесс реабилитации такой категории людей носит отсроченный от непосредственного психотравмирующего события характер и поэтому работает с появляющимися впоследствии, внутриличностными психическими явлениями.

Еще в прошлом столетии 3. Фрейд [5] предлагал определять такие отсроченные реакции, как «военный невроз», отмечая, что психические последствия войны вызваны не только влиянием полученной ранее физической травмы, но и могут проявляться у тех, кто вышел с поля боя физически невредимым, также именно он подчеркивал роль испуга и страха в возникновении данного явления. Эти научные предположения получили свое подтверждение в ходе практической и теоретической разработки методологии реабилитационной работы с участниками боевых действия и инвалидов войны.

Исследования А. Кардинера [8], который изучал отсроченные психические реакции на военные события у ветеранов Первой мировой войны, позволили выделить у ветеранов пять наиболее характерных отсроченных психических реакций на психотравмирующие события войны, такие как:

- фиксация на травме;
- типичные сны;
- снижение общего уровня психической деятельности;
- раздражительность;
- склонность к взрывным агрессивным реакциям.

Говоря о фиксации на психической травме, А. Кардинер отмечает, что в первое время может наблюдаться потеря памяти (амнезия) об обстоятельствах психотравмирующего события. Восстановление памяти о событии он рассматривает как показатель восстановления предвоенного эго. Анализ содержания снов ветеранов привел А. Кардинера к выводу о преобладании в них двух тем: о возможной гибели и об осуществлении агрессивных замыслов, которые, как правило, не удается исполнить.

Также интересна работа Р. Гринкера и Д. Шпигеля [7] «Люди под воздействием стресса», где ученые выделили наиболее характерные отсроченные реакции на боевой стресс. К ним были отнесены: нетерпеливость, раздражительность, агрессивность, повышенная утомляемость, апатичность, трудности засыпания, тревожность, усталость, повышенная реактивность, напряженность, депрессивность, личностные изменения, ослабление памяти, тремор, трудности концентрации, поглощенность воспоминаниями о войне, ночные кошмары, подозрительность, фобические реакции.

Проявление отсроченных психических реакций на стресс войны у инвалидов и ветеранов войны, согласно наблюдениям А. Кардинера и Г. Шпигеля, зависит от трех факторов:

- довоенных личностных особенностей солдата и его способности адаптироваться к новым ситуациям;
- реакции на опасные ситуации, в которых угроза уничтожения является первостепенным фактором;
- уровня восстановления целостности личности.

В настоящее время уже не подлежит доказыванию факт того, что участие в боевых действиях или нахождение человека в зоне военного конфликта, накладывают отпечаток на протекание психической деятельности и поведение, а боевой стресс, сыграв свою положительную роль в сохранении целостности организма и личности воина в экстремальных условиях, начинает выступать причиной последующей дезадаптации участников боевых событий в мирной жизни. «По существу именно стрессовые приспособительные трансформации за пределами жизнеопасной ситуации оказываются негативными, дезадаптивными и образуют осевую симптоматику боевых стрессовых расстройств» [1].

Н.В. Якушин отмечает, что «...именно травматический стресс, возникший во время военных действий, является одним из главных внутренних барьеров на пути адаптации к мирной жизни. Травматический опыт, запечатленный в психике ветерана, держит его в состоянии внутренней войны» [6]. И именно эта «виртуальна» война

служит непреодолимой преградой на пути к нормальной жизнедеятельности инвалида и ветерана в современном обществе.

Соловьев И. отмечает: «Возвращаясь к обычной мирной жизни, человек, зачастую остается адаптированным к боевой ситуации. Образно это можно представить в виде сильно сжатой пружины, которая не имела возможности выполнить действие своим полным разжатием, так как после частичной своей работы, она снова и снова сжималась» [4]. По мнению Соловьева И., со стороны окружения постравматические стрессовые реакции можно разделить на три вида: «1) немотивированная агрессия в отношении случайных людей, очень часто в отношении родных и близких; 2) нарушение сна, снижение настроения, общего жизненного тонуса, необъяснимое чувство вины, уход в себя и тому подобное; 3) психические расстройства, необходимость психиатрической помощи» [4].

Изменение позиции личности в отношении жизненной перспективы у участников боевых действий и инвалидов войны на этап «до» и этап «после», было обозначено, как чувство укороченной жизненной перспективы, и включено в перечень диагностических симптомов ПТСР в «Американский диагностический стандарт»[6]. У инвалидов и ветеранов войн наблюдается выраженное ощущение отсутствия жизненной перспективы и возникающего на их фоне, стойкого нежелания планирования своего будущего.

Помимо непосредственного негативного воздействия самой войны, по мнению Якушина Н.В., «...накладывается вторичный, возникший при возвращении домой. Это становится внутренней основой для психической и социальной дезадаптации ветерана в обществе»[2].

Именно после возвращения у инвалидов и ветеранов войны начинает развиваться информационный стресс. Этот стресс «коварен» тем, что растянут во времени и имеет перспективу. На уровне личностных переживаний он проявляется в постоянных настойчивых негативных мыслях и эмоциях, связанных с поиском ответов на вопросы: «Что произошло?», «Как жить дальше?», «Зачем это было нужно?». Такое состояние лишает человека полноценной способности руководить своей жизнью, строить и притворять перспективные планы и желания. «Под воздействием травматической ситуации нарушается процесс восприятия непрерывности жизни, и разрушаются индивидуальные объяснительные схемы, которые до травматического воздействия делали субъективный мир понятным и предсказуемым... В случае, когда схемы нарушены, человек не может

предвосхитить будущее и строить планы, поскольку ему просто не на что опереться...»[6].

Кроме того, исследования этого вопроса, проведенные Миско Е.А. и Тарабриной Н.В. четко демонстрируют тот факт, что лица с посттравматическим стрессовым синдромом живут укороченной «ближней» перспективой, а сама жизненная перспектива приобретает негативную эмоциональную окраску, в результате чего ветераны не могут ощущать себя хозяевами положения и жизни. Интенсивность этих переживаний напрямую зависит от интенсивности психотравмирующего события.

Ахмедова Х.Б. отмечает, что «признаки посттравматических стрессовых расстройств могут рассматриваться в качестве основы, на которой формируются личностные изменения разных уровней». В свою очередь, развивая эту научную концепцию, следует отметить, что посттравматическое стрессовое расстройство является одной из форм нарушения психологического здоровья личности инвалида и ветерана боевых действий. Главным негативным последствием для личности с ПТСР становится неадекватная самооценка: чаще всего заниженная, либо компенсаторно завышенная. Чувствую себя на войне героем, человек возвращается в мирную жизнь и из воина «превращается» в гражданина, часто отвергаемым из-за появившихся у внутриличностных изменений. Трансформация самооценки сложный и трудноизменяемы процесс, так как «относясь к ядру личности, самооценка является важным регулятором ее поведения».

Все вышеизложенные факторы дезадаптации личности инвалида и участника военных действий в мирной жизни позволили планомерно и методично подойти к вопросу основных направлений психологической терапии. В настоящее время именно психотерапия составила достойную альтернативу медикаментозному лечению психотропными препаратами, которые применялись длительное время при лечении такого рода расстройств. Необходимость развития психологических методов воздействия было обусловлено отрицательными последствиями лечения лекарственными препаратами, которые обладали сильными побочными эффектами, влияющими на работоспособность и качество жизни людей. А учитывая работу защитных механизмов психики, в силу которых многие из инвалидов и ветеранов военных действий отказывались от медикаментозного лечения, психотерапия приобретала особо ценностный статус.

При разработке данного направления у ученых и практиков встала проблема иного характера, а именно подбор и применение

наиболее эффективных психотерапевтических методов для инвалидов и ветеранов войны, как особой категории людей. Попытки применения традиционных психотерапевтических методов (релаксация и аутогенная тренировка, гипноз и др.) оказались малоэффективными, как правило, носящими временный характер, устраняя симптом, они практически не оказывали воздействие на очаг травмы.

Проведенный поиск адекватных и наиболее эффективных форм психотерапии привел к исследованию новых и нетрадиционных методов терапии. Для нас наибольший интерес представили методы групповой терапии, так как именно они максимально способствовали повышению уровня адаптации в современном обществе, выработке дальнесрочной мотивированной деятельности и стабилизации самооценки, что незамедлительно, сказывается на общем уровне самочувствия инвалидов и участников военных действий. Дополнительным фактором воздействия в такой групповой работе служило использование потенциала семьи и «братского сообщества ветеранов» участников военных действий, ведь именно в таких группах наиболее легко возможно создать наиболее благоприятные условия для раскрытия и изменения структур личности.

Параллельно с психологическим воздействием необходимо осуществлять социальную помощь и поддержку посредствам работы с родственниками, представителями органов власти и общественных организаций, призванных облегчить жизнь инвалидов и ветеранов войны. К сожалению, зачастую именно общая неграмотность людей, окружающих участников боевых действий, становится основой для глубокого негативного изменения личности страдающей посттравматическим стрессовым расстройством.

Поэтому не получая необходимой социальной поддержки в обществе и дома, ветеран войны будет компенсировать ее отсутствие за счет психологической работы в психокоррекционной группе.

В настоящее время выбор методик для групповой работы достаточно велик и многообразен, способы психологического воздействия различны, поэтому опора на принцип эклектичности психологического воздействия дает возможность специалистом разрабатывать, использовать и сочетать в практической деятельности все многообразие средств помощи инвалидам и участникам военных действий.

При этом необходимо учесть тот факт, что психологическое воздействие на лиц, участников боевых действий начинается до момента их попадания в зону вооруженного столкновения, а именно

при организации и проведении проводов туда. Так, обычные на первый взгляд, ритуальные и традиционные действия родных, близких и официальных лиц, влияют на мотивацию людей. Так, на Руси существовал обычай для солдат, уходивших на службу или войну: близкие люди одалживали воинам достаточно большую и ценную сумму денег, тем самым «вселяя» в солдата обязанность вернуться и «отдать долг», что и формировало у него долгосрочную мотивацию. Так же важными ритуалами являются религиозные обряды, которые формируют определенное эмоциональное состояние и настрой у воинов и т.д. Такая благоприятная обстановка формирует у людей достаточно высокую мотивацию, влияет на состояние самооценки и способствует формированию соответствующего эмоционально-волевого настроя.

К огромному сожалению, в настоящее время, мы не в состоянии повлиять на этот этап психологического воздействия на личность участника боевых действий и вынуждены работать только с последствиями психологической травмы, причиненной войной.

Несмотря на это, выбор методов групповой работы с инвалидами и ветеранами войны после их включения в условия мирной жизнедеятельности весьма многообразен и позволяет подойти к процессу психологической помощи творчески и нестандартно.

В настоящее время широко распространено использование тренинговых групповых упражнений, программ развивающих социальные навыки адаптации и корректирующих методик, одновременно в одной программе в различном сочетании и вариации, так как именно это сочетание вариативность позволяют максимально учесть специфику группы и личностные особенности инвалидов и участников военных действий.

Целями таких психологических воздействий на личность инвалида и участника военных действий, определяющими, впоследствии, и форму, и содержание работы, являются:

1 этап – избавление человека от мешающих нормальной жизнедеятельности симптомов посттравматического стресса;

2 этап – достижение состояния психологического здоровья, как основы для реализации в своей жизни процесса созидания и принципа «здесь и теперь», эмоционального и психофизиологического комфорта;

3 этап – выработки позитивных изменений во взаимоотношении с внешним миром, через семью, ближайшее социальное окружение и т.д.

Каждый из условных этапов является основой для последующего и определенным результатом для предыдущего, что позволяет создать непрерывный процесс воздействия на личность инвалида и участника боевых действий. Причем, следует учесть тот факт, что данные условные этапы характерны для работы как однородных групп, состоящих, только из инвалидов и ветеранов войны, так и для разнородных групп, например: членов семей инвалидов и ветеранов войны, представителей формальных и неформальных обществ социальной помощи и поддержки.

Далее, наполняя программу психологического воздействия на инвалидов и участников военных действий, с целью улучшения их адаптивных способностей (дальнесрочного целепологания, мотивированности жизнедеятельности, повышения уровня самооценки и т.д.) можно использовать различные групповые методики из всего многообразия психологических школ и направлений.

Для более структурированного процесса воздействия можно, хоть и весьма условно, разделить методы, приемы и способы на: физические и психические. Так, к физическим методам воздействия можно отнести: методы телесноориетированной терапии, некоторые из методов нейролингвистического программирования (телесное якорение), методики работы с психосоматикой и т.д. А к методам психическим – все остальные, осуществляющие воздействие на уровне психических процессов и состояний: психоаналитические методы, методы аналитической психологии К.Г. Юнга, приемы нейролингвистического программирования, методы системной семейной психотерапии, методики когнетивно-бихевиоральной психотерапии, способы гештальт-терапии и т.д.

При оценке эффективности психологического воздействия основными показаниями изменений следует считать: исчезновение или снижение интенсивности невротических состояний (астено-депрессивные, тревожно-депрессивные состояния и др.) у инвалидов и участников военных действий, нормализация отношений в семье и ближайшем социальном окружении, изменение состояния психической структуры личности (повышение самооценки, стабилизация эмоционально-волевой сферы и т.д.), а также повышения уровня их адаптивных способностей и повышение целевого психологического ресурса человека.

Литература

1. Караяни А.Г. Психологическое обеспечение боевых действий личного состава частей сухопутных войск в локальных военных конфликта. – М., 1998.
2. Миско Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС;- Психологический журнал, 2004, №3.
3. Практическая психология образования, под ред. Дубровиной И.В. – М., 1997.
4. Соловьев И. Жизнь после войны: преодоление психологических последствий. Солдат удачи. – 1999. №8.
5. Фрейд 3. «Я» и «Оно». Труды разных лет. Кн. 1, 2. Тбилиси, 1991.
6. Якушин Н.В. Психологическая помощь воинам-афганцам в реабилитационном центре республики Беларусь. – Психологический журнал. 1996. №5.
7. Grinker R., Spiegel J. Men Under Stress - Philadelphia, 1945.
8. Kardiner, A. The Traumatic Neurosis of War. -N.Y. : Royber, 1941.

Повышение педагогической компетенции родителей, воспитывающих ребенка раннего возраста с органическим поражением ЦНС

Павлова Н.Н.
Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва

Данные многочисленных исследований указывают на увеличение в последние десятилетия количества детей раннего возраста, у которых выявляются выраженные отклонения в психическом развитии. У многих детей, наряду со значительной задержкой психического развития, имеются нарушения в работе различных анализаторов. Отсутствие достаточного числа образовательных учреждений для малышей первых лет жизни и психические особенности указанной категории детей не позволяют своевременно включить их в коллектив сверстников и существующую систему специального дошкольного образования.

Родители этих детей обращаются за консультацией в Лабораторию специальной психологии и коррекционного обучения НЦЗД РАМН. В медицинских картах этих детей чаще всего указаны следующие нарушения здоровья: генетические или наследственные

болезни, тяжелое органическое поражение ЦНС, врожденные пороки развития, психические заболевания, сочетанные нарушения развития.

В целях реализации права каждого ребенка на образование, а родителей на своевременное получение педагогической информации, педагоги раннего возраста проводят в присутствии близких индивидуальные коррекционно-педагогические занятия с малышом, подбирают специальные условия обучения. К ним относятся: адекватные способы общения взрослого с ребенком и создание предметно-развивающей среды, использование педагогических технологий для формирования возрастных психологических новообразований и типичных видов деятельности.

В ходе индивидуального занятия педагог может подобрать эффективные методы и приемы коррекционно-педагогической работы, оценить уровень сформированности умений и навыков, качество и объем усвоенного материала. Занятия проводятся по следующим направлениям: развитие сенсорных реакций, двигательной активности, эмоций, социального поведения, развитие речи. Режим педагогических нагрузок и продолжительность занятия определяется в зависимости от соматического и неврологического состояния ребенка, готовности к сотрудничеству с новым взрослым, от уровня психического развития и сформированности таких психических функций как внимание, восприятие, произвольная регуляция поведения. Занятия проводятся не менее 2 раз в неделю, по 20–30 минут. Содержание, методы и приемы педагогической работы дефектолога с ребенком систематизированы в индивидуальной программе коррекционно-развивающего обучения, которая составляется для каждого малыша.

Исследователи в области коррекционной педагогики доказали необходимость включения родителей в процесс индивидуального коррекционно-педагогического занятия с целью формирования у них адекватных способов общения со своим ребенком и обучения методам и приемам коррекционного воздействия. Педагогическая поддержка родителей в Лаборатории проводится в форме консультирования, бесед, лекций, практических занятий с ребенком.

Основная цель работы педагога-дефектолога — вызвать у близких ребенка интерес к овладению педагогическими методами и приемами для последующего их использования в повседневной жизни. Для достижения поставленной цели педагог должен решить следующие задачи: выявить положительные качества родителей, необходимые для успешного сотрудничества со своим малышом, создать условия для активного участия родителей в процессе

воспитания и обучения ребенка, комфортную социальную среду в семье, оказать квалифицированную педагогическую помощь и поддержку родственникам. В ходе проведения занятия родители и педагог являются равноправными участниками данного процесса, т.е. партнерами, осуществляющими совместную деятельность.

Педагогическая поддержка родителей включает в себя 3 этапа: первый — подготовительный; второй — обучающий; третий — переходный. На каждом из этих этапов нами использовались различные организационные формы работы педагога-дефектолога с семьей с учетом позиции родителей по отношению к воспитанию проблемного ребенка.

Первый этап — подготовительный. Он состоит из комплекса педагогических диагностических обследований, определяющих уровень и темп нервно-психического развития детей, выявление позиции родителей в отношении воспитания ребенка с нарушениями в развитии и принятия ими коррекционно-педагогической помощи, знакомство родителей с методами коррекционно-педагогического воздействия на ход психического развития ребенка.

На первых индивидуальных занятиях с ребенком, родители которого имеют активную позицию, педагог в ходе работы периодически комментирует свою деятельность, объясняет свои действия, обращает внимание на сильные и слабые стороны ребенка, указывает на методы, приемы и упражнения, которые следует использовать дома, дает родителям конкретное домашнее задание. Родители записывают за педагогом этапы занятия, пытаются помочь ребенку правильно выполнить некоторые действия с предметами, задают вопросы.

Родители с пассивной позицией формальны в процессе общения со специалистом, на занятиях проявляют безучастность к педагогическому процессу, не задают никаких вопросов, производят впечатление безразличных зрителей. Дефектолог с помощью привлечения внимания родителей к результативным действиям ребенка, к социальным попыткам его взаимодействия с взрослым, к эмоциональным откликам на новые предметы, пытается сформировать у родителей потребность в обучении методам и приемам педагогического воздействия и использовании этих знаний в повседневной жизни ребенка. После окончания занятия педагог предлагает родителям повторить дома некоторые элементы занятия, приобрести для ребенка необходимые пособия и игрушки.

Второй этап — обучающий. Данный этап занимает центральное место в процессе педагогической поддержки и раскрывает перед

родителями всю многогранность коррекционно-педагогического процесса. Он состоит из серии индивидуальных занятий педагога-дефектолога с ребенком в присутствии матери, в ходе которых подбираются эффективные методы педагогического воздействия на ход психического развития самого ребенка и результативные способы обучения коррекционно-педагогическим технологиям родителей малыша. При этом взрослых знакомят с задачами каждого занятия.

Родители, имеющие активную позицию по отношению к ребенку, на этом этапе делятся с педагогом успехами своего ребенка, рассказывают, что получается, а что вызывает затруднение. Интересуются, как можно добиться от ребенка усвоения определенного действия, как правильно себя вести с малышом. Педагог-дефектолог в процессе занятия раскрывает перед родителями смысл каждого этапа задания, включает маму в педагогический процесс на короткое время.

Родители с пассивной позицией начинают проявлять интерес к педагогическому воздействию: могут записать небольшой этап занятия, задать несколько вопросов о поведение своего ребенка или по ходу самого занятия. Педагог обязательно использует комментирование на каждом этапе занятия, обращает внимание родителей на достижения ребенка, наглядно демонстрирует им те умения и навыки, которые появились у ребенка благодаря интенсивному обучению, родительской заботе и любви, хвалит малыша и маму. В конце занятия дает родителям конкретное домашнее задание с использованием продуктивных видов деятельности. Основная часть занятий на данном этапе посвящена привлечению внимания родителей к процессу обучения коррекционно-педагогическим технологиям воспитания ребенка и созданию предметно-развивающей среды для него в домашних условиях.

Третий этап — переходный. Коррекционно-педагогическая помощь ребенку оказывается с целью формирования у него готовности к взаимодействию с новыми взрослыми и сверстниками, к освоению нового развивающего пространства, а также подготовки родителей к переходу к новым формам взаимодействия с другими специалистами. Длительность переходного этапа может быть различной и зависит от динамики формирования новых навыков и умений у ребенка, общего темпа его психического развития.

На индивидуальных занятиях родители с активной позицией становятся действительными участниками коррекционно-педагогического процесса. Занятие на этом этапе строится по

формирующему типу, когда педагог основное внимание уделяет усвоению нового материала ребенком, демонстрируя при этом родителям значительное число упражнений по каждой линии развития. Этот прием используется для того, чтобы в ходе практического занятия познакомить родителей с применением разнообразных методов и приемов по предъявлению учебного материала ребенку, которые она сможет использовать в процессе самостоятельной работы дома. Как правило, мама берет на себя функцию педагога на одном из этапов занятия, а последний становится как бы наблюдателем, партнером по общению. В конце занятия педагог дает подробные рекомендации по закреплению пройденного. Таким образом, педагог постепенно становится как бы организатором педагогического процесса, а родители — его активными участниками. Поэтапное включение матери в коррекционно-педагогический процесс позволяет расширить педагогические возможности родителей, обучить их самостоятельному использованию коррекционно-педагогических технологий в повседневной жизни. Систематическое оказание коррекционно-педагогической поддержки ребенку позволяет ускорить процесс его социализации и в максимально короткие сроки подготовить к взаимодействию с новыми взрослыми и сверстниками, к посещению нового развивающего пространства.

В ходе индивидуальных занятий с ребенком, чьи родители имеют пассивную позицию, педагог знакомит их с принципами построения коррекционно-педагогического обучения. В процессе занятия педагог фиксирует внимание родителей на тех формах взаимодействия с ребенком, при которых он чувствуют себя более уверенно и комфортно. Родители наблюдают за действиями педагога, задают ему уточняющие вопросы, а затем пытаются самостоятельно воспроизвести только что увиденные игровые действия с непосредственной помощью специалиста. Возможность наблюдать и оценивать реакции ребенка, уточнить необходимые детали, получить дополнительные разъяснения со стороны педагога позволяют родителям за более короткий промежуток времени усвоить необходимые педагогические знания. С течением времени родители становятся полноправными участниками коррекционного процесса и начинают выполнять в процессе домашних занятий с ребенком функцию педагога. Постепенное приобретение родителями теоретических и практических педагогических знаний и умений позволяет им перейти на новый, более грамотный уровень общения с ребенком. За время оказания коррекционно-педагогической помощи ребенку педагогом-дефектологом в присутствии родителей, позиция

последних по отношению к воспитанию малыша с нарушениями в развитии претерпевает значительные изменения. Родители с позиции наблюдателя переходят на позицию исполнителя, а затем занимают позицию активного помощника или партнера специалиста по оказанию коррекционно-педагогической поддержки ребенку.

Таким образом, предложенное содержание и формы работы с родителями, воспитывающими ребенка с органическим поражением ЦНС, способствуют поэтапному овладению ими коррекционно-педагогическими технологиями воспитания малыша и своевременной организации предметно-развивающей среды с учетом возрастных, индивидуальных особенностей и возможностей ребенка в условиях семьи. Это, в свою очередь, способствует активизации темпа психического развития ребенка, повышает его готовность к включению в коллектив сверстников и осуществлению полноценных контактов с ними, ускоряет возможность его социализации. Знания и умения, полученные в ходе педагогической помощи, позволяют повысить педагогическую компетентность родителей по вопросам обучения и воспитания детей с проблемами развития, поднять их самооценку, нормализовать микроклимат в семье.

Специфика оказания экстренной психологической помощи слабослышащим клиентам службами «Детский телефон доверия»

Паксеваткина В.Ю. заведующая отделением Экстренной психологической помощи по телефону «Телефон Доверия» МУ КЦСОН «Забота», г. Калуга

Одной из актуальных социально-экономических и демографических проблем современного российского социума является включение людей с ограниченными возможностями в общество. Актуальность этой проблемы объясняется многими обстоятельствами, сложившимися в современной России.

Численность инвалидов с физическими, интеллектуальными, психическими и сенсорными отклонениями среди населения страны неуклонно возрастает. Ежегодно в России рождается более 50 тыс. детей, признанных инвалидами с детства.

Что касается конкретно инвалидов по слуху, то точная статистика слабослышащих и глухих людей в РФ отсутствует. Принято считать, что в развитых странах общее число людей с

дефектами слуха составляет около 4-6 % всего населения. По приблизительным оценкам лишь 0,1 % этих людей страдает тяжёлыми формами глухоты. К счастью, подавляющее большинство из них – т.н. «слабослышащие», слух которых может быть значительно компенсирован современными звукоусиливающими аппаратами.

Нарушение слуха – всегда серьезная проблема, как для ребенка, так и для его родителей. Тяжело смириться с тем, что маленький человечек на всю жизнь лишен возможности воспринимать такой богатый и неисчислимо разнообразный мир звуков! Больно осознавать, что недуг возводит между малышом и окружающими людьми незримую преграду, изолирует его от мира. Однако это вовсе не значит, что жизненный удел такого ребенка – одиночество и изоляция. За полноценную жизнь неслышащего малыша можно и нужно бороться. Поэтому создание оптимальных условий для успешной адаптации детей-инвалидов является важнейшей социально-экономической и политической задачей всех государственных и общественных структур.

В настоящее время в проектировании социальной политики разных стран, независимо от их государственного устройства, выделяются две тенденции по отношению к этой категории населения. Приверженцы первой тенденции считают, что общество должно практически принимать проблемы глухих и слабослышащих и создавать им комфортные условия в среде слышащих. Например, всему населению страны (Швеция) рекомендуется изучать жестовую речь, или каждый ученик с нарушениями слуха, обучающийся в массовой школе (США и др.), должен иметь персонального ассистента - переводчика жестовой речи, предлагаются определённые требования к артикуляции всех тех людей (специалистов, родственников, друзей, обслуживающего персонала и т.д.), которые имеют постоянное общение с глухими и слабослышащими: их речь должна быть замедленной, артикуляция утрированной (Швейцария, Германия и др.). Существуют даже модели «страны глухих» – например, университетский городок, населённый неслышащей молодёжью (США, Галлодетский университет).

Вторая тенденция предлагает рассматривать лиц с нарушениями слуха как особую социальную группу, имеющую свою систему социальных потребностей в плане преодоления ограничений и трудностей коммуникации, но являющуюся одной из равноправных составных частей общества, существующую с ним в единой социокультурной среде.

Наиболее прогрессивной является социальная модель инвалидности, которая рассматривает ограничение возможностей не как наличие какого-либо дефекта у ребенка, а как неприспособленность окружающего общества к особым нуждам ребенка-инвалида. Эта модель, основанная на идеях равенства и антидискриминации, способствует дальнейшей гуманизации общественных отношений и формированию социокультурной толерантности к этой группе населения.

Пункт 9 Декларация о правах инвалидов от 9 декабря 1971 года гласит: «Инвалиды имеют право на то, чтобы их особые нужды принимались во внимание на всех стадиях экономического и социального планирования».

Следуя этой модели, необходимо приспособить службы «Детский Телефон доверия» к нуждам слабослышащих детей и подростков. До настоящего времени неслышащие дети были лишены возможности обратиться за помощью в службу экстренной психологической помощи, общение с консультантом по телефону было для них недоступно в силу физических ограничений, так как традиционной формой работы «Телефонов Доверия» является именно консультирование по телефону.

Подобная попытка была предпринята нашей службой. Параллельно с традиционным консультированием по телефону мы организовали консультирование в режиме он-лайн с помощью программы обмена мгновенными сообщениями ICQ. Этот способ коммуникации был выбран в силу того, что он удовлетворяет основным требованиям, предъявляемым к оказанию экстренной психологической помощи службами «Телефон доверия», а именно:

- Анонимность – достигается отсутствием визуального контакта, а также тем, что абоненты зарегистрированы в аккаунте консультанта под псевдонимами (никами), и консультант не имеет возможности получить какую-либо информацию об абоненте без его согласия.
- Пространственные особенности - общение он-лайн так же, как и общение по телефону, предоставляет возможность общения людям, находящимся на значительном расстоянии друг от друга. Поэтому психолог может оказать помощь человеку, удаленному от него и находящемуся в тех условиях, которые обратившийся считает комфортными для себя.
- Возможность прервать контакт – обратившийся к психологу он-лайн может прервать контакт в любой момент, закрыв

диалоговое окно или даже удалив свой аккаунт из списка контактов «Телефона Доверия».

- Максимальная доступность – абонент, решивший обратиться за поддержкой он-лайн, может практически мгновенно соединиться с психологом, он избавлен от необходимости преодолевать какие-то преграды, возникающие при традиционных способах консультирования, например, предварительная запись к специалисту или необходимость приходить на прием и ожидать своей очереди в приемной.
- Эффект ограниченной коммуникации – при консультировании он-лайн, так же как и при консультировании по телефону, общение ведется в отсутствии зрительного контакта, это влечет за собой с одной стороны, отсутствие определенных барьеров в общении, которые могут возникать при визуальном контакте между людьми, принадлежащими к различным социальным группам, национальностям и различающимися по возрасту. С другой стороны, в отсутствии зрительного восприятия обратившиеся, как правило, в определенной степени идеализируют телефонного консультанта, наделяя его чертами «идеального собеседника», в которым нуждаются в данный момент, более компетентным и зрелым, чем он мог бы показаться при личном контакте.
- Эффект доверительности – во время беседы абонент и консультант находятся в определенном смысле в едином пространстве, это способствует формированию доверительной беседы, облегчает обсуждение глубоко личных проблем, на обсуждение которых, абонент возможно никогда бы не решился при личном общении.

Таким образом, в общении он-лайн, равно как при общении по телефону, сочетаются личный, диадический характер коммуникации, присущий традиционным средствам коммуникации, и незамедлительность, безотлагательность, обеспечиваемые современными электронными средствами коммуникации.

В процессе работы мы обнаружили в он-лайн консультировании некоторые преимущества перед традиционной работой по телефону.

Во-первых, этот вид коммуникации пользуется гораздо большей популярностью у подростков: до 95% всех обращений от лиц до 18 лет на калужский телефон доверия поступает именно через интернет. В своих отзывах наши абоненты пишут, что это «действительно просто и доступно». Кроме этого такой вид общения является привычным для тинэйджеров, поэтому, добавив в список контактов номер ICQ «Телефона Доверия», в дальнейшем при необходимости они обращаются, не испытывая какого-либо психологического

дискомфорта. Зачастую подростки обращаются к консультанту не как к психологу профессионалу, а как к более опытному товарищу, что делает общение более неформальным и соответственно дает возможность быть понятым и принятым, разговаривать с взрослым на основе доверия и равноправия.

Во-вторых, такой вид коммуникации позволяет обратиться за помощью действительно в любой момент, так как для этого необходим только сотовый телефон, который есть теперь практически у каждого. Согласно результатам международного исследования проведенного британским регулирующим органом в сфере телекоммуникаций Ofcom, к 2008 году Россия опередила все страны мира, кроме Италии, по количеству подключений услуг мобильной связи на душу населения. [1]

А то, что общение идет посредством письменной речи, позволяет сохранять конфиденциальность разговора даже в людном месте.

Третье преимущество, на наш взгляд, состоит в том, что в силу особенностей работы программы один консультант одновременно может поддерживать разговор с несколькими абонентами. В случае же, если одно из обращений носит кризисный характер, то остальным абонентам можно ответить позже, программа автоматически сохраняет все разговоры. Таким образом, дословная запись всех бесед ведется автоматически и не требует дополнительных усилий от консультанта. Это дает огромный материал для супервизий и семинаров.

Хотелось бы еще отметить, что одной из задач работы «Телефонов Доверия» является предоставление информации о работе других служб, необходимых абоненту в тех или иных ситуациях. Работая с программой ICQ, есть возможность организовывать адресную рассылку социально значимой информации одновременно большому количеству адресатов. Если же учесть, что такую рассылку мы сопровождаем просьбой передать информацию всему своему контакт-листу, то эффективность такой социальной рекламы возрастает в сотни раз.

«Телефон Доверия» является той службой, которая может оказать подростку психологическую помощь при попадании в трудную жизненную ситуацию. Именно поэтому «Телефоны Доверия» завоевали в последнее время такой авторитет в обществе. Количество обращений в эти службы возрастает с каждым годом, растет и количество самих служб, что делает помощь еще более доступной, а значит более своевременной. На сотрудников этих служб

ложится большая ответственность, потому что чаще всего на «Телефон Доверия» обращаются в момент жизненных кризисов, и от профессионализма консультанта может завесить выбор между жизнью и смертью. Поэтому сотрудники служб экстренной психологической помощи должны постоянно совершенствовать её формы, методы и технологии.

Литература
1. http://torg.mail.ru/news/

Группы поддержки для родителей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями в развитии

Рязанова А.В.
ГОУ ЦПМССДиП, г. Москва

Вначале хотелось бы очертить два важных вопроса, которые в значительной мере определяют контекст оказания помощи и сотрудничества с семьями, в которых растут дети с тяжелыми нарушениями в развитии.

Во-первых, опишем *жизненную ситуацию семьи,* в которой растет такой ребенок. Первоначально остро переживаемая, зачастую травмирующая ситуация, связанная с рождением ребенка с тяжелыми нарушениями, с момента постановки диагноза перерастает в затяжную трудную жизненную ситуацию с обилием стрессов и напряжений, связанных с необходимостью решать многочисленные задачи и обеспечивать повседневную заботу о ребенке с тяжелой инвалидностью. Не секрет также, что воспитание, обучение, лечение и реабилитация требуют дополнительных финансовых затрат от семьи. Дополнительный и существенный вклад вносит и неясность жизненного маршрута. Если не брать во внимание период первоначальных острых реакций, то особое беспокойство мы видим в семьях в тот период, когда дети достигают школьного возраста и на этапе перехода во взрослость. Отсутствие альтернативы жизни в интернате во взрослом возрасте является крайне болезненной темой для большинства семей. Наличие тяжелой инвалидности у ребенка оказывает системное влияние на семью как целое. Влияние это весьма противоречиво, и было бы неправильно описывать его исключительно как «негативное». Так, например, существуют своего рода награды

для тех, кто заботится о ребенке/человеке с инвалидностью (отдельные члены семьи, семья, сообщество), которые появляются параллельно с попытками приспособиться к тяжелым жизненным обстоятельствам и высокому уровню стресса. К таким положительным влияниям можно отнести возрастание ощущения ценности и осмысленности жизни, ощущение ее полноты и новые источники радости, мудрость и принятие отличий ребенка, прояснение жизненных приоритетов, больший контакт с собственными ценностями, расширение/изменение связей внутри семьи и социальной сети, появление чувства общности, большего доверия, духовный рост. Тем не менее, забота о человеке с тяжелой инвалидностью требует специальной подготовки, знаний, навыков, и большинство семей изначально ими не обладают, т.е. сначала родитель как бы «теряет» свою компетентность. Также немаловажным следствием тяжелых нарушений ребенка является в нашем обществе не только стигматизация самого ребенка, но и распространение этого процесса на членов семьи - утрата ими социально значимых ролей.

Во-вторых, очертим *особенности современного состояния системы помощи* в нашей стране. По-прежнему наблюдается недостаток информации, особенно направленной на родителей. Это и информация о самих нарушениях, о методах и формах коррекции, обучения, лечения и возможностях достойной жизни для людей с тяжелой инвалидностью и т.д. Существует разрыв между «верхним» законодательством и реальной практикой оказания помощи (медицинской, социальной, образовательной), которая преимущественно основана на так называемой медицинской модели инвалидности, противоречия существуют и на уровне самого законодательства. Непродуманность поддержки ребенка и затем уже взрослого человека с тяжелыми нарушениями на всех этапах жизненного цикла, «нелогичность» системы, где элементы нового соседствуют со старым (так например, господство курсовых видов помощи и недостаток пролонгированных форм). Отсутствие координированной работы различных ведомств и учреждений - семья зачастую самостоятельно составляет хотя бы относительно удовлетворительный «букет» из услуг и учреждений, при этом специалисты, работающие с одним ребенком, могут даже не знать о существовании друг друга. Выраженная неоднородность качества предоставляемых услуг и профессиональной помощи. Параллельно со специалистами/учреждениями, оказывающими качественную помощь на современном уровне, существуют специалисты, имеющие катастрофически низкий уровень профессиональной подготовки.

Появление и существование на рынке услуг компаний/организаций/специалистов, оказывающих некачественных или даже неподходящие услуги, однако, активно продвигающих их на рынке – своего рода «инвалидный бизнес».

Именно в этом контексте у семьи возникают определенные потребности и задачи, которым и адресована работа Групп поддержки. *Основными задачами* этой формы помощи семье является:

- информационная поддержка и повышение компетентности родителей в вопросах обучения, воспитания, лечения, реабилитации и организации жизни ребенка с нарушениями развития, а также правовой компетентности членов семьи;
- установление сотрудничества между специалистами и родителями;
- оказание психологической помощи родителям, смягчение последствий психологической и физической усталости, помощь в разрешении личных и семейных трудностей, содействие личностному росту;
- содействие формированию неформальной социальной сети, родительских сообществ, в том числе потенциально способных реализовывать социальные инициативы.

Обычно *Группы поддержки* для родителей проходят с периодичностью 1 раз в одну-две недели, встречи длятся от полутора до 2х часов. Поскольку вышеописанные задачи являются «объемными», то, как правило, группы являются долгосрочным проектом и могут длиться от года до нескольких лет. По нашему опыту также наилучшей является такая организация группы, при которой встречи проходят параллельно с занятиями с детьми, поскольку родителям бывает сложно приезжать дополнительно. Оптимальное число участников 5-10 человек. По нашему опыту наиболее эффективно работающие в описываемом ниже формате группы должны иметь постоянный стабильный состав в течение определенного времени от нескольких месяцев до года.

В работе групп поддержки можно выделить следующие *этапы:* информационно-просветительский, обучающе-терапевтический, собственно терапевтический.

Прежде, чем мы перейдем к описанию работы непосредственно на каждом из этапов, необходимо отметить, что само это разделение и последовательность является весьма условной. Элементы каждого из этапов могут присутствовать в любом периоде существования группы. И по нашему опыту следует в большей мере ориентироваться на запросы участников, их интересы, уровень подготовленности.

Информационно-просветительский этап. Как следует из названия, основное содержание деятельности на этом этапе связано с просвещением, в том числе психологическим, и предоставлением различной информации по интересующим родителей вопросам. Этот этап также обеспечивает плавное и естественное знакомство участников между собой, вхождение в групповую работу. Обсуждаться может самый разнообразный круг вопросов, связанных с жизнью ребенка и семьи. Обучение и лечение, различные методы, существующие в городе услуги, правовые вопросы. Важно также информировать родителей об основных закономерностях развития детей, принципах, на которых основываются те или иные формы помощи, обучения, реабилитации. Если дети посещают одну и ту же группу, а в нашей практике это так, то на встречах можно обсуждать особенности программы обучения в группе, индивидуальные задачи в обучения для каждого из детей, учиться наблюдать и понимать происходящие процессы. Можно совместно просматривать и обсуждать видеосъемку занятий. Мы также знакомим родителей с различными моделями помощи и организации жизни, существующими не только в нашей стране, но и за рубежом, показываем фотографии и видео. Такое информирование существенно расширяет взгляд родителей на проблему, позволяет более уверенно ориентироваться в самой теме, а вместе с тем поразмышлять о собственных приоритетах и ценностях, возможно, занять более осознанную и активную позицию. Поскольку круг тем, обсуждаемых участниками, действительно широк, то на встречи полезно приглашать различных специалистов (педагогов и психологов, специалистов в области физической абилитации, врачей, юристов и др.), представителей родительских объединений. Уже на этом этапе ведущему следует обращаться к личному опыту, содействовать благоприятной атмосфере обсуждения и взаимодействия в группе.

Обучающе-терапевтический этап. В отличие от предыдущего этапа, обсуждения различных тем, связанных с развитием и повседневной жизнью ребенка и семьи, носит более подробный и «глубокий» характер. Так, например, обсуждение проблемного поведения ребенка будет в большей степени направлено на совместные исследование факторов, способных обострить или, наоборот, сгладить возникающие трудности, разработку стратегий совладания и обучения. Обязательной частью встречи станет обращение к переживаниям и опыту конкретного родителя, его реакциям на проблему. Другим участникам будет предложено откликнуться на услышанное, поделиться своим опытом в

аналогичных ситуациях, переживаниями, возникшими в процессе обсуждения. В результате участники имеют возможность получить взаимную поддержку, сопоставить свой родительский опыт с опытом других, что способствует снижению чувства изолированности, вины, негодования из-за возникновение трудностей, лучше осознать собственные возможности для решения. На таких встречах возможно обучение тем или иным навыкам и технологиям. Частые темы работы: семья и ребенок в различных публичных местах, проблемное поведение, обучение навыкам, взаимоотношения внутри семьи и с ребенком, самостоятельность ребенка, родительский опыт. Актуальность обсуждения многих тем может сохранять длительное время (до нескольких лет).

Терапевтический этап. На этом этапе основной акцент ставится на исследовании опыта, достижении более гармоничного внутреннего состояния, удовлетворяющих отношений с окружающими, личностного развития участников. На встречах родители исследуют собственные чувства и переживания, модели поведения, убеждения и ценности. На данный момент существуют две основные разновидности формата работы. Встречи могут быть устроены таким образом, что выбирается одна тема, например, «гнев», «радость», «смерть», «здоровье» и т.д. Участник, предложивший тему, делится некоторой важной историей, размышлениями, переживаниями и рассказывает о том, почему он предложил обсуждать эту тему, какая задача перед ним стоит. Далее у ведущего есть возможность задать вопросы, прояснить, сделать более видимыми те или иные аспекты рассказанной истории, предложить метафоры или обозначить ускользающие от внимания говорящего аспекты, связать с рассказанным ранее на других встречах, эмпатически откликнуться на переживания. Затем другие участники по очереди могут поделиться своим опытом соприкосновения с этой темой или откликом, резонансом на услышанное. Как способ контакта с переживанием и интегрирования опыта в конце группы мы используем рисование или работу с глиной.

Второй вариант формата имеет аналогичную структуру, однако, общая тема работы не задана. Каждый из участников имеет возможность поделиться своим актуальным состоянием, выразить и исследовать то, что его в данный момент интересует, не оставляет равнодушным, обсудить то, что для него было бы полезным обсудить. Процесс в группе также завершается рисованием или лепкой. Несколько встреч подряд могут быть посвящены тренинговой работе. Тема для тренинга может быть предложена самими участниками или

найдена в процессе совместного обсуждения с ведущим. Поскольку тренинг имеет более интенсивную и плотную структуру, то для этого хорошо использовать время совместных выездов - летних и зимних семейных лагерей.

Об *эффективности работы* групп поддержки могут свидетельствовать самоотчеты родителей и объективные изменения в жизни семей: выход на работу матерей (часто с неполной занятостью), сохранение семей, появление последующих детей, в случае если родители долго сомневались. А также увеличение компетентности родителей в широком круге вопросов (в частности родители начинают больше понимать смысл происходящего на занятиях, задач обучения, больше поддерживают развитие ребенка в домашней ситуации). У родителей снижается тревога, которая толкает их к сомнительным методам воздействия, формируется партнерство со специалистами, возникает живое сообщество семей.

Сенсорное развитие детей раннего возраста со сложным дефектом посредством продуктивной деятельности на занятиях в Лекотеке

Сергеева Л.Н.
ГБОУ ЦПМСС «Раменки»

В Лекотеке ЦПМСС «Раменки» занимаются дети с комплексными нарушениями, сочетающими в себе нарушения опорно-двигательного аппарата, коммуникативных навыков, с интеллектуальными и сенсорными нарушениями. Основной целью Лекотеки ЦПМСС «Раменки» является социализация семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья.

В работе Лекотеки мы выделяем следующие направления:

1) Сенсорная интеграция детей. Осуществляется путем различных игр и упражнений, направленных на тактильное взаимодействие. Основная роль в проведении этих упражнений принадлежит логопеду и психологу, так как они направлены как на понимание и развитие собственной речи, так и на эмоциональное развитие.

2) Игровая терапия. Здесь ведущая роль принадлежит родителям, чтобы развивающий процесс продолжался и в домашних условиях. В игровых мероприятиях большое значение имеют проявления понимания и поддержка желаний ребенка, корректировка странностей

мышления, работа с фрустрациями и формирование альтернативных форм поведения.

3) Обучение навыкам устанавливания и поддержания контакта. Работа в данном направлении у нас начинается с установления адекватного контакта ребенка с родителями.

4) Понимание и выражение эмоций. Основной акцент в данной работе мы делаем на эмоциональной жизни ребенка и на эмоционально значимых для него вещах. Основываясь на предпочтениях ребенка, мы обучаем его пониманию эмоции других людей и адекватному выражению собственных эмоций.

В процессе работы в Лекотеке мы определили несколько принципов в работе с детьми с комплексными нарушениями:

1) комплексная совместная стимуляция развития всех моторных, познавательных и речевых функций, а также предупреждение и коррекция их нарушений;

2) единство педагогического, психологического и лечебного воздействия;

3) поэтапное коррекционно-развивающее воздействие (с учетом онтогенеза), основанное на индивидуальном уровне развития ребенка;

4) коррекционно-развивающая работа, опирающаяся на ведущую деятельность ребенка;

5) воздействие на все анализаторы, развитие межанализаторных связей;

6) динамическое наблюдение за ходом развития детей;

7) сочетание различных видов форм коррекционной работы;

8) тесное взаимодействие с родителями ребенка, которое способствует более эффективному коррекционно-развивающему воздействию.

Занятия в Лекотеке ЦПМСС «Раменки» организованы следующим образом:

1) Занятия проходят в групповой, подгрупповой и индивидуальной форме. Дети делятся на группы в соответствии с возрастом и уровнем развития. В подгруппах занимаются 3-6 детей по усредненной программе. Индивидуальные занятия проходят по индивидуально-ориентированной программе, составленной на каждого ребенка в отдельности с учетом полученной в ходе диагностики информации об уровне развития ребенка.

2) В группе работают одновременно несколько специалистов (психолог, дефектолог, логопед, инструктор ЛФК, педагог дополнительного образования), что позволяет обеспечить их

междисциплинарное взаимодействие, контролировать правильность выполнения упражнений.

3) Обязательно активное вовлечение родителей в коррекционно-развивающий процесс.

Программа «Сенсорное развитие детей со сложным дефектом посредством продуктивной деятельности»

В рамках окружной экспериментальной площадки была разработана программа психологической коррекции и развития восприятия посредством продуктивной деятельности.

Данная программа разработана для занятий с детьми с выраженными двигательными нарушениями, осложненными интеллектуальными, сенсорными и коммуникативными трудностями в условиях Лекотеки. Занятия проходят в групповой форме с участием родителей. Данная программа параллельно решает несколько задач:

- сенсорное развитие детей со сложной структурой дефекта

- формирование коммуникативных навыков

- социализация родителей, воспитывающих детей со сложным дефектом, обучение их адекватному взаимодействию с ребенком

В контексте программы продуктивная деятельность в работе с детьми с множественными нарушениями является не результатом работы, а способом достижения поставленных целей; не самодостаточной деятельностью, а составной частью комплексного коррекционно-развивающего воздействия (как в структуре каждого отдельного занятия, так и в коррекционно-развивающем воздействии в целом).

Группа состоит из 3 – 6 детей со сложной структурой дефекта. Обязательным условием является присутствие одного из родителей (лиц, их заменяющих) на занятии и их активное участие в коррекционно-развивающем процессе.

Примерная структура занятия:

1) Приветствие, организационные моменты.

2) Упражнения на формирование и развитие познавательной активности (Игры с игрушками, игры на взаимодействие, обучение детей процессу игры)

3) Динамическая пауза (комплекс упражнений для снятия мышечного напряжения)

4) Продуктивная деятельность (творческое задание в соответствии с тематическим планом для совместной работы детей и родителей, обучение детей навыкам изобразительной деятельности)

5) Релаксация

6) Подведение итогов, прощание (рекомендации для родителей по работе с детьми дома)

В ходе диагностики мы проводим не только качественную, но и количественную оценку эффективности программы. Результаты работы по программе можно представить в количественном виде приняв, что:

0 – отсутствие устойчивых навыков

1 – стадия формирования навыков

2 – частичная сформированность навыков

3 – устойчивое наличие навыков

Тогда показатели результативности прохождения программы будет выглядеть следующим образом:

№	Сенсорное развитие		Познавательная активность		Манипулирование с предметами		Взаимодействие с окружающими	
	09.2010	05.2011	09.2010	05.2011	09.2010	05.2011	09.2010	05.2011
1	0	3	0	2	0	3	1	3
2	0	2	0	2	1	1	0	2
3	0	0	1	1	0	0	0	0
4	1	3	1	3	0	3	1	3
5	0	1	0	1	0	1	0	1
6	0	2	0	3	1	2	0	3
7	1	3	1	3	1	3	1	3
8	0	2	1	2	0	1	1	3
Итого	2	16	4	17	3	14	4	18

Таким образом, можно сделать вывод, что программа позволяет максимально расширить представления ребенка о сенсорной составляющей окружающего мира и научить ребенка соотносить сенсорные стимулы между собой, что приводит к формированию познавательной активности у детей и стимулирует развитие

коммуникативных навыков, оказывая также положительное влияние на развитие мелкой моторики.

Психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях предшкольного образования

Слюсарева Е.С.
ГОУ ВПО Ставропольский государственный педагогический институт, г. Ставрополь

По статистическим данным с каждым годом отмечается неуклонный рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья, нуждающихся в коррекционно-педагогической помощи, которая должна осуществляться на всех этапах развития ребенка. Кроме количественного увеличения нарушений в развитии, наблюдаются качественные изменения, носящие системный характер и затрагивающие физическую и психическую сферу – нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения и личности в целом.

Вследствие наличия у ребенка нарушений в развитии (нарушение зрения, слуха, функций опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы и т.д.) происходит его «выпадение» из социокультурного общеобразовательного пространства. Поэтому необходим поиск «обходных путей», т.е. создание специально организованного образовательного пространства, способного обеспечить такому ребенку все необходимые условия для реализации своего права на образование. Дети с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в специальной психологической помощи при подготовке к систематическому школьному обучению.

В настоящее время функционирует новая форма образования – предшкольная подготовка, которая обеспечивает преемственность дошкольного и школьного обучения и представляет собой целенаправленный организованный социальный процесс обучения и воспитания детей старшего дошкольного возраста, выполняющий функцию социального контроля за состоянием физического, психологического, интеллектуального развития детей перед поступлением в школу, что позволяет сфокусировать внимание на детях с ограниченными возможностями здоровья.

Отечественная практика обучения детей с различными нарушениями в развитии показывает, что вовремя начатое и грамотно построенное коррекционно-развивающее обучение позволяет скоррегировать имеющиеся и предупредить дальнейшее появление

отклонений в развитии вторичной и третичной природы, что позволяет значительно снизить степень социальной недостаточности, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество.

Поэтому актуальной становится проблема организации психологической помощи в условиях предшкольной подготовки детей с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время в психологической литературе существует большое количество трактовок понятия психологической помощи:

– психологическая помощь рассматривается как область практического применения психологии, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей и оказание психологической помощи как отдельному человеку, так и группе, организации [5, с. 306];

– как вид помощи, которую оказывает квалифицированный психолог человеку или группе людей в оптимизации психофизиологических состояний, познавательных процессов, поведения, общения, реализации индивидуальной и особенно групповой деятельности [4, с. 376];

– как ёмкое понятие, содержание которого включает в себя многообразие теорий и практик, варьирующихся от специфического применения методов психических обследований до многообразных техник психологического тренинга, понятий и методов, восходящих к медицине [1,с.10].

На наш взгляд, данные определения не в полной мере отражают специфику психологической помощи детям, имеющим ограниченные возможности здоровья. Поэтому наиболее отражающим специфику психологической помощи в системе специального образования, на наш взгляд, является определение психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья как системы психолого-реабилитационных воздействий, направленных на повышение социальной активности, развитие самостоятельности, укрепление социальной позиции личности ребенка с нарушением в развитии, формирование системы ценностных установок и ориентаций, развитие интеллектуальных процессов, которые соответствуют психическим и физическим возможностям ребенка [2].

В процессе психологической помощи детям с проблемами в развитии необходимо учитывать сложную структуру, специфичность их развития, характер сочетания в картине их состояния биологических и социальных факторов развития, особенности социальной ситуации развития, степень выраженности изменений

личности в связи с заболеванием, особенности межличностного общения в семье и в социуме. Важное значение имеет решение частных задач: устранение вторичных личностных реакций на имеющийся психический или физический дефект, коррекция неадекватного стиля семейного воспитания, госпитализм и др.

С 2007 года и по настоящее время на базе ГОУ ВПО Ставропольского государственного педагогического института функционирует экспериментальная площадка по теме «Психолого-педагогическое сопровождение жизнедеятельности ребенка в условиях предшкольного образования» в рамках научно-исследовательской лаборатории «Антропология детства» и Государственного проекта Института коррекционной педагогики РАО «Разработка и внедрение содержания психолого-педагогических технологий образования детей старшего дошкольного возраста с отклонениями в развитии».

Целью эксперимента является определение антропологических условий психолого-педагогической поддержки жизнедеятельности ребенка в условиях предшкольного образования (в группе кратковременного пребывания) [6].

Одним из направлений деятельности специалистов Центра предшкольной подготовки на базе ГОУ ВПО Ставропольский государственный педагогический институт является оказание психологической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям.

Психологическая помощь в условиях предшкольного образования осуществляется по следующим направлениям:

1. Психологическая диагностика готовности к школе детей с ограниченными возможностями здоровья, которая осуществляется в два этапа:

– первый этап заключается в выявлении детей «группы риска» и детей, имеющих отклонения в психическом развитии. Первоначально проводится скрининг-диагностика, направленная на определение уровня умственного развития всех детей. Также проводится анкетирование родителей с целью выявления наиболее полной картины об особенностях развития и жизни ребёнка, социальной ситуации развития.

– На втором этапе определяется специфика отклонений в развитии и возможностей психолого-педагогической коррекции. Специалистами проводится комплексная дифференцированная диагностика, помогающая уточнить структуру дефекта, выявить индивидуальные стартовые возможности каждого ребёнка,

определить пути комплексного воздействия и психолого-педагогической коррекции.

Проверка осуществляется на основе оригинальной комплексной психолого-педагогической методики, предложенной ИКП РАО «Программа диагностики психологической готовности к школе»[2]. Программа диагностики психологической готовности к школе включает 5 блоков: диагностика пространственного восприятия; диагностика произвольного внимания и регуляции деятельности; диагностика умственного развития; диагностика общей осведомленности и развития речи; диагностика сформированности учебной мотивации.

Оценка результатов осуществляется как по каждой методике отдельно, входящей в блок (к каждой методике предлагается четырехбалльная система оценки), так и по блоку в целом. Далее на основании комплексного анализа делается обобщенный вывод об итоговом уровне готовности детей к школьному обучению (от первого уровня, предусматривающего психологическое сопровождение на этапе адаптации до четвертого уровня, предусматривающего обучение в классах развивающего обучения).

Параллельно проводится наблюдение за поведением, общением и межличностными отношениями детей с родителями, педагогами и между собой.

2. Психологическая коррекция проводится в индивидуальной и групповой форме. На основе данных скрининг-диагностики, комплексной дифференциальной диагностики и результатов анкетирования логопедами и психологами разрабатывается план психолого-педагогической коррекции, индивидуальный для каждого ребёнка.

С детьми, нуждающимся в комплексной психолого-педагогической помощи проводятся индивидуальные коррекционные занятия с логопедом и психологом. С остальными детьми проводятся групповые психологические занятия, направленные на формирование основных компонентов психологической готовности к школе. Ведущим принципом организации коррекционной работы является деятельностный принцип коррекции, согласно которому все занятия с детьми проводятся в ведущем виде деятельности. Именно поэтому предпочтение отдается таким методам психологической коррекции, как арттерапия, игровая коррекция, психогимнастика и др.

Отметим также, что в проведении индивидуальной коррекционно-педагогической работы активное участие принимают студенты 2-3 курсов факультета специальной педагогики

Ставропольского государственного педагогического института. Их участие осуществляется в рамках учебной дисциплины «Индивидуальная коррекционно-педагогическая работа с детьми, имеющими отклонения в развитии». Студенты наблюдают работу специалистов, а затем включаются в самостоятельную практическую деятельность: проводят психолого-педагогическое обследование, фрагменты логопедических и психологических занятий. Таким образом, осуществляется связь теории с практикой, накапливается профессиональный опыт.

3. Психологическое консультирование родителей и педагогов, работающих с детьми. В содержание психологического консультирования входят вопросы, связанные с возрастными и индивидуальными особенностями детей, проблемами психологической подготовки к обучению в школе с ограниченными возможностями здоровья в условиях предшкольной подготовки. Психологическое консультирование проводится как в групповой форме (тематические дискуссии, дискуссии по «трудным ситуациям»), так и в индивидуальной (психолого-педагогическое, возрастно-психологическое, семейное консультирование).

Таким образом, психологическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях предшкольной подготовки представляет собой комплекс мероприятий, способствующих успешному вхождению ребенка в новую образовательную среду, адаптации и интеграции в общеобразовательное пространство.

Литература

1. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – СПб, 2009- С.10.

2. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2006.

3. Методика экспериментальной проверки результатов комплексной программы развития, воспитания и обучения детей 5-7 лет с отклонениями в развитии в условиях различных моделей предшкольного образования. – М.: ГНУ «ИКП РАО», 2006.

4. Психологический словарь / Под общей ред. Ю.Л. Неймера. – Ростов н/Д: Феникс, 2003.

5. Психология. Словарь / Под общ. Ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990.

6. Психолого-педагогическая поддержка жизнедеятельности ребенка в условиях предшкольного образования / Под общей редакцией Н.Б. Ромаевой. – Ставрополь, СГПИ, 2007.

Проблема перехода учащихся с задержкой психического развития из начальной в основную школу

Смирнова С. И.

Вятский государственный гуманитарный университет, кафедра общей и специальной психологии г. Киров

Интенсивное становление новых образовательных ценностей в современном мире характеризуется усилением внимания исследователей к решению проблемы, связанной с переходом детей на новые ступени обучения. С особой силой этот вопрос заявляет о себе в отношении детей с задержкой психического развития (ЗПР), готовность которых к переходу с одной ступени школьного обучения на другую является актуальным аспектом общепсихологической проблемы интеграции этих детей в школьный социум (Т.А. Власова, В.И. Лубовский, Н.Н. Малофеев, С.Г. Шевченко, У.В. Ульенкова, О.Н. Усанова и др.).

Переход учащихся в среднюю школу сегодня рассматривается в психологии как один из наиболее сложных этапов в развитии и обучении детей. Нередко, он характеризуется «падением» школьной успеваемости, снижением сформированности учебных навыков, увеличением заболеваемости, появлением невротических реакций и др. Возникает вопрос: являются ли эти симптомы проявлением подросткового кризиса или результатом неудачной организации перехода с одной ступени образования на другую. Чтобы ответить на него, необходимо определить, совпадает ли переход учащихся в среднее звено со вступлением в подростковый возраст.

Т.Н. Князева, анализируя работы психологов, обращает внимание на отсутствие единой позиции в понимании содержания фазы перехода от младшего школьного к подростковому возрасту, который трактуется, по её мнению, в ряде работ как «часть критического (в целом) подросткового возраста (Л.И. Божович, А.М. Прихожан, Н.И. Толстых); как стабильное начало этого периода (М. Кле); окончание возраста детства (Ф. Дольто); начало негативной фазы критического развития (Ш. Бюллер); латентную стадию развития (Э. Эриксон); начальный этап кризиса между младшим

школьным и подростковым возрастом (Д.Б. Эльконин); предподростковый кризис (К.Н. Поливанова); предподростковый возраст – особый период в становлении ребёнка, имеющий ярко выраженную специфику (Г.А. Цукерман)» [1, с. 26]. Каждая эта характеристика, по мнению автора, в совокупности с другими дополняет специфику этого этапа детского развития, главной особенностью которого является появление противоречивых тенденций, свойственных для любого переходного возраста.

Таким образом, можно констатировать, что сложность с определением данной фазы развития связана с тем, что существующая тенденция в психологии найти единый принцип, определяющий закономерности развития, и построить на нём периодизацию возрастного развития, ограничивает возможности исследователей, делает любую периодизацию несколько однобокой, не раскрывающей в полной мере суть рассматриваемых явлений. В нашем понимании этого периода основополагающими являются идеи возрастного развития, изложенные Л.С. Выготским, А.Н. Леонтьевым, Д.Б. Элькониным, в которых закономерности возраста базируются на таких понятиях, как *социальная ситуация развития*, *ведущая деятельность*, *возрастные новообразования*, и данный возрастной период анализируется в этом контексте.

Л.С. Выготский полагал, что новый возраст связан с возникновением новой социальной ситуации развития, с новым переживанием, с новым взглядом на окружающую ребёнка действительность, с появлением нового отношения. Эти отношения, опосредованные предметной и социальной деятельностью, развёртываются в новом содержании, в результате чего происходит переход на новый возрастной этап.

Поскольку возраст 10-11 лет многими исследователями считается предкритическим, то соглашаясь с мнением Л.И. Божович о своеобразии социальной ситуации развития для критического возраста, можно отметить, что она заключается в несовпадении внутренней готовности ребёнка к включению в новые формы жизни и внешних обстоятельств, удерживающих детей в системе прежних отношений. По её мнению, младший подросток «ещё во многом остаётся ребёнком, хотя от младшего школьника он отличается не меньше, чем от взрослого человека» [2, с.114].

Переход от одной стадии развития к другой связан с «драмой» смены одной деятельности другой, что, в свою очередь, приводит к возникновению нового уровня самосознания (А.Н. Леонтьев). Рефлексия как ведущий механизм самосознания становится главной

движущей силой всех сторон психического развития на переходе от младшего школьного к подростковому возрасту (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, В.И. Слободчиков, Г.А. Цукерман, Д.Б. Эльконин). Появление рефлексивных новообразований в младшем школьном возрасте определяет качественный скачок в развитии самосознания (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, К.Н. Поливанова и др.). В итоге ребенок становится способным познавать себя как личность с присущими именно ей качествами. Однако своеобразие личностного развития младших подростков, сложность и противоречивость выделенного периода проецируется на самооценку, которая становится неустойчивой, нестабильной и нецелостностной (И.С. Кон, К.Н. Поливанова, Е.В. Новикова, Г.А. Цукерман и др.). Причем, по мнению А.И. Липкиной, учебная деятельность, как общественно оцениваемая, в этот период оказывает доминирующие влияние на формирование самооценки младших школьников. У слабоуспевающих школьников формируется, как правило, заниженная самооценка, и, наоборот, у отличников – завышенная самооценка и пренебрежительное отношение к тем, кто плохо учится [3].

Однако роль учёбы в жизни младших подростков не определена психологами окончательно. Как отмечал Д.Б. Эльконин, переход от младшего школьного возраста к подростковому есть одновременно переход к иной, более высокой форме учебной деятельности и новому отношению к учению, приобретающему именно в этот период личностный смысл.

Таким образом, существующие исследования этого периода показывают, что переход детей в среднее звено школы совпадает по времени с началом подросткового кризиса. По мнению Г. А. Цукерман, подобное совпадение может приводить к возникновению негативных последствий для развития учащихся. Переход из начальной школы в среднюю сопровождается резкими изменениями в организации школьной жизни детей. К сожалению, кроме возрастного кризиса ребёнок переживает и образовательный кризис, который провоцируется несовершенством существующей образовательной системой. Такой кризис носит деструктивный характер и является, по мнению Г.А. Цукерман, «типичной дидактогенией». Синхронизация двух возрастных кризисов, как подчёркивала Г.А. Цукерман, может привести к более серьёзным последствиям, чем последовательное переживание каждого кризиса [5].

Что же касается учащихся с ЗПР, то данный период для них является более сложным в сравнении с нормально развивающимися

сверстниками. У них более низкая учебная мотивация, низкий уровень развития познавательной потребности, более высокий уровень школьной тревожности (Г.А. Винокурова, 2004.). Тем более что в последнее время в общеобразовательных школах обучается всё больше детей с ЗПР не только в начальной школе, но и в основной. В связи с этим возникла необходимость изучения их особенностей в периоды перехода с одной ступени обучения на другую. По этой причине в психологии появились работы, направленные на исследование переходных периодов в возрастном развитии детей с ЗПР (Г.А. Винокурова, 2004; Т.Н. Князева, 2004; Н.П. Слободяник, 2003).

Т.Н. Князева одной из первых поставила вопрос о необходимости разработки психологической системы, обеспечивающей готовность младших школьников с ЗПР к переходу на новую ступень обучения. Предметом особого рассмотрения стали особенности психовозрастного развития школьников 9-11 лет в связи с их переходом из начальной в основную школу.

В своём исследовании Т.Н. Князева (2005) исходит из того, что трудности в обучении этих детей являются закономерным следствием отставания в развитии различных психических свойств: неустойчивости внимания и восприятия, слабости логического запоминания; трудностей аналитико-обобщённой мыслительной деятельности. Констатируется тот факт, что уже в начальный период обучения эти дети не имеют выраженной мотивации к предстоящей деятельности, не обладают достаточными волевыми усилиями и у них нарушена саморегуляция деятельности. В целом, все структурные компоненты психологической готовности Т.Н. Князева связывает с развитием потенциальных и резервных возможностей детей с ЗПР в плане их выхода на новый уровень обучения.

Говоря об особенностях развития детей с ЗПР интересующего нас периода, необходимо остановиться на одной из важнейших проблем при переходе из начальной в основную школу – проблеме дезадаптации.

В ряде исследований (Г.В. Грибанова, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, В.В. Ковалев, Л.В. Кузнецова и др.) показано, что на формирование адаптивных механизмов большое влияние оказывает нервно-психическое развитие ребёнка. В, частности, указывается на синдром психической неустойчивости, который обусловлен незрелостью психосоматической сферы, а также социальной депривацией. В связи с этим, очевидно, что большая часть среди учащихся массовых школ, имеющих трудности в адаптации,

относятся к детям с ЗПР (для которых характерны специфические отклонения в нервно-психическом здоровье).

Т.Н. Князева при анализе процесса развития адаптационных механизмов у младших подростков с ЗПР выделяет, что, «наряду с объективными психофизическими изменениями ребёнка в преддверии подросткового возраста, которые могут способствовать (или усиливать) проявлениям дезадаптации при переходе его в 5-й класс (условно назовём их психовозрастными), существуют негативные факторы, лежащие в сфере социально-деятельностных отношений взрослого и подростка, которые препятствуют формированию его адаптивных механизмов (социально–деятельностные факторы)» [1, с. 33].

В диссертационном исследовании Ю.К. Умилиной отмечается, что «подростки с ЗПР не имеют должного уровня развития самосознания, а, следовательно, у них не происходит перехода к позитивной фазе подросткового возраста в развитии рефлексивной сферы. Эти особенности являются предпосылками формирования психосемантических форм школьной дезадаптации, что выражается, в частности, в несформированности смысловой структуры личности, незрелости мотивационной сферы, системы ценностных ориентаций» [6, с.18].

В этом контексте интересен взгляд С.В. Дмитриевой, которая отмечает, что к концу четвертого класса у детей формируются определённые ожидания относительно той жизни, которая их ждёт в средней школе. Однако эти ожидания часто не оправдываются, …ощущение взрослости нередко не подкрепляется окружающими. А его реализация требует наличия развитой саморегуляции и самоконтроля. В результате возникают разочарования от несоответствия реальности ожиданиям ребёнка, ощущение психоэмоционального дискомфорта и собственной некомпетентности» [4, с.44].

Итак, резюмируя вышеизложенное, можно полагать, что период перехода в среднюю школу является особо проблемным. В этом вопросе важными для нас являются выводы Г.А. Цукерман (1998, 2001), которая утверждает, что проблемность данного возраста выражается в пересечении двух переходов: социально-образовательного – из начальной школы в среднюю, и начале онтогенетического – из младшего школьного возраста в подростковый, и двух кризисов: возрастного и образовательного, что и определяет своеобразие его характеристик. Существующие исследования говорят о несоответствии современной системы обучения задачам развития

детей данного возраста. Поэтому возникает необходимость в совершенствовании психолого-педагогического сопровождения учащихся и даже в перестройке образования на этом этапе детского развития, и в первую очередь данная проблема актуальна в отношении к наиболее уязвимой категории школьников– детей с ЗПР.

Литература

1. Князева Т.Н. Психологическая система обеспечения готовности младших школьников с задержкой психического развития к обучению в основной школе в условиях интеграции в общеобразовательную среду: Дис…докт. психол. наук [Текст] / Т.Н. Князева. – Н.Новгород, 2005.

2. Божович, Л.И. Избранные психологические труды. Проблемы формирования личности [Текст] / Л.И. Божович // Под. ред. Д.И. Фельдштейна. – М., 1995.-212 с.

3. Липкина, А.И., Рыбак Л.А. Критичность и самооценка в учебной деятельности [Текст] / А.И. Липкина. – М., «Просвещение»,1968.-143

4. Дмитриева С.В. Особенности психологической адаптации учащихся к условиям обучения при переходе в среднюю школу: Дис. … канд. психол. наук [Текст] / С.В. Дмитриева. – М.:2005, 205 с.

5. Цукерман Г.А. Переход из начальной школы в среднюю как психологическая проблема [Текст] / Г.А. Цукерман //Вопросы психологии. – 2001. №5, с.19-34.

6. Умилина Ю.К. Психологические особенности и арттерапия психосементической дезадаптации у подростков с задержкой психического развития [Текст] /Ю.К. Умилина: Автореф. дис….канд. психол. наук. Н. Новгород, 2003.

Психологическая помощь ВИЧ-инфицированным людям

Сокгоева Т.Е.

ГУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Улан-Удэ

ВИЧ-инфекция – это не смертельный приговор, а хроническое заболевание, с которым, вероятно, человек проведет очень много лет. Наряду с медицинской помощью и доступностью адекватного лечения люди с ВИЧ нуждаются в социально-психологической помощи. Задача служб поддержки – помочь человеку адаптироваться к жизни с

ВИЧ и сохранить качество жизни: эмоциональное, психологическое, социальное благополучие, без которого невозможно полноценное существование человека.[3]

Люди с ВИЧ учатся жить и решать различные проблемы, большинство из которых не связано с ВИЧ-инфекцией как с заболеванием. Абсолютно здоровые ВИЧ-положительные люди могут столкнуться с психологическими и социальными сложностями, которые объясняются лишь тем, что в нашем обществе наличие ВИЧ считается «нежелательным отличием».[7] Службы поддержки людей, живущих с ВИЧ, и их близких не могут работать эффективно без знания особенностей этого иррационального отношения и его влияния, а также без представления о методах борьбы с ним.

Цель служб поддержки – помочь людям с ВИЧ справиться со своими проблемами, и эта помощь невозможна без борьбы с предрассудками и дискриминацией. Поскольку в большинстве случаев только сами люди могут преодолеть связанные с этим проблемы, задача служб поддержки – помочь людям обрести силы и возможности для этого. Чтобы служба могла справиться с этой задачей, необходимо активное участие самих людей с ВИЧ в ее работе. Таким образом, можно выделить три взаимосвязанных аспекта поддержки людей с ВИЧ:

- стигма и дискриминация. Стигма – это мифы и ярлыки, которые приводят к особому отношению к людям с ВИЧ, к негативным предрассудкам. Стигма является непосредственной причиной дискриминации – ограничения прав и возможностей человека из-за его ВИЧ-статуса.
- эмпаурмент. Процесс обретения силы, когда сами люди, затронутые эпидемией, приобретают знания и навыки, позволяющие им преодолеть внутреннюю стигму, противостоять взглядам большинства, а также бороться с дискриминацией.
- вовлечение людей с ВИЧ – создание пространства в организации и обществе в целом для активного участия людей с ВИЧ на всех этапах борьбы с последствиями эпидемии СПИДа.

Каждый из этих аспектов определяет другой. Эмпаурмент является ресурсом и методом борьбы со стигмой. Вовлечение людей с ВИЧ – одно из проявлений процесса эмпаурмента, равно как и инструмент для его поддержки. Эффективная борьба с дискриминацией невозможна, если голос людей с ВИЧ не слышен, а сами они не вовлечены в борьбу со СПИДом. Невозможно создание эффективных служб поддержки ВИЧ-положительных и их близких без понимания и учета этих особенностей.[6]

Причиной многих проблем, с которыми сталкиваются люди с ВИЧ, является недостаток информации о различных аспектах жизни с ВИЧ и отсутствие необходимых навыков по преодолению кризисных ситуаций. Из-за страха перед побочными эффектами человек может отказаться от противовирусной терапии. Желая зачать ребенка, дискордантные пары практикуют опасный секс. Опасаясь дискриминации, связанной с обнародованием диагноза, люди сами увольняются с работы. Многие ВИЧ-положительные делают огромное количество ошибок, единственная причина которых – отсутствие информации и навыков, необходимых для принятия важных жизненных решений. Это способствует еще большей изоляции людей, живущих с ВИЧ, а также поддерживает чувство беспомощности перед будущим.[1]

Каждый человек пытается контролировать себя и то, что происходит в его жизни. «Чувство контроля» над жизнью появляется у людей тогда, когда у них накоплено достаточно информации, чтобы выбрать различные пути решения проблем, а также если они овладели навыками, которые позволяют пройти по этому пути. Люди, живущие с ВИЧ, не имеют возможности контролировать вирус, который размножается в их организме. Не получая необходимой информации и навыков, человек лишается также контроля над собственной жизнью.

В ситуации кризиса человек остро нуждается в том, чтобы с кем-нибудь поговорить: с другом, родственником, даже незнакомым человеком. Консультант может посочувствовать, посмотреть на ситуацию со стороны, порекомендовать пути решения. Процесс «консультирования» иногда называют «помогающим диалогом», и это вполне отражает ту помощь, которая предоставляется в службах консультативной поддержки. Подобный диалог, происходящий между специалистом службы и клиентом, необходим тогда, когда человек сталкивается с кризисом – эмоционально сложной ситуацией, из которой не видит выхода. В службе консультативной поддержки он может поговорить со специалистом, который владеет информацией и навыками для оказания поддержки.[2]

Консультирование является уникальным методом помощи, прежде всего потому, что оно эффективно отвечает сразу нескольким требованиям. В первую очередь оно позволяет человеку излить душу, выразить чувства, помогает избавиться от напряжения и более трезво посмотреть на ситуацию. Консультирование также позволяет клиенту ощутить понимание и принятие, что вселяет в него уверенность в собственных силах. Многие люди с ВИЧ учатся свободно говорить о своем ВИЧ-статусе именно во время консультаций. Разговор с

консультантом также помогает посмотреть на проблему «со стороны», оценить ее более объективно. Кроме того, консультант располагает информацией, которой не хватает человеку. Он может помочь увидеть различные пути решения в, казалось бы, безвыходной ситуации. Все вместе эти достоинства помогают людям с ВИЧ обрести силы и знания для того, чтобы преодолеть кризис.

Важно помнить, что службы консультирования подходят для решения далеко не всех проблем. Такие службы наиболее эффективны, если они сочетаются с другими формами помощи. Например, консультант, оказав помощь человеку, недавно узнавшему о диагнозе, может направить его на тренинг, посвященный жизни с ВИЧ, либо на группу взаимопомощи. Также люди скорее решатся обратиться за консультацией, если будут знакомы с другими направлениями работы организации (например, информационными материалами для людей с ВИЧ).

Службы групповой поддержки во всем мире признаны уникальным методом для оказания помощи. В том числе они позволяют решать проблемы людям, затронутым эпидемией СПИДа. Главной особенностью любой группы является то, что она объединяет людей с общей проблемой для решения вопросов, которые беспокоят участников.[5]

Службы групповой поддержки – это первые шаги к самосознанию и развитию сообществ, в том числе и сообществ людей, живущих с ВИЧ. Именно группа помогает научиться жить с ВИЧ и оказывать поддержку людям в похожей ситуации

Тренинги позволяют в доверительной и комфортной обстановке усвоить не только информацию, но и обрести навыки, которые могут способствовать более полноценной жизни и формированию умения противостоять проблемам, связанным с ВИЧ. Эффективность тренингов обусловлена сочетанием обучения с возможностью отработки навыков и активностью участников, что повышает усвоение информации, позволяет адаптировать знания к своему опыту и жизни.

Службы ухода – это оказание немедицинской помощи людям с ВИЧ-ассоциированными заболеваниями и медицинскими проблемами. Задача этой службы состоит в создании условий, при которых тяжелобольной или умирающий человек получит необходимый уход. Немедицинский уход включает обучение, социальную, психологическую, духовную, физическую и материальную помощь.

Заболевание и умирание являются самыми тяжелыми кризисными моментами в жизни человека с ВИЧ. В первую очередь

это связано с изменением физического состояния человека и с растущим ограничением его физических возможностей. Большинство людей с ВИЧ, нуждающихся в службах ухода, это молодые люди, обычно не старше 30-40 лет. В этом возрасте человек не привык чувствовать себя беспомощным.[7]

Идеальным местом для жизни человека в период тяжелой болезни и смерти, независимо от ВИЧ-статуса, является дом, а не больница. Это особенно важно, если человека невозможно вылечить. В такой момент жизни каждый человек предпочитает быть со своими близкими и родными людьми. Даже если у человека нет близких людей или жилья, для него важны уютная атмосфера и поддержка, возможность оставаться максимально активным и самостоятельным.

Особенность служб немедицинского ухода в том, что они занимаются проблемами, которые невозможно разрешить полностью. Цель подобных служб в том, чтобы уменьшить негативные последствия тяжелой болезни и умирания, помогая клиенту сохранить эмоциональное благополучие и энергию настолько, насколько это возможно. Поддержка в подобной ситуации нужна как ВИЧ-положительному, так и его близким. Эмоциональные проблемы клиента в значительной степени могут быть решены, если у человека есть возможность обсудить свои переживания, если есть люди, которые понимают его трудности. Психологическая поддержка помогает клиенту преодолеть изоляцию и сделать медицинскую помощь более эффективной.[7]

Литература

1. Жизнь с ВИЧ, вып.3, «ИНФО-Плюс», 2000.

2. Коттлер Д., Браун Р. «Психотерапевтическое консультирование». СПб., 2001.

3. Основные сведения о ВИЧ/СПИДе – материалы обучающего семинара. «ИНФО-Плюс», 2003.

4. От принципа к практике: расширение участия людей, живущих с ВИЧ/СПИДом или пострадавших от ВИЧ/СПИДа. ЮНЕЙДС, 2000.

5. Савельева И., Недзельский Н., Толмасова А., Группы взаимопомощи. ООБФ «Российский фонд «Имена», 1998.

6. СПИД: стигма и дискриминация – материалы обучающего семинара, «ИНФО-Плюс», 2003.

7. Поддержка людей, живущих с ВИЧ, «ИНФО-Плюс», 2003.

К проблеме построения путей психолого-педагогичсекой реабилитации детей, пострадавших в результате теракта (по результатам проекта «Дети Беслана»)

Сорокин В.М., Изотова М.Х.

Институт специальной педагогики и психологии им. Р.Валленберга, г. Санкт-Петербург

В результате бессмысленного и беспрецедентного по своей нечеловеческой жестокости акта вандализма с 1 по 3 сентября 2004г.в Беслане погибло 333 человека, большая половина из которых дети. 1100 человек подверглись разным формам насилия, стрессу и физическому истощению

Эти люди нуждались не только в экстренной медицинской, но и психологической помощи.

По инициативе Министерства образования и науки республики Северная Осетия – Алания и Института специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга (Санкт-Петербург) при поддержке ЮНИСЕФ был разработан проект комплексной медико-социальной и психолого-педагогической помощи детям и их родителям, пострадавшим в результате теракта - «Дети Беслана».

Проект предполагал проведение многомерных клинико-психологических и психолого-педагогических исследований динамики психоэмоционального состояния детей и подростков, пострадавших в результате теракта. Это было необходимо для оценки не только актуального психического состояния и его изменений, а также эффективности реабилитационных мероприятий, но и для выяснения типичных характеристик посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у детей, изученных в настоящее время как в психопатологии, так и в клинической психологии крайне мало, ибо основными моделями изучения ПТСР были преимущественно взрослые люди. Концептуальной основой наших представлений о ПТСР у детей были результаты многолетних теоретических и клинико-экспериментальные исследований Д.Н. Исаева и его школы.

ПТСР определяются как полиморфные психические и поведенческие изменения, возникающие у человека, пережившего ситуацию угрозы жизни. Чаще всего это проявляется в бессоннице, кошмарных сновидениях, многочисленных психосоматических расстройствах, навязчивом воспроизведении в памяти травматической ситуации, фобиях, тревожных ожиданиях, трудностях общения,

агрессивности, замкнутости, приступах депрессии, обостренном чувстве несправедливости и вины и пр.

У части детей стресс был усилен обстоятельствами гибели их родителей. Кроме того, в результате полученных травм, в том числе и черепно-мозговых, в целом ряде случаев имели место стойкие расстройства зрительных, слуховых, речевых и двигательных функций. По сути дела речь шла о детях с приобретенными ограничениями возможностей здоровья в тяжелых психотравмирующих обстоятельствах. Результаты наших исследований говорят о том, что определяющим в характеристиках ПТСР у детей выступает возрастной фактор, во вторую очередь половой фактор. Менее выраженные эмоциональные нарушения были типичны для детей 6-9 лет. Наиболее сильные эмоциональные реакции проявлялись у подростков в 14-16 лет. Мальчики, как правило, более чувствительны к эмоциональной травме, чем девочки. Интересно отметить, что если для взрослых одной из первых реакций на ПТСР является депрессия, то у детей на передний план выступает дисфория в сочетании с множественными поведенческими нарушениями, весьма трудно поддающимися изолированным коррекционным воздействиям без фармакотерапии.

Первоначально нами в соответствии с проектом был организован психологический мониторинг более чем тысячи детей, проживающих в Беслане из числа заложников и очевидцев на предмет выявления группы риска лиц по признаку возникновения нервно-психических нарушений. В течении года обследование было проведено дважды. Примерно, около 15 – 20 процентов детей и подростков нуждались в специализированной психологической помощи. Особую группу в этом списке составляли дети с мало обратимыми нарушениями психофизических функций.

Их психологические реакции по своему содержанию представляли сложный сплав переживаний стрессовой ситуации теракта и собственной физической патологии. При этом для девочек в последней наиболее выраженным радикалом выступал косметический компонент, что только усиливало глубину эмоционального реагирования. Вместе с тем, как в процессе диагностического обследования, так и консультационной работы нами отмечалась определенная временная дифференциация доминирования разных по содержанию переживаний. Так в острый период доминировали в основном реакции на ситуацию теракта, при этом сила этой реакции было столь сильна, что она выступала в качестве основного фактора анозогнозического состояния. Позже, примерно через пол года

возникающее состояние гипернозогнозии оттесняет переживания, связанные с ситуацией заложничества. Оно характеризуется сложным комплексом переживаний, главные из которых - чувство необратимости сложившейся ситуации и ее несправедливости. Конечно, описанная нами тенденция имеет многообразные индивидуальные вариации, так как серьезно опосредуется личностной преморбидностью и особенностями сложившихся детско-родительских отношений в семье. Чем младше ребенок, тем менее индивидуализированы его реакции на стресс. Это очень часто дает ложный повод учителям и родителям думать, что маленькие дети не переживают по поводу случившегося. Или, напротив, определяет стремление взрослых переносить, проецировать свои собственные переживания на внутренний мир ребенка. И в том и в другом случае мы имеем дело с неадекватными стратегиями поведения в семье и в школе относительно пострадавшего ребенка. Именно поэтому вторым направлением проекта «Дети Беслана» стало проведение специализированных учебных курсов для родителей, педагогов и психологов Беслана и Владикавказа.

Помимо проведения лечебных и медико-реабилитационных мероприятий вставал вопрос о направлениях психологической реабилитации пострадавших детей. Само содержание реабилитационных мероприятий с одной стороны должно исходить из целевой предназначенности любого вида психологической реабилитации, т.е. восстановления психологического статуса личности, реинтеграции системы его отношений как особых избирательных связей человека с миром. С другой стороны, она должна ориентироваться на характер специфических проблем личности, оказавшихся трудных для себя жизненных обстоятельств.

С самого начала мы исходили из того, что образовательное пространство может выступать наиболее оптимальным контекстом в процессе реабилитации детей и подростков, ставших жертвами террористов. Длительное и не всегда обоснованное удаление детей из учебного процесса, за исключением ситуаций госпитализации, может приводить к негативным последствиям. Именно правильно организованная коррекционно-воспитательная работа в условиях интегрированного обучения позволяет эффективно реализовывать психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение детей-жертв теракта, что создает основу для их социальной реабилитации.

В процессе работы следует обращать внимание на возможность постепенного формирования рентной установки у детей-инвалидов,

состоящих в постоянном стремлении извлекать выгоду из своего дефекта, ставить себя всегда в исключительное положение в сравнение с окружающими. По своей внутренней природе рентные установки есть не что иное, как процесс деформации личностного развития. И именно это в детском и подростковом возрасте должно особо учитываться в процессе социальной реабилитации. Формирование рентных установок начинается с постепенного изменения стиля семейного воспитания. Родители пострадавшего ребенка неосознанно переходят к гиперопеке своего сына или дочери. Также наблюдается в школе, когда ситуация адекватной коррекционной помощи заменяется ситуацией сниженной ответственности и требовательности, что приводит к формированию феномена выученной беспомощности. Первоначально это выглядит как отношение к герою или жертве со стороны окружающих. В этом смысле перспективной, стратегической задачей социальной реабилитации является предотвращение превращения личности инвалида в инвалидную личность. Говоря о рентных установках, следует отдельно отметить, что их формирование идет в сочетании со снижением уровня школьной мотивации и вообще интереса к школе, что так же должно стать предметом особого внимания школьного психолога. На этом фоне распадаются многие прежние межличностные связи из-за отчетливо эгоистических черт характера. Интересно, что со временем гипернозогнозичность становится несколько демонстративной в процессе общения. Родители часто жалуются на трудности в поведении и общении ребенка, правда, всецело объясняя их непосредственным влиянием эмоционального шока и полученной травмой. Безусловно, не только школа и учебно-коррекционный процесс должны стать основным реабилитационным контекстом, но и семья. В данном случае родители должны выступать как важный элемент социальной реабилитации пострадавшего ребенка, но в подавляющем большинстве случаев мы имели дело с ситуацией, когда один из родителей или оба сами объективно нуждаются в реабилитации, ибо многие из них так же как дети находились в ситуации заложников. Кроме того, для них физические травмы детей и их последствия выступают также сильнейшим стрессором, и они не всегда точно отдают себе отчет в том, как в этой ситуации следует себя вести. Но в отличие от большинства детей и подростков они отдают себе отчет в необходимости психологической помощи.

Проводимые нами уже почти семь лет катамнестические наблюдения показывают, что выбранное направление реабилитации в

условиях учебно-коррекционного процесса и непрерывного психолого-педагогического и медико-социального сопровождения в целом оказалось верным. Состояние большинства детей и подростков нормализовалось, так или иначе им удалось более или менее адаптироваться к новым условиям жизни. Тем не менее, в целом ряде случаев произошли некоторые личностные деформации, описанные выше. Сказанное означает, что процесс реабилитации должен быть предельно индивидуализирован. Кроме того, мы действительно испытывали в работе дефицит психологического и клинического опыта. К сожалению, исследований в области реабилитации детей с ПТСР весьма немного, как и работ по проблеме детского горевания. К сказанному следует добавить, что в процессе социальной реабилитации следует учитывать не только возрастные, половые и индивидуальные особенности ребенка. Наш опыт показал, что реабилитационные мероприятия должны быть соотнесены с этническими традициями и национальной психологией.

Литература

1. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. СПб., 2004
2. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей. СПб., 2005

Амбулаторная психологическая помощь в условиях поликлиники

Тюрина Н.А.
кафедра социальных технологий РГСУ, г. Москва

Современное лечение многих заболеваний осуществляется амбулаторно в течение многих месяцев, а порой и лет (например, гипертоническая болезнь, ИБС, лимфогранулематоз, миеломная болезнь и др.). Преимущества такого лечения заключаются в том, что больной находится в домашних условиях, в кругу семьи. Конечно, в домашних условиях лечение, порой, бывает более эффективным, но есть трудности, которые на первый взгляд незаметны. Больной и члены его семьи остаются наедине с болезнью, ответ на вопрос как лечить, находят у врача, а кто поможет приобрести уверенность и мужество, чтобы справиться с болью? Как быть разумным в борьбе за здоровье? В таких ситуациях необходима психологическая помощь. Психологическая помощь нужна человеку и в тех случаях, когда он

испытывает душевные страдания при столкновении с реальной жизнью.

К сожалению, психологов (специалистов, которые в решающий момент жизни больного могут дать важную, а иногда и жизненно необходимую поддержку и совет) в районных поликлиниках нет. Кто на современном этапе выполняет разъяснительную функцию в до- и послеоперационном периоде лечения, когда происходят не только физические изменения в организме, но часто изменяется поведение, общение, питание, а порой и социальный статус больного?

Многие инфекционные заболевания, в том числе и ВИЧ-инфекция, загоняют в тупик пациента с выбором решения информировать или нет о своем заболевании родных и близких, а также работодателя. Данное решение пациент принимает самостоятельно, наедине с собой, порой неверно оценив ситуацию.

В клинической медицине существует такое понятие, как врачебная тайна, когда врач не информирует больного о его диагнозе. В зарубежных странах пациентов в обязательном порядке информируют о тяжести их заболевания, предоставляя им возможность получения психологической помощи после такого сообщения лечащего врача. К сожалению, в России амбулаторной психологической помощи для таких больных нет.

Психологическая помощь необходима и для медиков, и для пациентов, и для родных и близких пациента, т.е. работа психологов в условиях поликлиники является оптимальным вариантом. Но нужно учитывать то, что психологическая помощь должна быть взаимозависимой между психологами и медиками.

Ввиду того, что амбулаторная психологическая помощь может выполнять свои функции в стационаре, в диспансере, в реабилитационных центрах, хотелось бы выделить особенности амбулаторной психологической помощи в условиях поликлиники, так как 80% больных лечатся вне стационара. С этой целью психологическую помощь нужно рассматривать не только в зависимости от заболевания, но и для каждой личности отдельно. Приведем пример возможного психологического состояния личности в период болезни.

Инфаркт миокарда.

Инфаркт миокарда – это ограниченный некроз сердечной мышцы. Среди различных заболеваний населения ряд болезней имеет особо важное социальное значение. Значимость таких заболеваний связана даже не столько с их широким распространением, сколько с той ролью, которые эти заболевания играют в смертности и

инвалидизации населения, в экономическом ущербе для страны из-за временной утраты трудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти.

Часто перенесенная болезнь изменяет всю жизнь человека: меняются его социальный статус, его физические возможности, его окружение, но главное изменение происходит в нем самом, в его подходе к себе, к жизни и к окружающим.

Психическое состояние человека после перенесенного инфаркта – проблема, которая возникает довольно часто.

Чаще всего болезнь изменяет психику человека, переоценивается его жизненная позиция – отношение к жизни, работе, окружающим людям, к самому себе. Порой человек остается наедине со своей болезнью, отгородившись от всего мира. Отсюда может возникнуть состояние депрессии.

Психологическая реабилитация после перенесенного инфаркта, как ни при каком другом заболевании, зависит от личности больного, от его реакции на происшедшие изменения в связи с болезнью. Реакция может быть самой разнообразной – от удрученности и деспотического отношения к окружающим до отрицания очевидного и отказе от обследования.

Инсульт.

Более сильные изменения в личности человека происходят после инсульта.

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, одно из самых тяжелых заболеваний нервной системы. По статистике, острые нарушения мозгового кровообращения среди причин смертности занимают третье место после болезней сердца и онкологических заболеваний.

У больных, перенесших инсульт, заостряются характерологические особенности личности. Значительно страдает память, особенно плохо больные запоминают текущие события, у многих нарушена речь. Такие изменения в поведении, как синдромы эмоциональной лабильности и снижения психической активности, обусловлены поражением структур головного мозга. Капризность, плаксивость, вспыльчивость – такое поведение типично для большинства больных в первые месяцы после инсульта. Для некоторых перенесших инсульт характерно безразличное отношение к своему состоянию, депрессия. Лечебной физкультурой они занимаются только по принуждению, у таких больных плохо восстанавливаются даже легкие нарушения двигательных функций.

Психологическая помощь дома позволит перенесшему инсульт пациенту и его родственникам расстаться с растерянностью, снизить напряжение в семье, обрести веру в собственные ресурсы и выздоровление, вернуть оптимизм, желание прилагать усилия по реабилитации нарушенных функций и эмоциональную уравновешенность. Психологический фактор оказывает мощное влияние на скорость восстановительных процессов после инсульта. Здоровый психологический климат в семье – залог успешного восстановления утраченных функций.

Туберкулез.

Больной фтизиатрического учреждения – особый пациент. Это не только больной, требующий медицинской помощи, но и инфекционный объект, представляющий опасность для своего окружения.

Большое место в психологической картине при туберкулезе занимают ипохондрические нарушения – фиксирование больных на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса.

Характерны для них и нарушения с социальной дезадаптацией: асоциальные тенденции, пренебрежение общепринятыми нормами, ригидность психических процессов.

Такие характерологические особенности могут затруднять контакты больных в сфере общения, приводить к дополнительным стрессовым и конфликтным ситуациям. Больных туберкулезом отличают также дефекты в адаптивной системе: общая плохая приспособляемость, недостаточная устойчивость структуры личности со снижением способности противодействия дезорганизующим явлениям – импульсивности, влечениям, неосознанная тенденция трансформировать психическую напряженность в условиях стресса в соматические симптомы как средство снятия психической напряженности.

Онкологические заболевания.

Одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакций личности на болезнь.

Психологические трудности, с которыми сталкиваются онкологические больные, связаны не только с угрозой жизни. Проведенное лечение, калечащие операции ставят перед ними профессиональные, бытовые, семейные и другие проблемы. Их значимость определяется субъективно. В качестве примера могут быть названы угроза женственности и боязнь нарушения супружеских

отношений после мастэктомии (удаление молочной железы), страх быть отвергнутым семьей и обществом после колостомии (искусственный задний проход), которые сами по себе начинают доминировать в структуре переживаний.

То или иное содержание психологического конфликта вызывает значительное повышение уровня эмоциональной напряженности, проявляющейся прежде всего в ощущении опасности, беспокойства, страха, тревоги, порой приводящих к фиксации психического нарушения и полной дезорганизации поведения.

Важно определить состояние мотивационной сферы, выделить сохранившиеся участки, на которых можно начинать работу, определить области значимых отношений и переживаний. При этом отнюдь не всегда следует ориентироваться на собственное мнение больного, его жалобы, так как истинная область конфликта, подлинный источник переживаний, может быть скрыт и от самого пациента. Для определения конфликтности необходимо проведение соответствующей квалифицированной диагностики.

Проблема психологической помощи больным с последствиями различных травм является также важной темой в медицине.

Психологический аспект выше описанной помощи направлен на коррекцию психического состояния пациента, формирование правильного отношения к лечению, врачебным рекомендациям, выполнению реабилитационных мероприятий, а также создание условий для психологической адаптации больного к изменившейся, вследствие болезни, жизненной ситуации.

Кроме физических недомоганий, больной испытывает психологические страдания: тяжело переживает изменение своего статуса, разрыв с привычным образом жизни, зависимость от окружающих, ощущает стыд за свое беспомощное состояние, страх оказаться обузой, тревогу, что останется инвалидом навсегда, тоску от неподвижности и изоляции. Все это часто приводит к депрессии, больной не предпринимает усилий по восстановлению нарушенных функций, отказывается принимать помощь врачей и близких, что тормозит процесс выздоровления.

В психологической помощи нуждается не только пациент, но и проживающие вместе с ним его родственники. Тяжелая болезнь резко меняет жизнь не только больного, но и его ближайшего окружения. Это огромная дополнительная нагрузка – физическая и эмоциональная, особенно если восстановление нарушенных функций затягивается.

Полноценная медицинская помощь немыслима без психологической помощи и поддержки пациента. Ведь

психологическое самочувствие человека и его психологический настрой во многом обусловливают особенности течения болезни, определяют развитие и успех лечебных воздействий, что сказывается на результате.

Литература

1. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь близким. – М.: Изд-во Эксмо, 2009. – 192с.

2. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. — Изд. 3-е, испр. и доп. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 336 с.

3. Экстренная психологическая помощь. Практическое пособие // Под ред. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. – М.: НЦ ЭНАС, 2007. – 64с.

4. Тащева А.И. Энциклопедия психологической помощи. – М.: Изд-во Феникс, 2000. – 544с.

Взаимодействие с семьей студента-инвалида с двигательными нарушениями на начальном этапе обучения в вузе с применением дистанционных технологий

Хайрулина И.А.
ИПИО МГППУ, г. Москва

На этапе реформирования системы высшего образования в условиях высокой конкуренции на рынке труда наиболее острая проблема российских инвалидов – их социальная и профессиональная реабилитация.

Одной из форм помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья является обеспечение доступности высшего образования. В вузах наметился значительный рост обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Международный опыт и практика работы с инвалидами в вузах подсказали путь, оказавшийся впоследствии предпочтительным – это путь интегрированного обучения инвалидов в общих потоках студентов. Приобретенные знания повышают ценность личности инвалида как в его собственных глазах, так и в оценке окружающих [2].

Профессиональная подготовка инвалидов с двигательными нарушениями представляется важной и трудной задачей. Формирование адекватной образовательной среды для обучения

данной категории инвалидов невозможно без совершенствования системы образования и разработки технологии интеграции данной категории лиц в учебный процесс вуза.

Двигательные нарушения также резко ограничивают перспективы профессиональной самореализации инвалида.

Развитие дистанционных образовательных технологий открывают возможности инвалиду в получении образования и профессиональной реализации. Интернет позволяет расширить поиски профессиональной ниши маломобильного студента, найти пути реализации себя в выбранной профессии, в научной деятельности, а также дает возможность продолжить образование.

Высшее образование инвалидов данной категории не только расширяет круг его общения, но и делает его жизнь более полной и насыщенной, улучшает «качество жизни».

Студенты с двигательными нарушениями составляют большую часть всех студентов-инвалидов, обучающихся на факультете Дистанционного обучения МГППУ по направлению «Психология».

Около 75% – студенты с тяжелыми двигательными нарушениями, не передвигающиеся самостоятельно. Около 45% – студенты с заболеваниями нервной системы вследствие детского церебрального паралича (ДЦП).

Другая значительная группа студентов (около 30%) – студенты с повреждениями опорно-двигательного аппарата (травматические повреждения спинного мозга в позднем периоде).

Значительный процент (около 10%) из числа студентов с тяжелыми двигательными нарушениями составляют студенты с прогрессирующими мышечными атрофиями. Это группа наследственных заболеваний, характеризующаяся нарастанием мышечной слабости. Студенты-инвалиды данной нозологической группы приходят в вуз уже в поздней стадии течения болезни (миодистрофия Дюшена в тяжелой паралитической стадии).

На факультете также обучаются студенты с врожденной спинномозговой грыжей, заболеваниями суставов (ревматоидным полиартритом, артрозом) и др.

Данная категория инвалидов часто не может обходиться без посторонней помощи. Для большинства студентов, особенно с врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, родители остаются самыми значимыми людьми (часто пожизненно).

Нами было предпринято исследование с целью изучения условий успешной адаптации студента-инвалида с нарушениями опорно-двигательного аппарата в вузе, совершенствования

организации учебного процесса с применением дистанционных образовательных технологий, а также формулирования запроса на психолого-педагогическое сопровождение студента-инвалида и его семьи.

В исследовании приняли участие родители студентов-инвалидов с двигательными нарушениями различной степени тяжести, обучающиеся на факультете дистанционного обучения МГППУ по специальности «Психология».

Близкие студентов-инвалидов с двигательными нарушениями подтверждают, что по мере взросления ребенка социальная ситуация в семье непрерывно усложняется, и вопрос выбора профессионального пути ребенка-инвалида для большинства семей был достаточно сложным.

Многие семьи (около 60%) подтверждают, что выбирая дистанционную форму для обучения ребенка-инвалида, плохо представляли требования, предъявляемые к данной форме получения образования, полностью игнорируя трудности, связанные с получением высшего образования при ограниченности или невозможности самостоятельного передвижения, нарушениях манипулятивной функции рук, при наличии сенсорных и речевых нарушений.

Для некоторых семей студентов-инвалидов с тяжелыми двигательными нарушениями обучение в вузе рассматривалось как вариант «продуктивной занятости инвалида» после окончания школы.

Социальная ситуация развития детей с врожденными двигательными нарушениями искажена с раннего возраста наличием хронического инвалидизирующего заболевания и вызывает пристальное внимание родителей к здоровью ребенка, ведет к ограничению активности, госпитализму, социальной депривации. Наиболее часто встречается такой тип воспитания, при котором в семье имеется «культ» больного ребенка, а затем и подростка и, как следствие этого, преувеличенная забота о нем [4]. Эти качества, сформировавшиеся в результате неправильного воспитания, условий жизни, отношения окружающих, часто приводят к пассивной позиции, принятию роли «ведомого». Оценка своих возможностей, жизненные планы начинают целиком определяться мнениями и представлениями родителей и ближайших родственников.

Пассивное принятие точки зрения другого приводит к неадекватным представлениям о собственных возможностях. Второстепенность собственных представлений о будущем приводят к

неустойчивости жизненных планов, к легкому отказу от намеченной цели в случае даже возможной неудачи.

Подавляющее большинство абитуриентов-инвалидов в построении жизненных планов руководствовались решениями родителей, хотя сами зачастую сомневались в своем выборе. Лишь у 15% студентов решение продолжить обучение в МГППУ было самостоятельным.

Выбор профессии психолога подтверждает ориентацию на профессии типа «человек-человек», обусловленную не собственно профессиональными интересами, а опосредованную ведущим мотивом общения и свидетельствует о том, насколько болезненна для инвалида проблема общения.

Опыт обучения инвалидов в вузе с применением дистанционных технологий показывает, что у студентов-инвалидов наблюдается низкий уровень базовой подготовки. Опрос профессорско-преподавательского состава показал, что только 30% студентов-инвалидов имеют базовую подготовку «достаточную для успешного обучения в вузе».

Отмечается также низкий уровень активности студентов в учебном процессе, отмечается неумение оценивать и соотносить свои возможности с требованиями к обучению в вузе.

Психическая инфантильность, недостаточная самостоятельность, пассивная жизненная позиция, ожидание помощи и привилегий, неразвитость навыков общения и нравственных критериев поведения, незрелость личности в целом составляет основную проблему в обучении молодых инвалидов с врожденными нарушениями вследствие ДЦП [1].

Изначально в рамках исследования проблем адаптации студента–инвалида в вузе мы поняли, что без тесного сотрудничества с семьей инвалида успешная адаптация в образовательном пространстве с применением дистанционных технологий для большинства студентов невозможна.

Взаимодействие с семьей также важно для исследования успешного пути инвалида, т.к. в случае со студентами–инвалидами с двигательными нарушениями мы имеем дело с так называемой «элитой» инвалидов уже потому, что инвалиды пришли в вуз. Сам факт того, что инвалид выбирает активную жизненную позицию сначала в стремлении стать студентом, затем в стремлении во что бы то ни стало закончить вуз и получить высокопрофессиональную работу, чаще всего свидетельствует о высокой мотивации достижения цели [3].

Таким образом, взаимодействие с семьей студента-инвалида дает не только дополнительное представление о роли двигательной патологии в формировании личности инвалида на этапе получения высшего профессионального образования, но и помогает оценить динамику личностных изменений на начальном этапе обучения в вузе, наметить пути психолого-педагогической помощи студенту и его семье.

Литература

1. Государев Н.А. Специальная психология. М., 2008.

2. Мартынова Е.А. Социальные и педагогические основы построения и функционирования системы доступности высшего образования для лиц с ограниченными физическими возможностями. Челябинск: ЧелГУ, 2002.

3. Саркисян Л.А. и др. Лечебная педагогика. М., 2000.

4. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. М., 2007

Специфика психологической реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья различных нозологий

Нейропсихологический подход к восстановлению речи в условиях детского стационарного отделения ЦПРиН

Александрова М.Н.
Центр патологии речи и нейрореабилитации,
г. Москва

Практический опыт показывает, что уровень детских инсультов, нейроинфекций, травматизма как в России, так и за ее пределами все еще очень высок. Все эти факторы имеют самые тяжелые последствия. Даже если физические увечья оказываются незначительными, то остаются нарушены высшие психические функции. Психологические последствия могут сохраняться у малыша на протяжении всей дальнейшей жизни. За время работы мы сталкивались с такими проблемами, как полное отсутствие речи, детская афазия, нарушение письменной речи или полное ее отсутствие дисграфия, аграфия, нарушение процессов чтения дислексия, комплексные дизартрии, нарушения звукопроизношения в структуре основного заболевания. В этих условиях задача логопеда в тесном контакте с другими специалистами Центра провести точную диагностику имеющихся нарушений у ребенка и в кратчайшие сроки выработать эффективную программу восстановительного обучения, методику курса лечения и, тем самым, помочь малышу социализироваться после полученной травмы и войти в жизненный цикл.

В настоящей статье рассмотрен конкретный случай последствий тяжелой черепно-мозговой травмы и нейропсихологический подход к восстановлению нарушенных при ней ВПФ.

В феврале 2010 г. в столице одного из субъектов Российской Федерации при переходе проезжей части был сбит шестилетний мальчик. Машиной скорой помощи он был доставлен в Детскую Клиническую больницу в тяжелом состоянии. В последующем у него развилась картина посттравматической гидроцефалии, на КТ головного мозга окклюзионная гидроцефалия, тотальная вентрикуломегалия, уровень окклюзии основания мозга. Произведена

вентрикулоперитостонеостомия. В послеоперационном периоде ребенок находился в вегетативном состоянии. В апреле 2010 г. ребенок был перевезен на самолете в НИИ НДХиТ г. Москва для дальнейшего лечения. В конце апреля больному, в связи с дисфункцией шунта, проведена вентрикулоперитонеостомия помпой низкого давления Medrotonik. Ребенок находился в отделении нейрохирургии до конца мая 2010 г. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика: пытается сидеть в коляске, появились спонтанные целенаправленные движения руками и ногами, попытки самостоятельно есть, поворачивает голову на звуки и выполняет простые инструкции. Из эмоциональных реакций появился плач. Для дальнейшей реабилитации мальчик был переведен в ДПНБ №18, где в результате проведенного курса лечения улучшилось понимание обращенной речи, стал произносить отдельные слоги, сидеть без опоры, ходить кратковременно с поддержкой за одну руку, уменьшилась спастичность в левой руке, увеличился объем движения в руках, стал брать предметы и удерживать их, появился контроль тазовых функций. Выписан домой в июле 2010 г. В период с сентября по октябрь проходил курс реабилитации в отделении восстановительного лечения в РДКБ с выраженной положительной динамикой. В середине января 2011 года у ребенка отмечался эпилептический приступ с тонико-клоническими судорогами, выделением пены изо рта. Приступ медикаментозно купирован, назначена противосудорожная терапия.

Учитывая данные анамнеза и объективного обследования можно говорить о том, что у ребенка имеют место последствия тяжелой черепно-мозговой травмы (перелом основания черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени, кровоизлияние в ствол мозга, посттравматическая окклюзионная гидроцевалия). Состояние после вентрикулоперитонеального шунтирования. Дистонический тетрапарез. Атактический синдром. Посттравматическая комплексная афазия.

В детское отделение ЦПРиН мальчик поступил в феврале 2011 года. При поступлении было проведено комплексное нейропсихологическое обследование, получены следующие данные:

В импрессивной речи: фонематическое восприятие первично нарушено не грубо. Объем слухо-речевой памяти сужен (1-2 элемента), слабость слухо-речевых следов. На истощении отмечаются парагнозии, явления отчуждения смысла слова. На восприятие речи оказывает влияние дефицитарность в сфере произвольного внимания, инертность, недостаточность в сфере переключения слухового

внимания, отсутствие полноценной опоры на внутреннее проговаривание. Явления импрессивного аграмматизма. Затруднено понимание значений пространственных предлогов и отдельных морфем. Трудности понимания логико-грамматических оборотов, многозвеньевых инструкций.

В экспрессивной речи: Спонтанная речь представлена отдельными словами и фрагментами простых фраз. Возможна простая фраза с агаммatизмами. Выраженный лексический дефицит препятствует осуществлению коммуникативной функции речи. Речевая активность снижена. Отмечаются эхолалии. У ребенка нарушен «механизм запуска» слова, говорения, речи, подсказка первого слога по большей части эффективна. Словарь – выраженный глагольный дефицит. В повторной речи отмечаются замены слов и их фрагментов по звуковому сходству, что указывает на вовлечение в компенсаторный процесс правополушарных ассоциативных механизмов. Трудности программирования и грамматического структурирования речевого высказывания. Литеральные и вербальные парафазии, явления звуковой лабильности, лексический дефицит. Трудности актуализации слов. Произносительные трудности обусловлены явлениями комплексной речевой апраксии и усугубляются псевдобульбарным синдромом.

Таким образом, у больного было выявлено: комплексная моторная афазия, динамическая афазия, акустико-мнестическая афазия, элементы сенсорной афазии, сочетанная форма дизартрии (спастико-паретическая + атаксическая), нарушение нейродинамического и регуляторного компонентов психической деятельности. Речевой дефект грубой степени выраженности.

Результаты нейропсихологического обследования:

Нарушение нейродинамического компонента психической деятельности (медленный темп работы, утомляемость, истощаемость, трудности переключения с одного вида деятельности на другое, флуктуации произвольного внимания). Трудности программирования и контроля произвольной деятельности, нарушение регуляторного компонента. Кинетическая и кинестетическая мануальная и орально – артикуляционная апраксии. Нарушение фонематического восприятия. Сужение объема слухо – речевой памяти. Комплексная моторная афазия. Динамическая афазия. Дизартрия.

Топический диагноз: результаты нейропсихологического обследования свидетельствуют о нарушении функционирования префронтальных отделов коры, премоторной, нижних отделов постцентральной области, верхневисочной и задней области левого

полушария, височной области правого полушария, патологической заинтересованности субкортикальных структур головного мозга.

По результатам проведенного исследования речи и других ВПФ была составлена программа коррекционной работы:

Основные направления коррекционно-развивающей работы на логопедических занятиях.

1. Формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи.

2. Нормализация мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики.

3. Развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата: уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений;

4. Нормализация речевого дыхания: развитие глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха.

5. Нормализация фонетической окраски звуков: уточнение артикуляций искаженных звуков; закрепление четкой реализации звуков всех групп изолированно и в речевом потоке.

6. Восстановление мелодико-интонационной стороны речи: расширение диапазона модуляций; формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно; развитие навыка управления голосом в процессе речевой деятельности; формирование интонационного рисунка фразы по образцу, по заданию, самостоятельно.

7. Развитие контроля над произносительной стороной речи.

8. Работа над связной речью.

9. Преодоление слабости слухо-речевых следов: повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз с постепенным увеличением промежутка между прочтением и воспроизведением, а также с заполнением паузы каким-либо другим видом деятельности; заучивание наизусть коротких стихотворений и текстов;

10. Преодоление трудностей называния: анализ зрительных изображений и самостоятельное рисование предметов, обозначаемых словами-названиями; смысловое обыгрывание слов в контекстах; классификация слов с самостоятельным нахождением обобщающего слова; упражнения по толкованию слов;

11. Организация развёрнутого высказывания: составление рассказа по серии сюжетных картинок; пересказ текстов сначала по подробному плану, затем - по свёрнутому, затем - без плана; развёрнутые диалоги на внеситуативные темы; отработка образцов коммуникативной и повествовательной речи. Работа по развитию

слогового анализа и синтеза. Работа по развитию фонематического анализа и синтеза: с опорой на вспомогательные средства действия; в речевом плане; в умственном плане.

12. Систематизация словаря. Определение более прочных смысловых связей между словами, входящими в одно семантическое поле.

13. Развитие грамматического строя речи.

14.Формирование морфологических и синтаксических обобщений.

15.Развитие зрительных невербальных высших психических функций.

В результате комплексной нейрореабилитации отмечалась положительная динамика речевого статуса ребенка: улучшилось состояние мышц артикуляционного аппарата, в результате пассивной и активной артикуляционной гимнастики и логопедического массажа возросла амплитуда движений языка и губ, артикуляционные движения стали более точными, более соразмерными, уменьшились синкинезии, улучшилось состояние мышц губ и щек. В результате голосовых и дыхательных упражнений стало возможно модулированное произнесение гласных, уменьшилось напряжение в голосе, увеличился речевой выдох.

Проводимая работа способствовала росту возможностей фразовой речи у мальчика, ребенок стал справляться с составлением предложений по картинкам и опорным словам. Возросли возможности называния. Расширился активный и пассивный словарь, улучшилось произношение слов, возросла переключаемость в пределах слога в двухсложных и трехсложных словах. Формируется символический праксис и указательный жест.

Родители отмечают возрастание речевой продукции и вне занятий, для выражения просьб мальчик стал пользоваться фразами, а не только мимикой и жестами. Он стал более спокойным и сосредоточенным, возросло время активного внимания на занятиях, но иногда отмечаются случаи агрессивного поведения, негативизма. С мальчиком проводится работа по обучению грамотности и счетным операциям. Однако речь ребенка остается замедленной, скандированной, отмечается лексический дефицит, нарушение слоговой структуры слов, литеральные замены, пропуски и замены звуков, эхолалии. Увеличен латентный период подбора нужного слова.

Учитывая необходимость закрепления достигнутых положительных результатов, было рекомендовано продление курса нейрореабилитации сроком на 14 дней.

Во время всего нейрореабилитационного курса ребенок получал комплексную реабилитацию, которая включала: ежедневный осмотр врача-невролога, психиатра, медикаментозная терапия; обследование и занятия с психологом, нейропсихологом (индивидуальные и групповые); обследования и коррекционная работа с логопедом на индивидуальных, групповых занятиях (не менее 2-3 индивидуальных и 1-2-х групповых логопедических занятий в день); музыкотерапия (логоритмика - ежедневно); занятия по анимации (1-2 занятия в неделю); массаж (по назначению врача ЛФК, после консультации); физиотерапия (после консультации врача ФТО); диагностическое обследование (лабораторные, функциональные методы), проходят все дети, находящиеся на курсовом лечении, и по назначению терапевта и их родители.

Выписной нейропсихологический эпикриз. В результате коррекционной работы отмечается положительная динамика. Улучшились показатели нейродинамики: увеличился период продуктивной работы, ребенок стал легче включаться в деятельность и переключаться с одного вида деятельности на другой. При этом по-прежнему отмечается быстрая истощаемость, утомляемость. Появилась мотивация к занятиям, нивелировались реакции негативизма. Незначительно возрос контроль за произвольной деятельностью, она стала более целенаправленной. Возросла концентрация произвольного внимания, переключение, увеличилось время активного внимания. Расширился объем восприятия, объем слухоречевой памяти (до 3 элементов), улучшилось состояние фонематического восприятия, возросла устойчивость слухоречевых следов. Улучшилось состояние артикуляционной моторики, увеличилась амплитуда движений языка и губ, артикуляционные движения стали более точными, улучшилось состояние мышц губ и щек, возросли возможности переключений. Расширился активный и пассивный словарь, улучшилось произношение звуков. По–прежнему сохраняется замедленный темп речи, скандированность, лексический дефицит, нарушено звукопроизношение по дизартрическому типу, остаются амнестические трудности и затруднено программирования речевого высказывания. В двигательных пробах сохраняются грубые нарушения (персеверации, стереотипии, трудности переключения, удержания заданной программы, расширенный поиск поз). Выполнение проб в значительной степени осложнено из-за явлений

тетрапареза. Ребенок выписывается с улучшением. Рекомендован повторный курс нейрореабилитации. Отмечается значительное улучшение речевой функции.

В настоящее время, в рамках повторного курса, с ребенком продолжается работа над увеличением пассивного и активного словаря с расширением представлений об окружающей действительности, связной речью, по преодолению слабости слухо-речевых следов (повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз), над преодолением трудностей называния, проводится анализ зрительных изображений и самостоятельное рисование предметов, обозначаемых словами-названиями, смысловое обыгрывание слов в контекстах, классификация слов с самостоятельным нахождением обобщающего слова. Мальчику даются упражнения по организации развёрнутого высказывания: составление рассказа по серии сюжетных картинок. Отработка образцов коммуникативной и повествовательной речи. Развитие слогового анализа и синтеза, фонематического анализа и синтеза. На занятиях отрабатываются лексические темы. Продолжается работа по формированию навыка глобального и аналитического чтения, счетных операций. Проводятся занятия, направленные на нормализацию мышечного тонуса с использованием приемов массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики, уточнение схем произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений, развитием скорости переключений произвольных оральных, мимических, артикуляционных движений. Продолжается работа по развитию работоспособности мышц артикуляционного аппарата, развитию глубины физиологического вдоха, длительности физиологического выдоха, используя статические упражнения и динамическую гимнастику, работа развитию силы голоса и звонкости голоса.

Современные технологии в психологической реабилитации детей, страдающих нарушениями опорно-двигательного аппарата

Антропова И.М.

Детская психоневрологическая больница №18, г. Москва

Общеизвестно, что лечебный процесс всегда сопровождается проведением различного рода обследований, приемом лекарственных препаратов, в том числе в виде инъекций и других процедур. В реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

активно применяются методы лечебной физкультуры, массаж, лечение положением, когда ребенок испытывает непривычные, не всегда комфортные состояния, связанные с изменением привычного положения тела. Перечисленные причины вызывают негативные реакции у детей разного возраста и приводят к эмоциональной неустойчивости, снижая эффективность проводимого лечения.

В 6-ом нейрохирургическом отделении Детской психоневрологической больницы №18 проходят лечение и восстановление дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, приводящими к стойким и выраженным функциональным расстройствам (парезы и плегии мышц туловища и конечностей, гиперкинезы, атаксия, нарушения функции тазовых органов и т.д.). Наряду с восстановительным лечением и реабилитацией в отделении проводится психологическая работа. В зависимости от проблемы, решаемой на групповых или индивидуальных занятиях, применяются различные приемы пато- и нейропсихологической работы.

Одним из методов психолого-педагогического сопровождения являются занятия в Сенсорной комнате, которая обладает выраженным воздействием на ребенка. Путем стимуляции органов чувств она активизирует и развивает мышление, мелкую моторику, двигательную активность, благоприятно влияет на саморегуляцию поведения. В комплектацию Сенсорной комнаты больницы входят различные элементы, способствующие релаксации и активации: проекторы спецэффектов, мерцающий бассейн с прозрачными шариками, водяная кровать, музыкальный центр, световые и тактильные панели, мерцающие фиброволокна, интерактивные световые трубки с пузырьками, цветными шариками и рыбками и т. д.

Сенсорная комната позволяет расширить жизненный опыт детей, обогатить их чувственный мир и обрести уверенность в себе. Наличие мягкого покрытия пола и стен комнаты уменьшает у детей чувство страха при падении. Занятия в Сенсорной комнате помогают совершенствованию активных, самостоятельных двигательных навыков, манипулятивной деятельности, зрительно-моторной координации, овладению схемой тела. Противопоказаний к занятиям в Сенсорной комнате практически нет, есть только ограничения, которые определяет врач, например, при эписиндроме или судорожной готовности нельзя использовать мигающие, сверкающие, раздражающие глаз стимулы, а также ритмическую музыку.

В группах коррекционная работа проводится при одновременном участии детей и их родителей. На занятиях создаются ситуации, когда ребенок должен действовать наравне с мамой или

помочь маме в какой-либо деятельности. Спокойная, доброжелательная обстановка, присутствие взрослых в сочетании с мощным положительным эмоциональным влиянием эффектов Сенсорной комнаты способствует созданию у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ощущения защищенности, спокойной уверенности в себе. С одной стороны, создаются условия для тренировки процессов торможения, необходимых при повышенной возбудимости и агрессивности, а, с другой стороны, внимание ребенка привлекается различными вращающимися, изменяющими цвет панелями и приспособлениями для изучения. Дети активно осваивают новые ощущения, что стимулирует познавательную деятельность и мотивацию.

Занятия проводятся два раза в неделю по 30 минут как с группой детей, так и индивидуально, и направлены на решение самых различных задач, в частности:

- снятие мышечного и психоэмоционального напряжения;
- достижение состояния релаксации и душевного равновесия;
- активация различных функций центральной нервной системы за счет создания обогащенной мультисенсорной среды;
- развитие и восстановление двигательных функций;
- создание положительного эмоционального фона.

Как правило, коррекционное занятие в Сенсорной комнате делится на 3 этапа:

I этап (5-10 мин.) – активная образная релаксация (визуализация). Это игра на воображение, помогающая детям и их родителям расслабиться. Дети и взрослые находят себе удобное положение в комнате. При приглушенном свете и под спокойную музыку психолог читает текст упражнения, направленный на возникновение приятного образа, порождающего положительное эмоциональное состояние.

II этап (15-20 мин.) – основной. Его целью является коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций. На данном этапе используются различные психотехнические приемы: сказкотерапия, сюжетно-ролевые игры, разыгрывание проблемных жизненных ситуаций. В некоторых случаях ребенку предоставляется возможность спонтанной игры. Все это способствует эмоциональному отреагированию и отработке негативных переживаний.

III этап (5-10 мин.) – завершающий. Суть его заключается в подведении итогов и получении обратной связи. Все участники занятия дружно наводят порядок в комнате (собирают шарики, кладут

подушки на место, распутывают фиброволокна и т.п.) и делятся своими впечатлениями друг с другом.

Пребывание в новой, особой среде Сенсорной комнаты, с обилием положительных стимулов, эмоций, красочной, создающей условия для преобладания процессов торможения центральной нервной системы, является благоприятным фоном для психотерапевтической, логопедической и другой коррекционной работы с пациентом.

Как показывает опыт работы больницы, богатство положительных эмоций в условиях Сенсорной комнаты способствует развитию внутренних психологических резервов у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и формированию у них новых ценностных понятий и качеств, основанных на доброжелательности. Дети учатся общаться, делиться впечатлениями. Клинические данные и наблюдения за детьми, в лечении которых применялся данный метод, позволяют сделать предварительные выводы о его выраженном положительном воздействии, однако это положение требует углубленного изучения и научного подтверждения.

Очарование «живой сказки», создающее радостное настроение, в сочетании с набором благоприятных воздействий на организм ребенка с двигательной патологией, делают Сенсорную комнату незаменимой при множестве состояний в качестве средства оздоровления и профилактики ухудшения состояния здоровья детей.

Таким образом, проведение занятий в Сенсорной комнате значительно повышает уровень социально-психологической адаптации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, способствует восстановлению их социального статуса и улучшению качества жизни и после выписки из стационара.

Геронтообразование в Вентспилсском Дигитальном центре

Ance A.C.

Лиепайский Университет, Латвия

Люди пожилого возраста представляют особую социально-демографическую группу, численность представителей которой стремительно растёт практически во всех странах Европы и мира. В связи с этим необходимость общества поддерживать уровень активной творческой деятельности пожилых людей посредством образования – один из актуальнейших вопросов современных геронтологии и андрагогии.

Практика образовательной деятельности учреждений предлагающих программы непрерывного образования, демонстрирует необходимость обеспечения посетителей курсов т.н. педагогической поддержкой. Вовлечение пожилых людей в процесс непрерывного образования оказывает влияние на качество жизни пожилого человека.

Как фактор улучшения уровня жизни пожилых людей рассматривается процесс обучения основам информационно-коммуникационных технологий (в дальнейшем ИКТ), который помогает открыть потенциалы человека в свете самых разных аспектов. Вовлечение пожилых в процесс непрерывного образования – психологически-педагогический процесс, в ходе которого человеку предстоит преодолеть огромное количество стереотипов. Данные стереотипы, в большинстве своём, связаны с представлениями о процессе старения как своего рода угасания, которое сопровождается отсутствием уверенности в собственных силах, боязнью, недостаточной компетентностью и другими психологическими преградами. Процесс геронтообразования необходимо осуществлять при условии педагогической поддержки, которая и будет способствовать достижению нового уровня качества жизни пожилых людей.

Одним из самых активно используемых методов исследования диссертационной работы «Обучение пользованию основам ИКТ посетителей курсов геронтологического возраста» стал метод экспертов. Во время исследования (декабрь 2010 года – март 2011 года) автор работы тесно сотрудничала с представителями учреждений непрерывного образования разных городов Латвии (Елгава, Вентспилс, Рига, Лиепая, Валмиера), а также с российскими специалистами данной сферы деятельности (Санкт-Петербургский университет пожилых людей «Серебряный возраст»). Педагогам-преподавателям ИКТ в ходе интервью было задано 15-20 вопросов (см. Приложение 1). В интервью принимали участие специалисты с богатым стажем работы (5-15 лет) в подобных учреждениях, которые существуют в Латвии на протяжении достаточно длительного периода времени (5 лет и больше). Данные образовательные учреждения предлагают освоить компьютерную грамотность на восьмичасовых курсах (азы использования ИКТ), далее предлагаются всевозможные программы обучения различных уровней.

В каждой группе студентов обучается 5-10 человек. Занятия посещают негомогенные группы (представители разных возрастов, в

том числе и пенсионеры). Средняя частотность занятий – два занятия в неделю по два академических часа с обязательным перерывом на 10-15 минут. Посещение курсов в большинстве случаев платная услуга, но для людей предпенсионного и пенсионного возраста существуют разного рода льготы (вплоть до пятидесятипроцентной скидки на посещение или бесплатное посещение курсов). В определённых случаях производится бесплатный набор на ИКТ курсы.

Как отмечают ИКТ специалисты при работе с людьми пенсионного возраста педагогу необходимо быть, в первую очередь, хорошим психологом, во-вторых, консультантом, в-третьих, внимательным слушателем. Люди геронтологического возраста крайне эмоциональны и очень ранимы, поэтому, работая с ними, преподавателю следует уделять внимание мотивации, подбадриванию, поддержке и похвалам.

Участники интервью выделили следующие преимущества при работе с людьми предпенсионного и пенсионного возраста:

- безупречная дисциплина;
- неподдельный интерес к изучаемому материалу;
- радость достигнутых результатов в ходе обучения;
- неутомимое желание учиться.

Специалисты ИКТ единодушно подчеркнули, что в работе с представителями данной социальной группы захватывает проявление неподдельных эмоций и искреннее удивление результатам развития технологического процесса. Пожилые люди с радостью воспринимают новую информацию, желают продолжить процесс образования и учатся исключительно благодаря собственной мотивации. Приятно наблюдать за очевидным прогрессом, которого достигают люди в течение достаточно короткого периода времени. Педагоги подчёркивают, что данного рода деятельность они оценивают как, своего рода, социальную поддержку. Компьютерные навыки радикально меняют установленный порядок жизни, поэтому так приятно находиться в «эпицентре» событий.

К сожалению, следует отметить и некоторые трудности при работе с людьми данной социальной группы.

- Невозможность длительной концентрации внимания. Как отметил один участник опроса, главная проблема данной целевой аудитории – слабая, кратковременная память. Эту особенность следует учитывать при составлении учебных программ данной социальной группы. Педагогу следует помнить, что вероятность того, что студенты забудут пройденный конкретный материал, достаточно высока.

- Разный уровень подготовки. Важно понять, что в этом возрасте уровни интеллекта отличаются, поэтому особенно ценным является индивидуальный подход обучения. Студенты усваивают материал с разной скоростью, успех обучения также может быть строго индивидуальным.

7. В отдельных случаях отмечается авторитарная, а иногда и иждивенческая, позиция студентов. Трудности возникают из-за жизненного опыта студентов (начальственные должности во время трудовой деятельности), которые зачастую мешают адекватно воспринимать незнакомую информацию, доверяя ИКТ специалисту. Коллеги в Санкт-Петербурге отмечают, что бывают случаи, когда студенты просто не желают идти на сотрудничество и просто занимают место на курсах.

8. Проблемы со здоровьем. Особенно сложно тем студентам, у которых трясутся руки и существуют проблемы со зрением.

9. Отдельную проблему составляет боязнь техники (страх испортить что-либо). Многие студенты пожилого возраста боятся всего нового. Кроме того, у студентов пожилого возраста существует боязнь неудачи, которая быстро проходит, но на начальном этапе мешает процессу образования.

10. Обучение основам ИКТ в пожилом возрасте происходит в более медленном темпе. Пожилым трудно понять сам принцип использования компьютера, поэтому зачастую наблюдается автоматическое зазубривание, а не осознание процесса.

Отвечая на вопрос о трудностях в обучении людей пенсионного возраста основам ИКТ, специалисты отмечают:

11. Низкий уровень владения английским языком (или полное отсутствие знаний иностранного языка).

12. Невозможность закрепления полученных знаний на практике (нет доступа к компьютеру и интернету). Во многих случаях последовательность действий забывается, полученные знания не закрепляются на практике, поэтому к материалу зачастую приходится возвращаться по нескольку раз. Если отсутствует возможность повторения изученного в спокойной комфортной обстановке (а не в библиотеке или в местах доступа к интернету), тогда уровень эффективности учебы достаточно низок. На начальном этапе возникают небольшие проблемы, которые впоследствии перерастают в огромный разрыв в знаниях по сравнению с теми студентами, которые систематически занимаются дома.

Эксперты советуют предпринять некоторые практические действия в преодолении трудностей в обучении ИКТ:

- на начальном этапе, когда рука студента пожилого возраста только привыкает в работе с мышкой компьютера, преподаватель может посоветовать обратиться к компьютерным играм;
- по возможности на домашнем компьютере установить программное обеспечение на родном языке или записывать перевод английских терминов и запоминать;
- если нет возможности приобрести компьютер, использовать бесплатные места доступа к компьютеру и интернету, чтобы закрепить полученные на курсах знания.

В ходе интервью задавались вопросы, касающиеся необходимости получения конкретных знаний, прозвучавших от самих студентов. Педагоги по-разному отвечали на поставленный вопрос.

- Причины могут быть разными – кто-то желает найти общий язык с внуками, у других – родственники проживают за границей и хочется поддерживать с ними отношения, третьим просто скучно. Разумеется, для большинства студентов учёба помогает оказаться в другой социальной роли, некоторые студенты пожилого возраста после обучения благополучно находят работу и продолжают трудовую деятельность, а кто-то просто наслаждается новыми связями, знакомствами, которые поддерживает и после окончания курсов.
- Большинство студентов пожилого возраста не предполагают, на что они соглашаются, придя на учёбу в центр обучения. Кто-то слышал, что в интернете можно читать газеты, другой – что можно найти график движения городского транспорта. Пока посетители курсов сами не осознают необходимость использования технологий на практике, процесс обучения не может называться целесообразным.
- Частотны случаи абсолютно конкретной мотивации: желание научиться пользоваться услугами интернет-банка, освоить азы переписки посредством Скайпа, создать электронный ящик, разумеется, понимая, что в современном мире без данных навыков жить трудно.

Пожилые люди часто продолжают процесс обучения, перейдя на другую программу или же повышая уровень собственных знаний на более сложных по уровню подготовки программах. Нередко после посещения курсов студент пожилого возраста приобретает компьютер и желает освоить специфическую информацию какого-либо рода.

Выводы

Студенты пожилого возраста продолжают общаться в социальных сетях, при помощи э-почты или в реальной жизни. Приглашают друг друга принять участия в тематических встречах.

Коллеги Санкт-Петербурга отмечают, что посещение ИКТ курсов – прекрасная возможность социализации – новая среда, новое общество, информация и знания. В современном обществе поменялось отношение к пожилым людям и их желанию научиться чему-то новому, намного реже сейчас звучит вопрос: „Зачем им это нужно?” По мнению педагогов, обучение основам ИКТ доступно всем желающим, но часто мешает тот факт, что за занятия приходится платить, поэтому люди пенсионного возраста от такого предложения зачастую вынуждены отказаться, зато с радостью используют возможность бесплатного обучения. Поэтому необходимо, чтобы само государство способствовало организации подобных бесплатных курсов.

В Латвии специалисты используют учебные материалы, опубликованные на сайте www.e-apmacits.lv. Есть случаи, когда педагог отказывается от конкретной учебной литературы, стараясь подстроиться под уровень подготовки и желания обучаемых. Хотя большинство специалистов считают, что учебная программа должна опираться на конкретную учебную литературу. Положительный момент – в Латвии существует литература на латышском и на русском языках. Отрицательный момент – несовпадение языка программного обеспечения в аудитории и книгах. Например, в аудитории студенты работают с английской версией Windows и MS Office, а в книге теория Windows и MS Office комментируется версией на латышском языке.

Среди преград, требующих преодоления в ходе процесса обучения – проблемы со здоровьем или финансовые трудности – нередко люди эти преграды воспринимают как непреодолимые, а в реальности оказывается совсем иначе.

Учиться никогда не поздно. Своего рода напутствием прозвучали слова ИКТ специалистов: верьте в собственные силы и не бойтесь постигать новое. Мы живём в условиях расцвета технологий, поэтому чтобы говорить с детьми и внуками на одном языке общения, нужно обладать хотя бы минимумом ИКТ знаний. Участники курсов осознают собственные проблемы, с юмором подходят к их решению и благодарят педагогов за выдержку, толерантность и предоставление новых возможностей.

Приложение 1

Уважаемый преподаватель курсов ИТ для пожилых людей!

Вопросы данного интервью (по желанию респондента) останутся анонимными, а результаты будут использованы только как необходимая информация для написания научного исследования.

Вопрос 1: Как долго существует Ваша организация? Как долго Вы работаете в этой организации?

Вопрос 2: В течение какого времени Ваша организация предлагает пенсионерам повысить уровень собственных знаний?

Вопрос 3: Назовите ежегодное число людей, посещающих курсы. Сколько людей предпенсионного и пенсионного возраста ежегодно посещают курсы Вашего учреждения? (Возможно, известны и данные (в процентах) сколько из них – женщины, сколько – мужчины?)

Вопрос 4: По какому графику осуществляется программа курсов для пенсионеров?

Вопрос 5: Какие курсы предлагается посещать пенсионерам в Вашей организации? Являются ли они платными? Существуют ли какие-либо льготы для людей пенсионного возраста?

Вопрос 6: Сколько раз в неделю проходят занятия для людей пожилого возраста?

Вопрос 7: Какое количество людей посещает курсы в рамках одной группы?

Вопрос 8: Наблюдаете ли Вы за трудностями в преподавании пенсионерам? Назовите, на что следует обращать внимание при работе с ними?

Вопрос 9: Разумеется, при работе в группах этой социальной группы Вы убедились в каких-либо преимуществах. Назовите, почему работа с людьми пожилого возраста доставляет Вам удовольствие?

Вопрос 10: Когда люди пенсионного возраста приходят на курсы, знают ли они, чего хотят добиться? Каковы желания посетителей ИКТ курсов пожилого возраста?

Вопрос 11: Продолжают ли пенсионеры учиться по завершению одной учебной программы?

Вопрос 12: Общаются ли люди пожилого возраста вне занятий на курсах?

Вопрос 13: Достаточно ли внимания обращается на проблему обучения людей пожилого возраста? По Вашему мнению, есть ли необходимость в изменениях какого-либо рода?

Вопрос 14: Существуют ли преграды, мешающие пожилым людям получить необходимые им ИКТ знания?

Вопрос 15: Что Вы можете пожелать пенсионерам, задумавшимся заняться повышением уровня собственного образования?

Особенности и структура семьи, имеющей ребенка с особенностями развития. Системный подход в психотерапии семьи

Березкина О.В., Климова С.В.
Институт Практической Психологии и Психоанализа, г. Москва

В статье кратко представлены основные положения системного подхода в психотерапии семьи. С точки зрения данного подхода рассматриваются особенности и структура семьи, имеющей ребенка с особенностями развития. А именно – фиксация семьи на определенной стадии жизненного цикла семьи, хроническая травматизация, трудности сепарационных процессов, ригидность структуры, больной ребенок как симптом. Представленные особенности иллюстрируются клиническим материалом.

Традиционно проблемы семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматриваются исключительно через призму проблем самого ребенка. Семья не воспринимается как целостная социально-психологическая общность, испытывающая потребность в длительном, тщательно спланированном коррекционном воздействии. Из нее вычленяется ребенок, который в соответствии с потребностями, обусловленными нарушениями в его психофизическом развитии, помещается в особые условия обучения и воспитания, создаваемые в специальных коррекционных образовательных учреждениях. В действительности, таким образом, решается не вся проблема, а только ее часть. В настоящее время все более явной становится проблема необходимости помощи не только ребенку, а семье в целом, предусматривающей не только коррекцию дефекта ребенка, но и социальную адаптацию семьи, в которой он воспитывается. Отсутствие системы помощи больным детям и их родителям через специальное влияние семьи значительно снижает социальную адаптацию и тех, и других. [1]

В отечественной и зарубежной литературе широко представлен анализ отдельных проблем семьи имеющей ребенка с отклонениями в развитии [1]. В настоящей работе мы рассматриваем семью, имеющую

ребенка с особенностями развития, ее особенности и структуру с точки зрения системного подхода в психотерапии семьи.

Говоря об особенностях развития ребенка, мы имеем ввиду патологию, при которой ребенок никогда не сможет вырасти, покинуть семью, жить самостоятельно. Это, например, тяжелые формы ДЦП, средняя и тяжелая степени умственной отсталости и др. Особенно это характерно для нашего общества, где нет возможности проживания таких детей отдельно, хотя бы в течение нескольких дней в неделю. В других странах созданы интернаты или пансионаты, где могут жить дети, а впоследствии, что особенно важно, и взрослые люди с особенностями развития. Родные могут приезжать в гости или брать ребенка к себе на выходные. Т.е. система социальной поддержки таких детей, и, следовательно, их семей развита и простроена достаточно хорошо.

Прежде чем перейти к рассмотрению особенностей и структуры семьи несколько слов о системном подходе в психотерапии семьи.

Концептуальную основу системной семейной психотерапии составила общая теория систем. Базовая идея системной семейной психотерапии заключается в том, что семья — это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом [2]. Следовательно, семья – это социальная система, характеризующаяся определенными связями и отношениями своих членов, проявляющими себя в круговых паттернах взаимодействия, со структурой, иерархией, и распределением ролей и функций.

Семейная система — это открытая система, она находится в постоянном взаимообмене с окружающей средой; это «живой организм, напоминающий скорее пламя, чем кристалл» [2]. Семейная система – это самоорганизующаяся система, то есть поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой [2]. Исходя из этого, понятно, что люди, составляющие семью, поступают, так или иначе, под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов. Система первична по отношению к входящему в нее элементу. Таким образом, объектом психотерапевтического воздействия в данном подходе является вся семейная система целиком, а не отдельный человек, элемент этой системы.

Жизнь семейной системы подчиняется двум законам: закону гомеостаза и закону развития.

Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, к стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый данный момент времени своего существования стремится сохранить *status quo*. Нарушение этого статуса всегда болезненно для всех членов семьи, несмотря на то, что события могут быть и радостными, и долгожданными, например, рождение ребенка, распад мучительного брака и т.п. Закон постоянства обладает огромной силой. Одновременно действует **закон развития**: всякая семейная система стремится пройти полный жизненный цикл [3].

Жизненный цикл семьи включает в себя определенные стадии развития семьи, которые широко описаны в литературе, в частности Варгой А.Я. [3]. Коротко назовем стадии: монада, диада (супружество), триада (появление первого ребенка), появление второго ребенка, школьные годы детей (первая сепарация ребенка), подростковый возраст детей, стадия опустевшего гнезда (уход детей из дома, т.е. возвращение к диаде), снова монада (после смерти одного из супругов). Таким образом, жизненный цикл семьи завершается.

Ключевым аспектом стадий жизненного цикла является изменение функций, требуемых от семьи и ее членов с течением времени. То есть в каждый период времени семья по отношению к своим членам несет определенные функции.

Также Варга А.Я. [3] выделяет шесть информативных параметров, с помощью которых может быть описана семейная система: особенности взаимоотношений членов семьи; гласные и негласные правила жизни в семье; семейные мифы; семейные границы; стабилизаторы семейной системы; история становления семьи.

Теперь, рассмотрев основные положения системной семейной психотерапии, вернемся к проблеме семьи, имеющей ребенка с особенностями развития. Что же на наш взгляд происходит с семьей, в которой рождается такой ребенок?

1. Наличие такого ребенка в семье фиксирует семью на определенной стадии ее развития, и делает невозможным прохождение всех обычных стадий жизненного цикла семьи. У семьи всегда на руках «грудной» ребенок. Таким образом, семья фиксируется на стадии триады.

Из этого следует:

- нереализованность личных планов у матерей – женщина становится практически только матерью, другие социальные роли сильно урезаны (жена, подруга) или отсутствуют вовсе (такие как, коллега, профессионал);

- трудности сепарационных процессов идущих в семье, а путь развития ребенка – это путь постепенной сепарации. В каждом возрасте и на каждом жизненном этапе.

2. Семья находится в ситуации хронической травмы. На наш взгляд это связано со следующими причинами:

- отсутствие у нас простроенной системы ранней помощи таким родителям. Родители, семья оказываются один на один с острой психологической травмой, которая возникает у них при постановке ребенку диагноза и понимания его значения.

При этом зачастую вначале, родители скрывают заболевание ребенка от других родственников, что лишает их возможности разделить свои переживания с другими людьми;

- общество отвергает инвалидов и с этим семья сталкивается сразу же в родильном доме, когда врачи предлагают оставить ребенка, и далее если семья забирает ребенка везде: поликлиника – где так же либо предлагают оставить ребенка, либо ответом на тревоги матери, может быть фраза «ну, что же Вы хотите мамочка, ребенок-то болен, зачем Вам это…»;

детская площадка – где родители здоровых детей пытаются забрать своих детей при появлении ребенка с особенностями;

родственники – пытающиеся по-разному объяснить причины появления больного ребенка в семье и по-разному реагирующие на этот факт;

и общее негативное восприятие окружающих (например, «такие дети бывают только у алкоголиков и наркоманов»);

- у ребенка и у семьи нет простроенного будущего (где учиться, где получать помощь и какую, как и где общаться и пр.).

Таким образом, происходит постоянная ретравматизация. И как мы уже сказали выше все это способствует тому, что острая травма, возникающая при постановке диагноза переходит в хроническую. Это, в свою очередь, приводит к аутизации семьи.

Из этого следуют *трудности сепарационных процессов, которые идут, но идут искаженно и никогда не могут быть завершены,* так как ребенок никогда не сможет стать самостоятельным, и не покинет семью. Это является основной особенностью такой семьи. *Структура становится ригидной.*

Итак, мы приходим к следующему пункту.

3. Рассмотрим особенности структуры такой семьи.

Согласно Сальвадору Минухину [4, 5] структура семьи – это социальная организация семейного организма. В структуре семьи выделяют 3 ключевые подсистемы – супружескую, родительскую и

сиблинговую (детскую), благодаря которым семья выполняет свои функции. Структура семьи должна соответствовать имеющимся потребностям каждого члена семьи в данное время и в данных условиях. Если структура не удовлетворяет потребностей каждого члена семьи, она дисфункциональна. Для выполнения определенной задачи члены семьи объединяются в коалиции. В функциональных семьях эти коалиции непостоянны и зависят от конкретной ситуации. Т.е. система обладает гибкостью. Также известно, что устойчивая вертикальная коалиция – дисфункциональна, а горизонтальная – функциональна. Устойчивая коалиция – та, в которой двое сознательно или бессознательно объединяются против третьего. Функциональные коалиции — это супружеская подсистема и детская подсистема. Дисфункциональные коалиции, указывающие на наличие проблем в семье, — это, например, подсистема мамы и детей, с одной стороны, и папы — с другой. Или мама с одним ребенком против папы с другим ребенком. Семейные коалиции указывают на структуру и иерархию в семье, а также на семейную проблему. Коалиции — центральное понятие структурного подхода в системной семейной психотерапии [4].

Классическая структура семьи, имеющей ребенка с особенностями развития – это симбиотические отношения мамы с ребенком и переферический отец. Это всегда семья с вертикальной коалицией (мама-ребенок) и плохо проницаемыми (жесткими) внешними границами (ранее мы говорили об аутизации семьи).

Ребенок становится системным симптомом и нередко используется системой, например, для контроля отношений между супругами, старшим поколением, сиблингами.

Если пронаблюдать взаимодействие такой семьи с расширенной (родительской) семьей, то можно сказать следующее. На наш взгляд, симбиотические отношения в поколениях усиливаются, т.к. женщина зависима от помощи окружающих. При отсутствии сепарации женщины с собственными родителями, симбиотическая зависимость усиливается, муж часто исчезает, а ребенок используется для удержания матери, ей не дают возможности учиться, работать, устраивать личную жизнь и т.д. Если супруги остаются вместе, то ребенок служит стабилизатором семейной системы, но дистанция между супругами увеличивается. Родительские роли становятся более значимыми, чем супружеские, т.к. такой ребенок требует больших усилий по его выкармливанию, выхаживанию, выращиванию.

Рождение больного ребенка повышает статус матери и понижает отца. Мать становится экспертом, ее материнство никогда

не кончится. Роль отца менее значима (мать в любом случае является большим экспертом), а супружеские роли минимизированы.

Жизнь семьи часто строится исходя из потребностей ребенка. Таким образом, можно сказать, что больной ребенок организует всю жизнь семейной системы. Ребенок имеет самый высокий статус, каждый родитель имеет свой уникальный статус, который часто очень амбивалентный – с одной стороны высокий с другой низкий.

Рассмотрим случай из практики, на котором можно проследить все те особенности, о которых говорили выше.

За помощью обратилась женщина, 36 лет (назовем ее Наталья), с жалобами на замкнутость, страх и трудности выходить в свет, связанные с общением с прежними друзьями, другими людьми.

Наталья имеет мужа, 36 лет, дочь 17 лет, и сына, 8 лет. У сына тяжелая форма эпилепсии, серийные приступы, вторичная умственная отсталость в степени имбецильности. *То есть ребенок никогда не сможет жить самостоятельно.*

Первые годы жизни у ребенка были тяжелые серийные приступы, вследствие которых мама с сыном часто находились в реанимации. Не удавалось подобрать терапию, делали очень много, но приступы все время повторялись. Это время, проведенное в реанимации, спровоцировало сужение общения с друзьями, знакомыми, коллегами по работе. При этом то общение, которое оставалось, воспринималось по-разному. Было тяжело и не хотелось говорить о болезни ребенка, а разговоры на другие темы были неинтересны. *Таким образом, здесь мы видим переживание травмы и начало аутизации семьи.*

До появления ребенка женщина делала очень успешную карьеру, являлась основным добытчиком в семье, имела очень обширный круг знакомых и друзей, вела активный образ жизни. Вместе с мужем часто ходили в разные места отдыха, к друзьям. На момент обращения женщина замкнута на ребенке, все годы после появления ребенка не работает, испытывает сильную неудовлетворенность по этому поводу, хотела бы выйти хоть на какую-нибудь работу, чем-то заниматься, общаться с людьми. Общения со знакомыми старается избегать, т.к. чувствует не совпадение интересов, считает обсуждаемые ими проблемы не проблемами, говорит о переоценке ценностей и о том, что проблемы ребенка это проблемы, а все остальное так… Проводить время вдвоем с мужем также не удается, они практически перестали ходить куда-либо вдвоем, общение дома сводится к заботе о ребенке. Муж, со своей стороны, недоволен тем, что жена не уделяет ему времени, критикует жену за внешний вид и пр. В

претензиях мужа Наталья видит непонимание и отсутствие поддержки со стороны супруга, что, в свою очередь, вызывает у нее негативные эмоции по отношению к супругу. *Здесь мы наблюдаем нереализованность личных планов и потребностей женщины (профессиональных, супружеских, потребности в общении, активном образе жизни); неудовлетворенность обоих супругов супружескими отношениями; аутизацию семьи. В общении супругов преобладают родительские роли, супружеские отношения минимизированы.*

Активное лечение сына не дает желаемых результатов. Несмотря на то, что по сравнению с первыми годами жизни ситуация улучшилась и для выведения из приступов нет необходимости ехать в больницу, серийные приступы продолжаются. Ребенок сильно отстает в развитии, и даже то, что как-то удается наработать, утрачивается после очередной серии приступов. Родителям сказали о необучаемости ребенка, прогнозы различных специалистов пессимистичны. Каждый разговор со специалистами тяжело переживается, «выбивает из колеи» на несколько дней. *Здесь можно наблюдать постоянную ретравматизцю и то, что травма перешла в хроническую.*

Наталья постоянно находится с сыном, основным добытчиком в настоящий момент является муж. Женщина говорит о том, что близкие боятся оставаться с ребенком, особенно муж, несмотря на то, что очень привязан к сыну, много занимается с ним. Это связано с тем, что приступ может начаться в любой момент, и справится с ним, может **только она**. Она, со своей стороны, хотела бы, чтобы кто-то мог это делать, но доверить ребенка страшно. *Здесь мы наблюдаем очень высокий статус матери.*

Муж полностью обеспечивает семью, все необходимые покупки делает сам (вплоть до парфюма жены), за деньги, которые дает жене, требует отчета. Муж постоянно звонит жене, где бы она не находилась с ребенком или без него. Постоянные звонки объясняются тревогой за сына. Муж подробно спрашивает, где они находятся, что делают, когда поедут домой. Жена хотела бы нанять няню, хотя бы на несколько часов в неделю, чтобы иметь возможность выйти из дома одной или заниматься чем-то. Муж не согласен, мотивируя это тем, что доверить своего ребенка он не может никому. *Здесь мы наблюдаем, как ребенок используется мужем для контроля супруги.*

Жена также контролирует мужа, используя для этого ребенка. Если муж задерживается на работе, или около подъезда, уже приехав, домой, жена звонит мужу и говорит о том, что ребенок его ждет.

Системной гипотезой в данной работе являлось следующее: *Неспособность близких людей и мужа оставаться с ребенком позволяет Наталье сохранять высокий статус матери и дает возможность не выходить во внешний мир, в котором она испытывает трудности.*

Работа была направлена на укрепление супружеской подсистемы и расширение репертуара ролей Натальи (она может быть не только матерью).

В процессе работы муж стал оставаться с ребенком, «отпускать» жену на дачу, в магазины. Бабушки и старшая сестра также стали оставаться с ребенком, супруги ходили вместе на вечеринку, в кино, кафе, по магазинам. В результате работы эмоциональный климат семьи улучшился, муж стал проявлять больше заботы по отношению к супруге, Наталья чувствует поддержку со стороны мужа, супруги с удовольствием проводят время вместе. Наталья увлеклась дизайном фотографии, выращиванием цветов на даче.

Таким образом, одними из необходимых направлений работы с такой семьей являются – сепарация матери от ребенка (обучение матери навыкам общения с таким ребенком, расширение репертуара ее ролей – она может быть не только матерью) и укрепление супружеской подсистемы. Это необходимо, т.к. сепарация ребенка в той степени, в которой она возможна, возможна только при параллельной сепарации матери.

Литература

1. Ткачева В.В. «Психологическое изучение семей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии» М.: УМК «Психология», 2004.

2. Черников А.В. «Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики». М.: Независимая фирма «Класс», 2001.

3. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Сб. Основные направления современной психотерапии. М.: «Когито-центр», 2000.

4. Минухин С., Фишман Ч. «Техники семейной терапии». М.: Независимая фирма «Класс», 1998.

5. Браун Дж., Кристенсен Д. «Теория и практика семейной психотерапии», СПб.: «Питер», 2001.

Образ родителей в сознании детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья как фактор социально-психологической реабилитации

Букина Ж.Ж.

Российский Государственный Педагогический Университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург

Одной из наиболее актуальных социальных проблем для современной России остается вопрос о социально-психологической реабилитации детей-сирот с ограниченными возможностями здоровья. Несомненно, существуют положительные устойчивые тенденции, связанные с развитием социального сектора государственной политики, в том числе особая значимость принятых программ и проектов, направленных на поддержку семьи и детства. Однако проблема социального сиротства во многом остается нерешенной, что приводит к проблемам социализации выпускников коррекционных школ-интернатов и детских домов [3; 12; 14; 15; 19; 20;].

Реабилитация лиц с ограниченными возможностями — одна из наиболее важных и трудных задач современных программ социальной помощи и социального обслуживания, представляющих собой комплексную систему государственных, медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических, производственных, бытовых и других мероприятий [8]. Целью реабилитации должно быть не только сглаживание нежелательных личностных проявлений детей, но и выработка у них качеств, помогающих оптимально приспособиться к окружающей среде [9].

Неуклонный рост числа детей с нарушениями в развитии, увеличение внимания к их проблемам — независимо от физических, интеллектуальных способностей, предопределяет важность реабилитационной деятельности, предполагающей взаимодействие общества, семьи, родителей и самого ребенка с нарушением в развитии.

Статистика свидетельствует, что по числу детей-сирот, приходящихся на каждые 10 тысяч детского населения (а по данным Государственного комитета России по статистике в РФ сейчас проживает 40 мл. детей), Россия занимает первое место в мире [12]. Ежегодно тысячи социально дезадаптированных детей – сирот с ограниченными возможностями здоровья выходят во взрослый мир, не умея в нем жить и справляться с разнообразными проблемами, а часто и не имея желания решать эти проблемы самостоятельно.

Очевидно, что в зоне особого риска находятся подростки и юноши с нарушениями в развитии, ибо они испытывают сопутствующие сложности в процессе социогенеза, содержанием которого является переход от детства к взрослости и итогом которого становится определение человеком своего собственного смысла жизни, планов на жизнь, жизненных принципов. В частности, в диссертационном исследовании Н.В. Москоленко, приводятся следующие катамнестические данные: за 10 лет из 150 выпускников школы-интерната VII вида вступили в брачные отношения 15 человек, из которых лишь 6 оформили брак официально. За это время у них родились 5 детей, один из которых оставлен матерью в роддоме [14]. Большинство отечественных и зарубежных исследователей полагают, что зачастую не учитывается тот факт, что помимо неблагополучной жизненной ситуации существует и незрелая внутренняя жизненная позиция ребенка, отражающая его отношение к этой ситуации. [6; 17; 10; 1; 2].

Одним из факторов, провоцирующих социальную дезадаптацию детей - сирот, являются ограниченные возможности в формировании ролевых представлений и образов. Формирование ролевых образов и представлений происходят в процессе непосредственного восприятия индивидом носителя социальной роли и общения с ним. Образ как результат межличностного восприятия выполняет не только осведомительную, но и регулятивную функцию [5]. Так, вне семьи невозможно обретение адекватных представление о «семейных», социальных ролях: «мать», «отец», «жена», «муж», образцами для которого служат родители. Ранее приобретенный опыт в родительских семьях приводит к формированию у детей-сирот негативного или идеализированного образа семьи [20], родителей [5; 18], матери [4; 11], отца [7; 13], взрослого [16].

В современных тенденциях психологической науки и реалиях практики понятие «образ родителей» остается еще недостаточно разработанным и обоснованным теоретически. Очевидно, что образ родителей занимает доминантное место в сознании ребенка – сироты с ограниченными возможностями здоровья и может выступать основой для социально-психологической реабилитации, регулирования активности и прогнозирования перспективы будущего. Актуальным остается запрос на разработку и научное обоснование методических приемов исследования и формирования образа родителей в сознании детей-сирот как фактора успешной социально-психологической реабилитации. От того, насколько образ родителей является личностно значимым, какова мера его принятия ребенком,

насколько полно он представлен в общей структуре его сознания, зависит дальнейший процесс создания собственной семьи и социализации в целом.

Литература

1. Абульханова – Славская К.А. Стратегии жизни. М.,1991. – 299 с.

2. Березина Т.Н. Исследование внутреннего мира человека методом анализа характеристик мысли и образа. Психологический журнал. 1999. № 5. 26-37 с.

3. Бобылева И.А. Педагогические условия постинтернальной адаптации выпускников образовательных учреждений для детей – сирот и детей, лишенных родительского попечения. Дис. канд. пед. наук. В., 2000. – 188 с.

4. Валеева Е.Х. Психологические особенности отношения девушки к себе как у будущей матери. Дис. канд. психол. наук. СПб., 2009. – 20 с.

5. Васильченко Н.А. Особенности агрессивности и образа родителей у подростков. Дис. канд. психол. наук. Краснодар., 2005. – 162 с.

6. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 4. М., 1984. – 432 с.

7. Калина О. Г. Влияние образа отца на эмоциональное благополучие и полоролевую идентичность подростков. Дис. канд. психол. наук. М., 2007. – 25 с.

8. Кантор В.З. Социализация инвалидов: социально – реабилитационный аспект // Социально – психологические проблемы образования и реабилитации инвалидов. Материалы научно – практической конференции. СПб., 2007. – 5 с.

9. Кантор В.З. Педагогическая реабилитация и стиль жизни слепых и слабовидящих. – СПб., 2004.

10. Леонтьев А.Н. Образ мира // Избранные психологические произведения. М., 1983. – 251-261 с.

11. Леус Т.В. Представление о себе как о матери до и после родов. Дис. канд. психол. наук. М., 2001. – 203 с.

12. Махортова Г.Х. К проблеме жизнеустройства детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: международная практика и исследования // Психологическая наука и образование. 2009. № 4. 2-6 с.

13. Мацук М.А. Изменения представлений об отце в возрастном диапазоне от дошкольного возраста до молодости. Дис. канд. психол. наук. М., 2008. – 202 с.

14. Москоленко Н.В. Подготовка учащихся старших классов специальной (коррекционной) школы-интерната к самостоятельной жизни. Дис. канд. пед. наук. М., 2001. – 75 с.

15. Прихожан А. М. Толстых Н.Н. Психология сиротства. Спб., 2007. – 416 с.

16. Романовский Н.В. Представления о взрослом у детей – сирот, воспитывающихся в детском доме. // Психологическая наука и образование. 2009. №5. 58-64 с.

17. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. // Проблемы общей психологии. М., 1974. – 255-385 с.

18. Соловьева А.А. Роль образа родителей в социализации детей, воспитывающихся вне семьи. // Психологические проблемы современной российской семьи. Материалы научно – практической конференции. М., 2005. – 560 с.

19. Семья Г.В. Основы психологической защищенности детей, оставшихся без попечения родителей. Дис. д-ра психол. наук. М., 2004. – 350 с.

20. Шубина А.С. Образ семьи в картине мира детей, оставшихся без попечения родителей. Дис. канд. психол. наук. В., 2009. – 157 с.

Особенности психологической реабилитации на ранних этапах восстановления сознания у подростков после тяжелой черепно-мозговой травмы

Быкова В.И., Львова Е.А.

НИИ детской неотложной хирургии и травматологии, г. Москва

Событие тяжелой или средне-тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) разрушает телесную, личностную и психологическую целостность, как взрослого, так и ребенка. Врачи пытаются вернуть болеющему человеку телесную целостность, сохранить и восстановить витальные функции, в то время как психологи работают на восстановление целостности личностной, эмоциональной и

психической. Б.С. Братусь [1] пишет: «Врачебная практика предполагает субъект-объектный подход, где объектом… воздействия выступает болезнь. При психологическом подходе превалируют субъект-субъектные отношения». Совместно оба эти подхода стремятся воссоздать общую целостность, которая делегируется пациенту, и интериоризируется им в процессе восстановления.

Чем раньше начинает осуществляться реабилитация у тяжелых пациентов, уже на этапах сниженного сознания, тем эффективнее и качественнее проходит процесс восстановления. Комплекс реабилитационных мероприятий в интердисциплинарной команде, создающих целостность человека, включает в себя работу нейрохирурга, ЛФК, массаж, физиотерапию, логопедию, нейропсихологическую и психологическую составляющую.

Родители ребенка в интердисциплинарной команде являются неотъемлемыми участниками процесса. Они могут, как способствовать восстановлению, так и тормозить его. Поэтому психологическими мишенями являются работа с детьми и обязательное психологическое сопровождение родителей.

1. Информационно-психологическое сопровождение: встраивание родителей в контекст болезни на каждом этапе восстановления ребенка.
2. Формирование у родителей позиции принятия ребенка «инаковым-другим» после перенесенной травмы.
3. Выстраивание целей, формирование адекватных ожиданий и постановка правильных задач восстановления.
4. Нахождение внутренних ресурсов для проживания психологически сложной и долгой ситуации восстановления ребенка.
5. Психологическая работа с ПТСР и длительным стрессом.
6. Оказание персональной психологической помощи (при запросе от самих родителей).

Психологическая помощь ребенку после ТЧМТ в сильно измененном состоянии сознания, по нашему мнению, вслед за О.А. Максаковой [5], должна начинаться по возможности уже на этапе реанимации при стабилизации витальных функций.

Отсутствие речевой продукции в бессознательных состояниях (вегетативное состояние, акинетический и гиперкинетический мутизм) диктует применение методов, позволяющих использовать для контакта с пациентом язык тела. Это методы Телесно-ориентированной терапии, предложенные В. Райхом [8], и методы Процессуально-ориентированного подхода А. Минделла [3]. При возникновении речевого контакта возможно использование техник

Интегративно-соматического подхода П.Левина и Р. Селвана [6, 7], направленных на работу с шоковыми травмами через память тела и «запускание» компенсаторных, здоровых процессов в нем, но не через анализ сознания.

Таким образом, выбор методов психологической работы определен нозологией, при которой нарушается личностная структура и сознание, как таковое. Цель психологической реабилитации восстановление сознания, насколько это позволяет нарушенный субстрат и компенсаторные возможности.

Основной акцент в психологической работе мы делаем на процессуально-ориентированном подходе. Именно данный подход позволяет быть, находиться в неизвестном, закрытом пространстве болеющего ребенка в сильно измененном состоянии сознания (ИСС), т.е. оставаться с ним отношениях равности, а не наблюдателя или стороннего участника.

Так, например, метод амплификации (усиления) любого малого, незначительного, «гомеопатического» телесного или звукового сигнала от ребенка позволяет выявить внутренние интенции и стремления ребенка в ИСС, а теория поля, предложенная А. Минделлом [4] для психологической работы, помогает почувствовать и понять, что происходит сейчас в его внутреннем мире.

Психологическая работа с детьми в измененных состояниях сознания (ИСС) возможна только при глубоком психологическом контакте (fool-contact), который выстраивается через дыхательные движения пациента и прикосновения. В данном контакте значимы любые малые движения от всего тела ребенка. Такую работу лучше проводить с ко-терапевтом.

Очевидна необходимость обязательного психологического сопровождения родителей детей после ТЧМТ, начиная уже с этапа реанимации. Само по себе участие родителей – их включенность, правильное понимание реабилитационного процесса, адекватные ожидания – является важным фактором восстановительного процесса у детей после ТЧМТ.

Опыт психологической работы с детьми - подростками в сильно измененных состояниях сознания после ТЧМТ позволил нам сделать предположение о существовании некоторых общих особенностей психического восстановления:

1. В сильно измененных состояниях сознания (вегетативное состояние, акинетический и гиперкинетический мутизм и пр.), в условиях уменьшения сознательного контроля и взаимодействия с окружающим миром, происходит **актуализация преморбидных**

особенностей (характера, темперамента, психологических травм развития и т.д.). Преморбидные (бессознательные) черты носят более выраженный характер, чем до травмы (по описанию родителей), более **акцентуированы.**

2. У всех пациентов после ТЧМТ отмечается **регресс психологического возраста**. Чем тяжелее травма, тем глубже происходит регресс.

3. Степень нарушения сознания можно выразить в терминах уменьшения контакта с окружающим миром. **Восстановление контакта** болеющего ребенка с другими начинается только **с одного значимого взрослого** с последующим постепенным расширением по времени и по числу участников контакта**.**

4. Дети могут давать ответы на простые вопросы, непривычным, **не стандартным способом** (например, пальцем здоровой руки, движением стопы или изменением ритма и объема дыхательных движений и пр.). Задача психолога – расшифровать, правильно интерпретировать полученные сигналы, перевести их на язык родителей.

5. **Дети подросткового возраста при выходе из ИСС проходят стадию спутанности сознания и двигательного беспокойства. За любым движением в двигательной карте ребенка стоит психологический смысл**, который может быть не связан с актуальной ситуацией болезни.

Психологическая работа проводилась с 5-ю семьями подростков от 12-ти до 17-ти лет, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму и госпитализированных в НИИ НДХ и Т на 1-2 сутки после травмы. Занятия с детьми были начаты на 9-25 сутки при полном восстановлении витальных функций на этапах вегетативного состояния и минимального состояния сознания, Всего проводилось от 3-х до 5-ти занятий в неделю. Курс психологической реабилитации составлял от 20 до 34 занятий в зависимости от этапа начала занятий и длительности госпитализации ребенка. Время сеансов составляло примерно 20-25 минут.

Таким образом, наш опыт психологической реабилитации подростков после ТЧМТ позволил сделать предположение о существовании некоторых общих особенностях их психического восстановления, а также определить необходимость и степень участия психолога уже на стадиях сильно измененных состояний сознания в остром периоде после ТЧМТ.

Литература

1. Братусь Б.С. От гуманитарной парадигмы в психологии к парадигме эсхатологической. Психология и новые идеалы научности (материалы «круглого стола»), Вопросы философии, - М, 1993, №5, с. 3 – 43.

2. Братусь Б. С. Аномалии личности.- М.: Мысль, 1988. – 301 с.

3. Минделл А. Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом. Пер. с англ. В. Самойлова – М.: АСТ и др., 2005. – 284 с.

4. Минделл А., Минделл Э. Вскачь, задом наперед: Процессуальная работа в теории и практике, Пер. с англ. Л. Масловой и В. Самойлова. — М., АСТ и др., 2005. – 233 с.

5. Максакова О.А. Сборник статей с международной конференции. Восстановление сознания и психической деятельности после травмы мозга: мультидисциплинарный подход, - М., 2008.

6. Телесная психотерапия. Бодидинамика; Ред.- сост. В.Б.Березкина-Орлова. - М.:АСТ: АСТ МОСКВА, 2010. – 409 с.

7. Левин П., Фредерик Э. Пробуждение тигра. Исцеление травмы. - М.: АСТ, 2007. – 316 с.

8. Райх В. Посмотри на себя, - М., Издательская компания «мир Гештальта», 1997. – 109 с.

Нейропсихологический подход к формированию социально-бытовых навыков у подростков с ограниченными возможностями здоровья

Власова Р.М.

РООИ ДКДМЦ «Здоровье человека», г. Москва

Теоретическое введение: нейроспихология – отрасль психологии, изучающая мозговую организацию психических процессов, закономерностей их развития и нарушения. В результате нейропсихологической диагностики можно выявить специфику нарушения высших психических функций (ВПФ), определить мозговой механизм повреждения или несформированности ВПФ, описать структуру этого нарушения, выделив первичные, вторичные и третичные симптомы. После нейропсихологической диагностики можно построить индивидуальную коррекционную программу, ориентированную не на симптомы, а на механизм их возникновения.

На данный момент программы нейропсихологической коррекции ВПФ ориентированы на детей дошкольного и младшего школьного возраста, и их основной задачей является стабилизация общего психического тонуса ребенка [2] и формирование таких ВПФ, как речь, гнозис, память, внимание [1]. Эффективность же нейропсихологической коррекции в работе с подростками ставится под вопрос и даже осуждается в профессиональном сообществе. Программы, разработанные для дошкольников и младших школьников, подростку уже не подходят по своему содержанию, они, как правило, уже освоили числовой ряд, умеют читать, писать и рисовать, но все-таки встречаются с разнообразными трудностями в повседневной жизни, не могут самостоятельно запомнить маршрут до школы, расплачиваться в магазине и т.д. В нашей работе мы применяем нейропсихологический подход в диагностике особенностей познавательной сферы подростка, вызывающих его социальную дезадаптацию и построению программы формирования социально-бытовых навыков, ориентируясь при этом на принципы коррекции, сформулированные еще в клинике локальных поражений мозга[3], такие как:

1) Опора на индивидуально-личностные особенности подростка: особенности его эмоционально-волевой сферы, характера, самооценки. В этот же принцип входит обязательное формирование мотивации на занятия с нейропсихологом.

2) Опора на сохранные, доступные формы деятельности: необходимо начинать работать над задачами, поставленными в коррекции с уровня доступного ребенку. Например, не сразу просить сосчитать сдачу, а для начала сортировать монеты по возрастанию.

3) Опора на предметную деятельность и ее организацию: главный принцип отечественной психологической школы заключается в том, что психика формируется и реализуется в деятельности. Поэтому и их коррекция и формирование должны опираться на предметную деятельность подростка, а не содержать задания никак не связанные с его жизнью и интересами.

4) Принцип программированного обучения: коррекционная программа не должна представлять собой ряд заданий, направленных на тренировку навыка, это индивидуально выстроенный поэтапный план формирования навыка или развития функции, ориентированный не на симптом, а на механизм дефекта. Формирование проходит от развернутых внешних операций через постепенное сворачивание к автоматизированному умственному действию, от выполнения простых задач к более сложным.

5) Принцип ведущей деятельности: если в дошкольном возрасте – это игра, то в подростковом эмоционально-личностное общение со сверстниками. В таком случае, возможность занятий в группе или неформальное общение с нейропсихологом могут способствовать раскрытию адаптационных ресурсов подростка.

6) Крайне важен эмоциональный контакт с подростком: положительное эмоциональное отношение к содержанию занятий и к нейропсихологу повышают работоспособность.

Анализ единичного случая – М., пол: женский, 14,5 лет.

Запрос: боится выходить на улицу одна, не ориентируется в пространстве, не разбирается в денежной системе, стесняется и боится сверстников, раздражительна, скандалит с родителями.

Анамнез: ДЦП, эпилепсия со сложными генерализованными приступами раз в месяц с 4 лет.

Методы: В начале коррекционной работы было проведено нейропсихологическое тестирование с использованием батареи тестов, в которую вошли: динамический праксис, реципрокная координация, графическая проба, реакция выбора, ассоциативные ряды, исключение предметов, слухоречевая память, перечеркнутые и незаконченные рисунки, пробы Хэда, рисунок трехмерного объекта, зрительно-пространственная память.

Результаты диагностики: на фоне грубого нарушения нейродинамического компонента деятельности в виде инертности и импульсивности наблюдается сужение объема памяти по модально-неспецифическому типу и грубая дефицитарность зрительного и зрительно-пространственного гнозиса и квазипространственных функций. Последние являются причиной социальной дезадаптации, потому что лежат в основе трудностей ориентировки на местности, различения денежных знаков, проведению счетных операций.

Программа коррекции: программа была рассчитана на 8 занятий, проходивших один раз в неделю в **РООИ ДКДМЦ «Здоровье человека».** Программа строилась с учетом нарушения восприятия, зрительно-пространтсвенных и квазипространственных функций, поэтому отдельное внимание было уделено различению денежных знаков и построению возрастающего по стоимости ряда из монет и купюр.

	Содержание занятия	Особенности поведения	Домашнее задание
	Мотивация на занятия. Разговор о том. Зачем надо научиться считать деньги. Какие новые возможности перед ней откроются. Рассказ о денежной системе, показ купюр и монет.	Не знает про рубли и копейки, не знает про состав рубля. Говорит, что все равно считать деньги не научится, но хотела бы попробовать.	Купить красивый кошелек. Собрать набор из монет и купюр (100 руб, 2 по 50 руб. 10 по 10 рублей, 4 по 5 рублей, 5 по 2 рубля, 10 по 1 рублю, 2 по 50 коп, 10 по 10 коп, 4 по 5 коп, 10 по 1 коп.)
	Сортировка 10 копеек и 10 рублей, 5 копеек и 5 рублей с целью научиться их различать	Путает 10 руб. и 10 коп и т.д.	Завести два кошелька, один для рублей, другой для копеек. Корректурная пробы: обводить только 5, только 10 руб. среди прочих и т.д.
	Понятия больше, меньше. Сортировка монет по их стоимости в заранее заготовленные ячейки по возрастанию.	Справляется с задачей. Нравится раскладывать, наводить порядок. Встречаются единичные ошибки невнимания и зрительного гнозиса, после наводящих вопросов исправляется.	Сортировка монет по возрастанию.
	Сортировка монет и купюр по ячейкам,	Справляется с заданием с помощью	Задачи на бланке (собрать

	составление суммы одной монеты или купюры более мелкими, например, собрать 1 рубль 3 способами.	психолога. Основной принцип понимает.	определенную сумму несколькими способами).
	Собрать сумму круглую (только в руб) и с копейками. Поход в магазин за хлебом.	В магазине сильно нервничает, боится, что на кассе надолго задержится и люди буду недовольны. Поэтому сумму достаем и отсчитываем вместе заранее.	Собрать определенную сумму денег (бланк с заданиями). Ходить в магазин за хлебом.
	Посчитать суммарную стоимость покупки и собрать эту сумму (поход в магазин)	Учимся складывать цены в столбик и с помощью калькулятора. В магазине используем калькулятор, покупаем хлеб и печенье.	Ходить в магазин, высчитывать суммарную стоимость покупок (задачи на бланке), затем собирать эту сумму.
	Считаем сдачу. Посчитать сдачу в магазине: дать больше и забрать разницу.	Учимся считать сдачу, идем в магазин. Нервничает уже гораздо меньше, радуется, что все получилось, но все еще нуждается в поддерживающей помощи психолога.	Ходить в магазин за хлебом, ни в коем случае не торопить.. Вычислять сдачу (задачи на бланке).
	Посчитать сдачу (поход в магазин).	Психолог только сопровождает, хлеб куплен, сдача получена.	Сделать покупку хлеба почетной обязанностью девушки.

Результаты: Девочка самостоятельно ходит в магазин, хотя из-за трудностей сосредоточения внимания ошибается в счете до сих пор. Уровень социальной тревожности снизился, появилась уверенность в

себе и своих силах. Значительно меньше раздражается. Подражает в одежде и поведении психологу, думает о выборе профессии.

Заключение: Зачастую считается, что нейропсихологическая коррекция с детьми подросткового возраста не просто невозможна, но и нежелательна. Однако данный случай показывает, что применение принципов нейропсихологического анализа может быть крайне полезен не только в области формирования и коррекции ВПФ, но и в области освоения социально-бытовых навыков, поскольку позволяет вскрыть механизм, препятствующий их усвоению и строить программу реабилитации, ориентируясь на него.

Литература

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. «Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход» - СПб.: Питер, 2008.

2. Семенович А.В. «Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте» - М.: Академия, 2002.

3. Цветкова Л.С. «Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга» - М.: МГУ, 1972.

Факторы, оказывающие влияние на социализацию подростков с эпилепсией

Григорьева И.А.
МГППУ, г. Москва

Стоит отметить, что проблема качества жизни подростков с эпилепсией является многофакторной. Каждый специалист, занимающийся проблемой эпилепсии, превозносит ту группу факторов, которая непосредственно относится к его профессиональной деятельности, при этом умаляя значимость остальных групп факторов, делая акцент лишь на одном аспекте. Автор постаралась заострить внимание на комплексности и многофакторности данной проблемы.

Факторы, влияющие на качество жизни подростков с эпилепсией и успешность социализации можно разделить на следующие группы.

• медицинские показатели

(Вид эпилепсии, резистентность или ремиссия, длительность болезни, влияние препарата на личностное развитие).

• психосоциальные факторы

(Психологические и социальные факторы настолько взаимосвязаны, что автор рассматривает их как единую группу факторов: детско-родительские и родственные отношения, интроверсия-экстраверсия, особенности характера, уровень устойчивости НС, самооценка и самопринятие, уровень интеллекта, возраст; отношение сверстников к человеку с диагнозом эпилепсии в социуме, отношение педагогов к подростку с эпилепсией, наличие референтной группы, приспособленность среды).

Поскольку данную проблему в первую очередь начинали исследовать врачи-неврологи, занимающиеся вопросами эпилепсии, то в отечественной и зарубежной науке изначально уделялось внимание медицинским факторам. Из общей совокупности всех медицинских факторов особое внимание исследователи уделяли влиянию конкретного противоэпилептического препарата и расположению очага эпилепсии. По мнению консультанта автора по данной проблеме, врача-невролога В. О. Генералова, существует непосредственная взаимосвязь между коммуникативной сферой человека и принимаемым им препаратом, между когнитивной сферой и расположением эпилептического очага. Отмечено так же, что отношение подростка, болеющего эпилепсией к приему лекарств тоже играет определенную роль в формировании стигматизации.

Cramer J. A. считал, что правильно подобранная лекарственная терапия и последующая ремиссия непосредственно влияет на качество жизни больного и на успешность его социализации [6]. Психологические факторы изучены гораздо меньше, однако нельзя умалять их роль в становлении личности, успешности ее социализации и адаптации в обществе.

Рассмотрим психосоциальные факторы. Доказано, что у 90% подростков с эпилепсией нет необходимости в ограничении школьной нагрузки, они могут посещать общеобразовательные школы и колледжи и способны усвоить образовательную программу [2; 6]. Подростковое стремление «найти себя» формирует стремление к самопознанию, ответственность и критичность. Именно поэтому так важно не изолировать подростка с эпилепсией от здоровых сверстников [5; 3]. Взаимодействие в коллективе, группе - фактор, влияющий на успешную социализацию или формирование стигматизации у подростка. Этот фактор действует на любого человека, независимо от возраста, пола и наличия/не наличия диагноза. Поэтому искажения развития эмоционально-волевой и потребностно-мотивационной сфер подростка не обязательно будет являться побочным действием приема препаратов (хотя и такой вариант

возможен) [7; 5; 3]. На развитие этих сфер большое влияние оказывают отношения в семье: как детско-родительские, так и симблинговые. Часто сам факт диагноза эпилепсии откладывает отпечаток на всех членов семьи и не проходит бесследно, даже при наличии ремиссии, так как вся семья находится в постоянном напряжении и ожидании худшего[7]. В.П. Кащенко считал, что родители, своим отношением к диагнозу, формируют у ребенка те или иные дальнейшие отклонения в поведении и развитии [4]. Следовательно, можно говорить о необходимости работы не только с подростком, имеющим диагноз эпилепсии, но и с его ближайшим окружением, в особенности с родителями и другими референтными взрослыми. В случаях наличия диагноза наиболее распространенным стилем детско-родительских отношений является гиперопека, что в свою очередь препятствует социализации подростка с эпилепсией. Нередко это усугубляется издевательствами в школе, ролью «козла отпущения». Как заметила Волкова Е.Н.: «Своевременное и компетентное включение ребенка в систему коммуникативных отношений с учетом его коммуникативного опыта, актуальных и потенциальных индивидуальных особенностей развития деятельности общения, его взаимоотношений с окружающими можно рассматривать в качестве важнейшего условия профилактики психологического насилия в условиях образовательной интеграции» [1]

Из вышеизложенного можно сделать выводы:

1.Все категории (группы) факторов влияют на социализацию подростка с эпилепсией приблизительно в равной степени. Следовательно, коррекционная работа должна проводиться комплексно, учитывая полифакторность проблемы. При этом следует учитывать, что есть фактор/факторы, которые в том или ином конкретном случае являются основным источником стигматизации и основным препятствием в успешной адаптации и социализации подростка.

2.В каждом отдельном случае необходимо выявлять основной фактор и в первую очередь работать над его устранением или смягчением его влияния. Одно из правил экстренной психологической помощи - устранение источника стресса. К сожалению, в настоящее время еще не разработаны надёжные методы для выявления основного фактора, влияющего на социализацию при эпилепсии. В случае, когда основным фактором формирования стигматизации признаны взаимоотношения в семье, необходимо в первую очередь определить направление психологической работы с семьей. Если

нарушений в семейном взаимодействии не выявлено, можно предположить, что причиной нарушения социализации является побочное действие препарата. В таком случае можно порекомендовать обратиться к лечащему врачу, с целью заменить, по возможности, препарат или смягчить его побочное действие.

Литература

1. Волкова Е.Н. Проблемы насилия над детьми и пути их преодаления. М., 2008.

2. Гольберг Е.В. Проблемы пациентов с эпилепсией //Эпилепсия. М., 2010. №3

3. Григорьева И.А. Экстремально-психологические проблемы детей-инвалидов в образовательной среде. Опыт работы практического психолога// Материалы X юбилейной научно-практической конференции молодых ученых и студентов учреждений высшего и среднего образования городского подчинения. 2011.

4. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков/книга для учителя. М., 1994.

5.Фельдштейн Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. М., 1995

6.Cramer J. A. Quality of life and compliance. In.: Epilepsy and Quality of life. New York. 1994

7.Seligman M., Darling R.B. Ordinary Families, Special Children. New York, 1997

Реабилитационный потенциал личности пациентов с нарушениями статодинамической функции

Гудилина О.Н.
Ресурсный центр психологической реабилитации МГППУ,
г. Москва

Система психологической реабилитации в нашей стране находится в стадии формирования.

Для построения индивидуальной программы реабилитации и оценки эффективности реабилитационного процесса целесообразно учитывать понятие реабилитационного потенциала, а в контексте

психологической реабилитации – реабилитационного потенциала личности.

Так как реабилитационный потенциал личности влияет на осуществление процесса психологической и физической реабилитации, но в настоящее время является малоизученным, мы считаем актуальным обратиться к его исследованию.

Реабилитационный потенциал личности (далее РПЛ) понимается как ***система личностных характеристик реабилитанта, позволяющих ему активно и эффективно участвовать в процессе комплексной реабилитации.***

Цель нашего исследования – выявление связи определенного нами конструкта – Реабилитационного потенциала личности с жизненной успешностью молодых людей с нарушениями статодинамической функции (далее СДФ).

Исследование проходило на базе детской психоневрологической больницы №18 (2011 год) и реабилитационного центра «Преодоление» (2008-2010 года).

В нашем исследовании приняло участие 182 человека двух возрастных групп 19-30 лет и 14-17 лет, 80 человек из них были из контрольной группы, они не имели нарушений СДФ (студенты вузов и учащиеся школ города Москвы), 102 человека имели нарушения СДФ и составили экспериментальную выборку.

Мы выделили следующие компоненты РПЛ, которые и являлись параметрами оценки РПЛ:

- Мотивационная сфера,
- Смысловая сфера личности,
- Временная перспектива личности,
- Жизнестойкость,
- Отношение к нарушению СДФ,

Для оценки выделенных нами параметров мы использовали следующие методики:

- Опросник восстановления локуса контроля.
- Тест мотивации достижений А. Мехрабиана в модификации М.Ш. Эминова.

- Тест смысложизненных ориентаций в адаптации Д.А. Леонтьева.
- Опросник временной перспективы личности Ф Зимбардо.
- Тест Жизнестойкости в адаптации Д. А. Леонтьева.
- ТОБОЛ **(**Опросник диагностики типа отношения к болезни).

Также нами проводился анализ историй болезни.

Для анализа результатов использовались статистический пакет Statistica 7 и Microsoft Office Excel 2003.

Для оценки значимости различий между двумя переменными в номинативных шкалах мы использовали критерий Хи –квадрат.

В нашем исследовании мы предположили, что для высокого реабилитационного потенциала личности характерны высокие показатели по параметрам жизнестойкости, осмысленности жизни, мотивации достижения, локуса контроля, высокая выраженность ориентации на позитивное прошлое и гедонистическое настоящее, умеренная выраженность ориентации на будущее и низкий уровень ориентации на фаталистическое настоящее и негативное прошлое. В профиле отношения к болезни наблюдается преобладание первого блока отношения к болезни (выраженные явления психической дезадаптации при данных типах реагирования на болезнь отсутствуют), а именно гармоничного эргопатического и анозогнозического, который выражен немного слабее.

Для низкого реабилитационного потенциала характерны низкие показатели по шкале жизнестойкости, низкая осмысленность жизни, низкая мотивация достижения и внешний локус контроля, отмечаются высокие показатели ориентации на фаталистическое настоящее и негативное прошлое. В профиле типа отношения к болезни преобладает второй и третий блоки реагирования на нарушение опорно-двигательного аппарата. В данном случае это апатический и меланхолический типы отношения к нарушениям опорно-двигательного аппарата, которые указывают на дистимическую окраску отношения к болезни, без проявления какой-либо активности для изменения ситуации.

В исследуемой группе молодых людей у 37% выявлен высокий РПЛ. У 26% был выявлен низкий РПЛ и у 37% РПЛ не определен (один или несколько показателей отклонялись от общей тенденции).

Мы сравнили группы с высоким и с низким показателем РПЛ по успешности в жизни (наличие работы, семьи, детей) у нас получились значимые различия (p=0,004) и высокая связь между показателями РПЛ и занятостью (фи-коэффициент равен 0,7). У молодых людей с высокой самореализацией наблюдается высокий РПЛ.

В выборке с высоким РПЛ у нас оказались: кандидат в мастера спорта по плаванию (участник паралимпийских игр), победитель программы «Умницы и умники» (студент МГИМО), а также трудоустроившиеся и успешные молодые люди.

С низким РП оказались безработные молодые люди со средним, средне-специальным образованием, а также с высшим образованием, причем степень тяжести заболевания данного контингента была значительно легче. Таким образом, по РПЛ можно говорить об успешности реабилитанта в жизни. При низком реабилитационном потенциале необходима направленная психологическая помощь (психотерапия).

Разработка понятия реабилитационного потенциала личности, а также выявление специфики РПЛ у рассмотренных нами категорий пациентов дают нам возможность определить направления психологической помощи для более эффективного процесса комплексной реабилитации.

Пятнадцатилетний опыт психологической нейрореабилитации

Гусарова С.Б., Игнатьева Н.С., Максакова О.А., Максаков В.Ю.
Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН,
г. Москва

Позвольте представить вашему вниманию пятнадцатилетней опыт работы медицинских психологов Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН (ИНХ). Исторически это клиника, в которой работал и создавал нейропсихологию А.Р. Лурия, где и по сию пору работают представители его школы.

Традиционно в нейрохирургической клинике (отделении) нейропсихолог занимается диагностикой и психокоррекцией высших психических функций (ВПФ) пациентов с локальными поражениями головного мозга. Преимущественно в фокусе работы оказываются

пациенты, которые по уровню своего сознания способны в целом к какой-либо вербальной коммуникации, даже при наличии афатических нарушений.

Дальнейшее развитие психологической службы в ИНХ ознаменовано появлением в клинике врача-психотерапевта в 1988 году. С 1991 года был первый опыт психотерапевтической работы с пациентом, находящимся в глубоком измененном состоянии сознания (в коме). С 1995 года психологи работают в клинике как волонтеры, а с 1996 года медицинские психологи в штате клиники.

За годы работы нами накоплен большой опыт создания алгоритмов деятельности, отбору диагностических методик и адаптации психотерапевтических методов, наиболее адекватных для работы с нейрохирургическими пациентами и релевантных задачам и особенностям клиники.

Спектр деятельности медицинского психолога в нейрохирургическом стационаре довольно широк. Помимо традиционной нейропсихологической диагностики и психокоррекции ВПФ, в фокусе работы психолога оказывается и ряд других задач.

Следует выделить два основных направления психологической работы: психодиагностика и психокоррекция.

Психодиагностические мишени. Высшие психические функции (память, внимание, мышление, речь, гнозис, праксис). Уровень сознания (кома, вегетативное состояние (ВС), минимальное сознание, или ВС с минимальными реакциями, акинетический мутизм, гиперкинетический мутизм, спутанность, эмоционально-когнитивные нарушения). Внутренняя картина болезни, типы отношения к болезни (соматонозогнозии). Социальная адаптация (эффективные/не эффективные копинг-стратегии). Из большого количества психологических методик были отобраны следующие. Нейропсихологические тесты А.Р.Лурия, протокол оценки спутанности (Galveston orientation and amnesia test – GOAT), тест самооценки (Дембо-Рубинштейн), тест копинг-стратегий детей (И.М.Никольская, Р.М. Грановская), тест копинг-стратегий взрослых (Амирхан), индекс жизненного стиля (Келлеман - Плутчик), шкала экзистенции (А.Лэнгле), шкала базовых убеждений (Янноф-Балман), тест детско-родительских отношений (В.В.Столин, А.Я.Варга), восьмицветовой тест М.Люшера, тест «Рисунок человека» (В.Маховер), тест «Рисунок несуществующего животного», тест «Рисунок семьи», карточки оценки эмоционального состояния.

Психокоррекция ВПФ. Восстановление сознания (повышение уровня сознания пациента). Психологическая подготовка к

оперативным вмешательствам. Психокоррекция последствий посттравматического стресса. Повышение уровня социальной адаптации пациента. Психокоррекционная работа с семьей пациента (коррекция стилей семейных отношений).

Используются следующие методы. Телесная психотерапия: соматическая терапия биосинтез (Д.Боаделла), бодинамический подход (Л.Марчер), элементы танатотерапии (В.Баскаков); процессуально-ориентированная психотерапия (А.Минделл) [1]; экзистенциальный анализ (А.Лэнгле) [2]; соматическая терапия психической травмы (П.Левин); когнитивно-бихевиоральная психотерапия (А.Бэк); системная семейная психотерапия; арттерапия.

Формы работы медицинского психолога: индивидуально, с ко-терапевтом, в рамках реабилитационной команды [3,4].

В устном сообщении разбираются случаи из практики, иллюстрирующие различные формы и приемы работы. Восстановление сознания работа с ко-терапевтом, работа с последствиями посттравматического стресса, работа в рамках команды.

Таким образом, результатом пятнадцатилетнего опыта работы психологов в нейрохирургическом стационаре является создание оригинального, как индивидуального, так и командного подхода по восстановлению пациентов с нейрохирургической патологией, начиная с самого раннего этапа, до вербального уровня сознания, с отбором и адаптацией психодиагностических методов и психотерапевтических подходов.

Литература

1. Gusarova S., Maksakova O. “Psychotherapy with neurosurgical patient”. 1st Conference of International Association of Process Oriented Psychology. 26-29 April, 2007. London. And round-table: “Discussion on coma work, altered states and illness social and ethical issues around living and dying”.

2. Ignatjewa N.S. Schädel-Hirn-Trauma: Phasen der Wiederherstellung des Selbst- und Weltbezugs und seine existenzanalytische Behandlung/
Existenzanalyse, N 2, 2005, 22. Jahrgang.

3. Maksakova O.A Rehabilitation process: the patient and his team. In: Proceedings of International CIANS Conference “Neuropsychophysiology and Behavioural Intervention in Psychosomatics, Stress Disorders and Health Promotion”. Palermo, Italy - October 3-6, 2001.

4. Maksakova O., Gusarova S., Ignatieva N., Maksakov V., Bykova V., Boyko S., Yashkova I., Lukianov V. Rehabilitation Team and Consciousness Restoration. 6th World Congress for Neurorehabilitation. Vienna, Austria, March 21-25, 2010.

Значение нарушений самооценки при эндогенных психозах для реабилитационных мероприятий

Денисенко И.А., Сидорова Л.Г.
ГБОУ ВПО СтГМА, г. Ставрополь

Проблема реабилитации, улучшения качества жизни психических больных в последние годы в России приобрела большую значимость, что выражается в разработке новых научных подходов к реабилитации. В России данные проблемы не имеют широкого освещения. Причинами этого могут являться: отсутствие в стране налаженной системы медико-социальной реабилитации психических больных и соответствующего опыта в рамках данной сферы. Усугубляет положение несовершенство законодательства и разобщенность ведомств, имеющих отношение к восстановительному лечению и реабилитации, а также издержки структуры здравоохранения, экономические трудности, недостаток разработанности научно-теоретических основ.

В настоящее время отечественная психиатрическая служба осуществляет переход от чисто медицинской к биопсихосоциальной модели оказания помощи. Это опосредованно тем, что внимание в процессе лечения и реабилитации необходимо уделять не только клиническим, но также психологическим и социальным факторам, личностным и социальным особенностям индивидуума в их взаимодействии, и, таким образом, оказывать более разностороннюю и эффективную помощь. Большое значение приобретают исследования самосознания психически больных людей и использование полученных материалов для разработки реабилитационных программ, оценки эффективности биопсихосоциальных мероприятий.

Без исследования самосознания больного картина психической болезни является не полной и не раскрывает всех лечебно-реабилитационных возможностей для больных. Кроме того, проблема изучения самосознания является актуальной в связи с возможностью использования полученных данных для постановки более точного

дифференциального диагноза, оценки результатов лечения, разработки реабилитационных программ и экспертизы.

Составной частью самосознания является самооценка - способность соотносить возможности личности (здоровой или больной) с реальностью восприятия личностью себя самого или восприятие другими людьми.

С помощью патопсихологических исследований, в сочетании с клинико-психопатологическим методом, выделены следующие варианты изменения самооценки: конституциональные и нажитые, лабильные и стабильные [3].

При эндогенных психозах (аффективные нарушения) нажитые изменения самооценки проявляются в виде понижения в случае депрессии, повышения - при маниакальном состоянии; самооценка на невротическом уровне - нередко диссоциированная; при бредовых синдромах, с одной стороны, «продуктивная», с другой - диссоциированная, с третьей - определяется аффективными включениями; при кататоно-гебефренических синдромах - диссоциированная и парадоксальная самооценка. При эндогенных психозах, сопровождаемых негативной симптоматикой, при субъективном и объективном изменении «Я» наблюдается нажитое снижение самооценки; диссоциированная самооценка в сочетании со снижением появляется в стадии шизоидизации личности; стабильное тотальное нарушение самооценки идет при регрессе личности.[2]

Для приступов периодической шизофрении, которые характеризуются многообразными клиническими проявлениями - от онейроидно-кататонических до аффективных и невротических синдромов, характерны все вышеописанные расстройства самосознания и самооценки, четко связанные со структурой приступа. При полиморфных приступах происходит «калейдоскопичность» этапов его развертывания, «хаотичность» и быстрое перемешивание симптомов и синдромов, включая нарушение самосознания и самооценки.

При шубообразной шизофрении отмечена четкая связь расстройств самосознания и самооценки с ведущим психопатологическим синдромом в первых приступах, а при последующих - нарастание стационарных расстройств самосознания в виде снижения активности, искажения физической и психической простоты, витальности «Я», утраты транзитивности, с диссоциированной и «мозаичной» самооценкой, указывающих на углубление изменений личности [4].

Учитывая эти данные и результаты практического опыта, успех реабилитационных мероприятий следует ожидать при нажитых и лабильных изменениях самосознания в случаях маниакально-депрессивного психоза и периодической шизофрении. Эти ожидания подтвердились и в наших исследованиях: формирование у больных данной категории наиболее адекватной самооценки в ходе реабилитационных мероприятий дало положительный результат. В то же время, при конституциональных и стабильных формах у больных с шубообразной шизофренией эффективность реабилитационных мероприятий была явно недостаточной даже в ремиссиях [3].

Таким образом, изучение расстройств самосознания и самооценки в случаях эндогенного психоза позволяет не только углубить наши знания в феноменологии патологии самосознания, уточнить их присутствие и выраженность при разных психопатологических синдромах в зависимости от нозологической принадлежности, но и привнести новые клинические данные в дифференциальную диагностику и терапию эндогенных психозов, разработать новые реабилитационные подходы к эндогенным психическим заболеваниям.

Литература

1.Данакин А. Проблемы социальной работы в России. - М., 1994;

2. Самосознание психически больных. Материалы к спецкурсу. Самара, 2001;

3. Социально-медицинская реабилитация психических больных. Н.В. Гуляевская, к.с.н., доцент, Е.М. Одарченко, к.м.н., О.В. Дорофеева. Материалы к конференции «Гигиея-2010»;

4. Чудновский В.С. Сравнительное изучение патологии самосознания при психических заболеваниях. // Ж. невропатологии и психиатрии. 1985, в. 1, с. 106-111.

Основные подходы к восстановлению произвольных движений при апраксии

Емельянова М.А., Скворцов А.А., Зайкова А.В.
ЦПРиН, НИУ ВШЭ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
МНИИ психиатрии Росздрава, г. Москва.

В 2001 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) опубликовала Международную классификацию функционирования, инвалидности и здоровья [1], на основе которой апраксию стали

рассматривать преимущественно на двух уровнях. На уровне нарушений функции выявляются психологические механизмы возникновения апраксии, т.е. речь идет о выяснении причин данного нарушения. На уровне активности (или уровне ограничения независимости) апраксия рассматривается уже не в контексте механизмов возникновения, а с точки зрения того, как двигательные нарушения проявляются в повседневной активности. В соответствии с данной классификацией выделяют два основных подхода к восстановлению произвольных движений.

Первый подход – патогенетический (традиционный). Основной целью нейрореабилитации в патогенетическом подходе является устранение апраксии как таковой с помощью работы с ее внутренними механизмами. В нашей стране к этому подходу можно отнести разработки по восстановлению двигательных функций, предложенные в теории системно-динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурии [2]. За рубежом патогенетический подход реализуется в рамках так называемой нейрокогнитивной модели праксиса [3, 4].

Поскольку в патогенетическом подходе работа идет над устранением причины, восстановлением или перестройкой механизма психических функций, представители этого подхода полагают, что ликвидировав причину, можно ожидать регресса всей патологической симптоматики, проявляющейся в повседневной жизнедеятельности пациента.

Однако эти ожидания не всегда оправдываются. Были обнаружены диссоциации между выполнением двигательных заданий в ситуации исследования и функционированием больного в реальных жизненных условиях [5]. На основе такого рода данных был сделан удивительный для патогенетического подхода вывод, что восстановление известных нам механизмов движений не гарантирует восстановление необходимых в жизни навыков. Так был обоснован прагматический подход к реабилитации, направленный на улучшение повседневной активности пациента в реальных жизненных условиях.

Основной целью нейрореабилитации в прагматическом подходе является уже не устранение апраксии как таковой, а приспособление пациента к окружающим его условиям, достижение им независимости от опекающих его людей. Поэтому работа здесь направлена не на перестройку нарушенных механизмов, а на формирование необходимого для данного пациента поведенческого репертуара [6].

Внутри прагматического подхода можно выделить две стратегии восстановления движений при апраксиях. Первая

направлена на приспособление больного к окружающей среде с помощью новых средств или способов действия [4]. Вторым вариантом прагматического подхода является так называемая стратегия «совладания с апраксией», которая реализуется путем модификации окружающей среды больного в сторону ее упрощения [7].

Таким образом, особое значение в прагматическом подходе при восстановлении произвольных движений придается тому, как конкретный больной будет выполнять различные движения и действия, необходимые в повседневной жизни; иными словами работа идет над достижением пациентом независимости от окружающих [6]. Вместе с тем, в прагматическом подходе проблема изучения внутренних механизмов восстановления произвольных движений остро не стоит.

Неоднократно поднимался вопрос о месте и значении патогенетического и прагматического подходов в процессе нейрореабилитации. Изначально прагматический подход возник как оппозиция патогенетическому. Впоследствии же нейропсихологическое сообщество пришло к выводу, что эти подходы не стоит противопоставлять. Работу над восстановлением механизмов, с одной стороны, и навыков повседневной жизни, с другой, возможно вести параллельно или последовательно [4].

Таким образом, представления о методах реабилитации апраксий претерпели существенную эволюцию, в процессе которой произошла смена подходов к восстановлению произвольных движений. В реабилитации патогенетический подход ранее противопоставлялся, а в настоящее время дополняется подходом прагматическим. Обозначенный синтез двух подходов позволяет повысить эффективность реабилитационной работы с больными с апраксией, и, следовательно, улучшить качество жизни больного, сделать его более независимым в повседневной жизни.

Литература

1. International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2001.

2. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Второе дополненное издание, — М., 1969.

3. Goldstein L.H. (2004) Disorders of voluntary movement. In: Clinical Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and

Management for Clinicians. Edited by L.H. Goldstein and J.E. Mc Neil. (pp.211 - 228) John Wiley & Sons, Ltd.

4. Buxbaum L., Haaland K., Hallett M., Wheaton L., Heilman K., Rodriguez A., Gonzalez – Rothi L. (2008) Treatment of limb apraxia: moving forward to improved action. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 87: 149 – 161.

5. Goldstein L.H. (2004) Disorders of voluntary movement. In: Clinical Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians. Edited by L.H. Goldstein and J.E. Mc Neil. (pp.211 - 228) John Wiley & Sons, Ltd.

6. Heugten, C.M. (1998) Apraxia in stroke patients: assessment and treatment. Groningen.

7. Maher, L.M., Ochipa, C. (1997) Management and treatment of limb apraxia. In: L.J.G. Rothi & K.M. Heilman (eds) Apraxia. The Neuropsychology of action (pp. 75 - 91) Psychology Press, Hove, UK.

Совладающее поведение как фактор социально-психологической реабилитации людей с нарушением зрения

Иванова Е.А.
Костромской областной институт развития образования,
г. Кострома

В России высока распространенность ограничения трудоспособности среди населения вследствие патологии органа зрения. По данным статистики в 2007 году на учете во Всероссийском обществе слепых (ВОС) состояло более 200 тысяч человек трудоспособного возраста с выраженными нарушениями функций зрительного анализатора (Н.М. Бубнов, 2007).

Наличие зрительной патологии ограничивает жизненные перспективы человека в разных направлениях (получение желаемого образования, вопросы трудоустройства, создание семьи и т.д.). Результатом таких ограничений нередко становятся острые стрессовые реакции, сопровождаемые негативными переживаниями и формированием личностных установок на инвалидность, что определяет необходимость социально-психологической реабилитации лиц данной категории.

В специальной психологии накоплен фактический материал по изучению причин, особенностей и последствий стресса, возникающего при утрате зрения (Р. Бандзявичене, 1985; А.Г. Литвак, 1997; А.А. Быков, 2004, 2006; В.А. Момот), а также показаны

особенности негативных личностных установок на инвалидность и их психолого-педагогической коррекции (А.И. Суславичус, 1977; Ю.Г. Демьянов, В.М. Сорокин, А.Г. Литвак, 1992; В.П. Гудонис, 1999; А.А. Быков, 2007). Рассмотрены аспекты работы с лицами данной категории со сниженной адаптацией, приемы и методы их обучения преодолению трудностей в процессе адаптации (В.А. Феоктистова, 1979; С.А. Хрусталев, 1985; Л.И. Солнцева, 2005). Большое внимание уделяется изучению психологических новообразований, возникновение которых связано с патологией зрения (А.Г. Литвак, 1998; Т.Н. Контюхова, 2004; В.А. Момот, 2006).

Практический опыт реабилитационной работы с людьми с нарушением зрения показывает, что они обладают достаточно высоким уровнем физической и интеллектуальной трудоспособности, а значит, могут быть социально востребованы.

Вопрос о том, каким образом люди с нарушением зрения справляются (совладают) с жизненными трудностями, какие стили и стратегии преодоления трудных жизненных ситуаций они используют, и как эти стили и стратегии могут быть использованы в практике реабилитационной работы с ними, до сих пор остается недостаточно изученным.

В современной психологической науке совладающее поведение личности (копинг-поведение) трактуется как поведение, позволяющее субъекту с помощью осознанных действий способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, справиться со стрессом или трудной жизненной ситуацией. Это сознательное поведение, направленное на активное взаимодействие с ситуацией – изменение ситуации (поддающейся контролю) или приспособление к ней (если ситуация не поддается контролю). Под стратегиями совладания понимают основанные на осознаваемых усилиях конкретные действия для регуляции субъектом эмоционального и интеллектуального напряжения с целью оптимальной психологической адаптации к внешним обстоятельствам [2]. Стратегии совладающего поведения объединяются в стили. Стиль совладающего поведения – это индивидуально-своеобразный, стереотипный, привычный или предпочтительный способ действий по решению проблемы, купированию кризиса конкретным человеком [1].

Исследования совладающего поведения людей с нарушением зрения в зарубежной и отечественной специальной психологии немногочисленны и посвящены подросткам (C. Calvo-Novell, 2008; В.З. Кантор, 2004; А.Н. Шингаева, 2009). Данные о совладающем с трудностями поведении взрослых людей с нарушением зрения в

отечественной специальной психологии, на сегодняшний день, отсутствуют.

В связи с вышеизложенными обстоятельствами, объектом нашего исследования стало совладающее поведение взрослых людей с нарушением зрения.

В процессе изучения характера совладающего поведения людей с нарушением зрения мы предположили, что выбираемые лицами данной категории стили и стратегии совладания определяют специфику и содержание реабилитационной работы с ними.

С целью изучения влияния стилей и стратегий совладающего поведения лиц с нарушением зрения на процесс реабилитационной работы с ними нами было проведено эмпирическое исследование, в котором приняло участие 50 человек в возрасте от 18 до 65 лет – людей с глубокими нарушениями зрения. Они были разделены на две подгруппы, в зависимости от степени тяжести зрительного нарушения. Одну подгруппу испытуемых составили тотально незрячие (26 человек). К другой подгруппе (24 человека) были отнесены люди с нарушением зрения (острота зрения от 0,05 до 0,2), которых по остроте зрения мы отнесли к слабовидящим испытуемым (В.З. Денискина, 2007).

Полученные данные обрабатывались с помощью методов математической статистики.

Для осуществления эмпирического изучения влияния выбора стилей и стратегий совладающего поведения на эффективность процесса социально-психологической реабилитации людей с нарушением зрения в нашем исследовании использовались следующие методики:

1. Методика многомерного измерения копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (КПСС) Н.С. Эндлера, Дж.А. Паркера (CISS, Coping Inventory for Stressful Situations, 1990), адаптированная Т.Л. Крюковой (2007).

2. «Опросник способов совладания» (ОСС) Р. Лазаруса, С. Фолкман (WCQ, The Ways of Coping Questionnaire, 1988), адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой (Т.Л. Крюкова, 2007).

3. Феноменологическое интервью, разработанное нами с целью определения наиболее актуальных для людей с нарушением зрения жизненных трудностей, используемых способов их преодоления и эмоциональных переживаний при преодолении трудной жизненной ситуации.

Базу исследования составили: Федеральный центр реабилитации слепых г. Волоколамска Московской области; Государственное учреждение культуры «Костромская областная библиотека-центр культурно-просветительной и информационной работы с инвалидами по зрению»; Костромское отделение региональной общественной организации Всероссийского общества слепых.

Опираясь на нормы данных методик, мы провели ранжирование стилей и стратегий совладания по частоте их выбора людьми с нарушением зрения.

На первом месте в рейтинге стилей и стратегий совладания у людей с нарушением зрения находятся стиль проблемно-ориентированный копинг и стратегия планирование решения проблемы. Второе место занимают субстиль социальное отвлечение и стратегия самоконтроль. Третье место принадлежит стилю эмоционально-ориентированный копинг и стратегии принятие ответственности.

В круг наименее предпочитаемых стилей и стратегий совладания у людей с патологией зрения входят: стили – копинг, ориентированный на избегание и субстиль отвлечение; стратегии – дистанцирование, конфронтативный копинг, бегство-избегание. Об этом свидетельствует низкий рейтинг данных стилей и стратегий среди наших испытуемых.

Отметим, что стиль проблемно ориентированный копинг, субстиль социальное отвлечение, стратегия принятие ответственности и планирование решения проблемы, а также поиск социальной поддержки относятся к числу конструктивных, тогда как стили эмоционально ориентированный копинг и копинг, ориентированный на избегание, субстиль отвлечение и стратегии бегство-избегание и конфронтативный копинг выступают в качестве неконструктивных стилей и стратегий преодоления трудностей.

В реабилитационной практике принято выделять две основные стратегии выработки у лиц, утративших зрение, установок на преодоление трудностей: мягкую – долговременную и жесткую – краткосрочную [3]. Выбор той или иной стратегии зависит от анализов в каждом конкретном случае трех аспектов: характерологических особенностей самого реабилитолога и реабилитанта, педагогического опыта реабилитолога и степени доверия к нему реабилитанта. Определить доминирующую стратегию предстоящей работы можно в процессе беседы с реабилитантом. Если выясняется, что человек тревожен по своей натуре, в том числе и до потери зрения, предпочтение отдается мягкой стратегии. Жесткие

методы дают положительный эффект в работе с эмоционально устойчивыми людьми, тревожность которых обусловлена только возникшей патологией зрения.

Психокоррекционное воздействие жесткого характера включает в себя сугестивные и парадоксальные техники. Сугестия предполагает авторитарное директивное внушение. Используются жесткие формулы типа: «Встань и иди, я знаю, что ты можешь это сделать». Применение этой техники требует высокой степени доверия к реабилитанту, уверенности в его возможностях довести начатое дело до конца.

Мягкая стратегия включает в себя технику визуализации и технику систематической десенсибилизации. Техника визуализации строится на использовании зрительных образов для преодоления трудностей. Метод предполагает подготовительный этап по выработке навыков быстрого оживления в памяти зрительных образов и закрепление этих образов вплоть до появления образов внимания. Образ должен быть индивидуальным, ярким, значимым и возникать перед мысленным взором мгновенно. В дальнейшем, при выполнении ориентировочных действий или действий по самообслуживанию эти образы помогают преодолевать возникающие затруднения и справляться с субъективными ощущениями страха, беспокойства и тревоги.

Опираясь на данные проведенного исследования, нам удалось доказать, что в выборе стратегии реабилитационной работы наиболее важное место занимают предпочетаемые индивидом с нарушенным зрением стили и стратегии совладающего поведения. Так практика реабилитационной работы показала, что жесткая кратковременная стратегия реабилитационной работы в большей степени эффективна для лиц, выбирающих конструктивные стили и стратегии совладания: проблемно ориентированный копинг, планирование решения проблемы, поиск социальной поддержки и принятие ответственности.

Мягкая долгосрочная стратегия реабилитационной работы является самой оптимальной для людей с нарушением зрения обладающих тревожностью, эмоциональной восприимчивостью и предпочитающих такие стили и стратегии совладающего поведения как эмоционально ориентированный копинг, копинг ориентированный на избегание, отвлечение, бегство-избегание и конфронтативный копинг.

Таким образом, совладающее поведение выступает как значимый фактор в определении эффективности и выборе адекватной стратегии их социально-психологической реабилитации.

Литература

1. Бодров, В.А. Личностная детерминация развития и преодоления психологического стресса/ В.А. Бодров // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 235–257;

2. Крюкова, Т.Л. Человек как субъект совладающего поведения / Т.Л. Крюкова // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / Под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л.Крюковой, Е.А. Сергиенко. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 55–67;

3. Фобии и тревожные ожидания ослепших: методические рекомендации для реабилитологов / Под ред. Литвака А.Г. – Волоколамск, 1991. – 36 с.

Мишени и методы психологической реабилитации больных эссенциальной артериальной гипертензией с суточным профилем «non-dipper»

Казанцева Н.В., Гомбоева А.С., Прядухина Н.И.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

Недостаточная удовлетворенность пациентов эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) исходом лекарственной терапии диктует разработку методов реабилитации, включающих психотерапевтические вмешательства когнитивно-поведенческой модальности в составе комплексной терапии. Мультимодальный принцип диагностики, принятый в клинической психологии, означает принятие во внимание различных плоскостей данных о пациенте (биологической, психологической, социальной), которые позволяют клиницисту более полно концептуализировать диагноз и сформулировать предложения по комплексному лечению.

В рамках общепризнанной в настоящее время мультифакториальной природы ЭАГ, ведущая роль отводится длительному и чрезмерному психоэмоциональному напряжению (стрессу), сопровождающемуся физиологическими, эмоциональными и поведенческими реакциями, способными при неблагоприятных условиях трансформироваться в соматические и невротические

расстройства . Характер суточного профиля артериального давления (АД) при ЭАГ, особенно вариант «non-dipper», при котором наблюдается недостаточное снижение АД в ночное время суток, является одним из неблагоприятных условий, способствующих развитию таких осложнений, как инфаркт, инсульт, а также других последствий сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель данной работы состояла в диагностике невротических состояний и показателей суточного ритма АД у больных ЭАГ, а также оценке эффективности программы психотерапевтических вмешательств (методов когнитивно-поведенческой терапии), направленных на невротические реакции и симптомы артериальной гипертензии, сопровождающиеся психоэмоциональным напряжением.

Задачами данного исследования было оценить степень выраженности невротических состояний (тревожных, депрессивных, астенических, истерических, обсессивно-фобических, вегетативных) у больных ЭАГ, определить невротические состояния, наиболее часто связанные с поддержанием суточного профиля по типу «non-dipper», а также оценить эффективность программы психотерапевтических вмешательств, состоящей из 10 сеансов когнитивно-бихевиоральных вмешательств, на выраженность невротических и соматических показателей.

Характеристика выборки исследования и методы исследования.

Исследование проводилось на базе отделения артериальных гипертоний НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук (НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН). Обследовано 49 человек с диагнозом эссенциальная артериальная гипертензия I и II стадии (27 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 23 до 71 года на предмет выявления связи между невротическими реакциями и типом суточного профиля артериального давления (АД). Все пациенты данной группы принимали один гипотензивный препарат эгилок. Исключались пациенты, принимавшие седативные препараты, так как они могли повлиять на выраженность невротических реакций.

Оценка эффективности психотерапевтической программы вмешательств проводилась путем внутригрупповой схемы исследования степени выраженности невротических состояний у больных ЭАГ с суточным профилем по типу «non-dipper» до и после проведения вмешательства на выборке 16 человек, включавшей 11 мужчин и 5 женщин, в возрасте от 53 до 70 лет. С данной группой пациентов было запланировано проведение программы психотерапевтических вмешательств, включавшей методы

когнитивно-поведенческой терапии (прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, контролируемое / управляемое дыхание, тренинг управления тревожностью и тренинг разрешения проблем), продолжительностью 10 сеансов.

Методы исследования.

1. Метод «Суточное мониторирование артериального давления» (СМАД). Метод СМАД позволяет оценивать общую динамику АД в течение всех суток и оценивать показатели АД, влияющие на характер и тяжесть протекания ЭАГ. Оценивались следующие параметры СМАД по методу Ж.Д. Кобалава [5]: 1) средние значения АД; 2) индекс нагрузки давлением (индекс времени); 3) суточный индекс (СИ); 4) утренний подъем АД; 5) вариабельность АД.

2. «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» по В.Д. Менделевичу [6]. Данный опросник позволяет оценивать невротические состояния по шкалам тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений и шкале вегетативных нарушений.

Результаты и обсуждение.

Обнаружено, что для больных ЭАГ характерно повышение показателей по шкалам тревоги, астении, обсессивно-фобических и вегетативных расстройств; показатели по шкалам депрессии и истерического типа реагирования находились в пределах нормы. По показателям СМАД у больных ЭАГ, не имевших невротических состояний, сохранялась естественная суточная динамика АД, характеризующаяся повышением его среднего уровня в период бодрствования и снижением во время сна. Для пациентов с суточным профилем по типу «non-dipper» были характерны высокие показатели тревоги и астении. Согласно нашим данным, преимущественно тревожное состояние провоцирует повышенное АД в дневное и ночное время, что является сильной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему. Возможно, именно хроническое ощущение напряжения и тревоги способствует постоянной активации симпатического отдела вегетативной нервной системы и, как следствие, повышению показателей АД в дневное и ночное время. Полученные нами данные согласуются с результатами современных исследований, в которых было установлено, что для больных ЭАГ с недостаточной степенью ночного снижения АД характерны высокие показатели тревоги, а также нарушения сна [7-9].

Статистическое исследование выявило взаимосвязь депрессии с такими показателями СМАД, как среднее систолическое артериальное

давление (САД) и время гипертензии САД в ночное время. Таким образом, показано влияние депрессии на показатели САД, преимущественно в ночные часы. При этом, несмотря на определенный вклад депрессии в формирование более тяжелого течения ЭАГ, нами не было выявлено влияния депрессивной реакции пациентов на тип суточного профиля.

Следующим невротическим состоянием, при котором анализировалась степень статистически значимого различия между группами больных с ЭАГ, была астения. Согласно полученным данным, астения являлась одним из наиболее значимых невротических состояний у больных ЭАГ, влияющих на показатели СМАД. Результаты корреляционного анализа указывают на взаимообусловленность астении и индекса времени систолической и диастолической гипертензии в ночное время суток. Влияние астении на показатели СМАД оказалось более неблагоприятным, чем влияние других невротических состояний. Это можно объяснить тем, что астения, возможно, развивается уже на более поздних стадиях общего адаптивного синдрома при хроническом стрессе, когда происходит истощение организма, а, следовательно, ухудшение большинства показателей АД.

При сравнительном анализе показателей СМАД у пациентов, имеющих истерические проявления и без таковых, было выявлено статистически значимое различие лишь по стандартному отклонению САД в ночное время. Можно предположить, что истерические реакции также имеют связь с динамикой АД, причем преимущественно в ночные часы.

Таким образом, наиболее значимыми для поддержания неблагоприятного течения ЭАГ являлись сопутствующие невротические состояния тревоги и астении.

Оценка общей эффективности предложенной нами программы реабилитации, включавшей психотерапевтические вмешательства, проводилось на группе пациентов с ЭАГ I и II стадий в сочетании с тревожными и астеническими невротическими состояниями и суточным профилем АД по типу «non-dipper». Средняя продолжительность заболевания ЭАГ составила 8±3 года.

Комплекс психотерапевтических вмешательств включал прогрессивную мышечную релаксацию по Джекобсону, контролируемое дыхание, тренинг управления тревожностью и тренинг разрешения проблем.

После проведения программы реабилитации с психотерапевтическим вмешательством у пациентов было

обнаружено субъективное и объективное улучшение: больные высказывали клинически и путем самоотчетов улучшение в состоянии своего здоровья: снижение интенсивности невротических реакций. Так, значительно и статистически значимо снизился уровень тревоги (3,4±1,3 до вмешательства и 0,31±0,06 после вмешательства, p=0,002); уровень астении (1,93±0,22 и 0,09±0,008, p=0,02). Это может объясняться действием техник контролируемого дыхания и прогрессирующей мышечной релаксации, которые регулируют деятельность вегетативных центров. Данные техники описываются как действующие на астенические состояния и имеют общеукрепляющий эффект, кроме того, применяются непосредственно для лечения ЭАГ. Кроме того, метод контролируемого дыхания имеет не только релаксационный и общеукрепляющий эффект, но и позволяет пациенту научиться регулировать уровень своего бодрствования путем учащения или замедления дыхания (что способствует активации или релаксации), сконцентрировать внимание на дыхании (что способствует отвлечению внимания пациента от негативных, тревожащих мыслей).

Снижение уровня астении после проведенного психотерапевтического вмешательства можно прокомментировать следующим образом: 1) ряд исследователей считают, что астения входит в структуру депрессивного расстройства, как первый этап в формировании психопатологической симптоматики [10]; 2) астенический симптомокомплекс у больных ЭАГ формируется на начальных стадиях болезни, поэтому он легче поддается терапии [11].

Суточный индекс у пациентов с суточным профилем по типу «non-dipper» после реабилитации с включением психотерапевтических вмешательств все же не соответствовал нормативным показателям (8,33% по сравнению с 10-20%), тем не менее, различия в изменении степени ночного снижения АД были статистически значимыми.

Таким образом, показано, что мишенями вмешательства у больных ЭАГ с суточным профилем по типу «non-dipper» являются тревожные и астенические состояния. Показана эффективность в отношении данной группы пациентов с неблагориятным течением ЭАГ комбинации выбранных бихевиоральных и когнитивных вмешательств при проведении реабилитации.

Поведенческие вмешательства (прогрессирующая мышечная релаксация, контролируемое дыхание) в нашем исследовании дополнялись когнитивными вмешательствами (тренинги по обучению навыкам разрешения проблем, тренинги управления тревожностью).

Такое сочетание поведенческих и когнитивных техник обеспечивает положительный лечебный и реабилитационный эффект на более длительное время.

Выбор всего комплекса методик обусловлен моделью диатеза-стресса при объяснении психосоматических заболеваний, в частности, эссенциальной артериальной гипертензии.

Литература

1. Костогрыз М.А., Корнилов А.А., Агафонов Т.Н. Психосоматические аспекты гипертонической болезни // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – №1(35). – С.49-51.

2. Венедяпина О.Ю. Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных с сердечно-сосудистой патологией: Дис. …канд. мед. наук. – М., 2001.

3. Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф., Семке В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема //Клиническая медицина. – 2004. – №1. – С.35-41.

4. Караськова Е.А., Завьялов В.Ю. Значение тревожных расстройств в генезе нарушений ритма сердца и психотерапевтическая работа с пациентами аритмологического центра // Психотерапия. – 2006. - №12 (48). – С. 34-40.

5. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Терещенко С.Н., Моисеев В.С. Клиническое значение суточного мониторирования артериального давления для выбора тактики лечения больных артериальной гипертонией // Кардиология. – 2007. – № 9. – С.98-103.

6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – М.: «МЕДпресс», 1998. – 592 с.

7. Канаева Т.В. Взаимосвязь суточного профиля артериального давления и психологического статуса у беременных: Автореф. … канд. мед. наук. – М., 2007.

8. Копылов Ф.Ю., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Висуров С.А., Медведев В.Э. Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса // Клиническая медицина. – 2008. - №2. – С. 23-26.

9. Костогрыз М.А., Корнилов А.А., Агафонов. Т.Н. Психосоматические аспекты гипертонической болезни // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – №1(35). – С.49-51.

10. Оганов Р.Г., Погосовова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Болезни сердца и сосудов. – 2004. - №3. – С. 11-14.

11. Васюк Ю.А., Довженко Т.В. Ющук Е.Н., Школьник Е.Л. Диагностика и лечение депрессий при сердечно-сосудистой патологии. – М., 2004. – 50 с.

Мишени и методы психологической реабилитации больных ишемической болезнью сердца

Казанцева Н.В., Костина Е.М.

Сибирский государственный медицинский университет,

г. Томск

Увеличение количества стрессоров современной жизни и рост количества людей больных ишемической болезнью сердца (ИБС) диктует необходимость разработки психопрофилактических и реабилитационных мероприятий в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, в частности, ИБС с учетом исследования факторов уязвимости и защиты – копинг-стратегий при стрессе, стратегий преодоления болезни уровня стресса, общего здоровья и стрессоустойчивости. Предметом исследования данной работы явились факторы предрасположенности и защиты у больных с разными вариантами стенокардии при ИБС – впервые выявленной и стабильной стенокардией. Целью исследования было выявление различий в факторах предрасположенности и защиты у больных с впервые выявленной и стабильной стенокардией (в динамике заболевания) и определение мишеней для дифференцированных профилактических, лечебных и реабилитационных психологических вмешательств.

Впервые благодаря выявлению факторов предрасположенности и защиты в динамике заболевания у больных с впервые выявленной и стабильной стенокардией рассмотрены мишени для дифференцированных психопрофилактических, лечебных и реабилитационных вмешательств у больных ИБС.

Выявление психосоциальных факторов предрасположенности и защиты позволяет дополнить известные биологические факторы риска, предрасполагающие к развитию ИБС (повышенное артериальное давление, нарушение холестеринового обмена, сахарный диабет, курение, наследственность, гиподинамия и др.), и составить план психопрофилактических, лечебных и реабилитационных вмешательств.

На основе проведенного исследования показателей общего здоровья, психологических компонентов стрессоустойчивости, видов

копинга при стрессе, конкретных стратегий преодоления болезни у больных с впервые выявленной и стабильной стенокардией выявлены разные факторы уязвимости и, следовательно, мишени вмешательства: при впервые выявленной стенокардии – неадаптивные копинг-стратегии преодоления стресса, при стабильной стенокардии – депрессивные симптомы при совладании с болезнью.

Выделение этих факторов уязвимости позволило предложить дифференцированные вмешательства при разных формах стенокардии: при впервые выявленной стенокардии – профилактические вмешательства, направленные на развитие более адаптивных навыков и копинг-стратегий, включающие тренинг прививкой стрессом, тренинг навыков разрешения проблем, тренинг социального взаимодействия; при стабильной стенокардии – вмешательства, направленные на лечение депрессии.

Методы исследования

1. Опросник общего здоровья (12-пунктовый) (D. Goldberg и P. Williams, 1978) для выявления общих симптомов психических расстройств в виде расстройств адаптации у пациентов, страдающих разными формами стенокардии и находящихся на реабилитационном лечении в медицинском учреждении;

2. Шкала оценки социальных стрессовых событий (Life events) для оценки уровня стресса и его прогностического значения для здоровья Холмса – Раге (Holmes, Rahe, 1967) .

3.Тест жизнестойкости (С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой) для диагностики стрессоустойчивости [1];

4. Опросник копинг-стратегий при стрессе (Richard Cosway, Norman S. Endler, Andrew J. Sadler, Ian J. Deary) для определения преобладающих копинг-стратегий [2];

5. Фрайбургский опросник преодоления болезни (Freiburg Questionnaire of Coping with Illness) для исследования стратегий преодоления болезни.

Методологическим принципом клинической психологии, использовавшимся в данной работе, был принцип мультимодальности, устанавливающим взаимосвязи между диагностикой (плоскости данных, источники данных, методы исследования, конструкты) и интервенциями с целью выбора целенаправленных клинико-психологических вмешательств, соответствующих выявленным проблемам [3].

Результаты и обсуждение

Показатели оспросника общего здоровья позволяют выявлять симптомы невротических состояний и общее функционирование.

Согласно полученным нами данным показатели общего здоровья в обеих группах (больные с впервые выявленной стенокардией и больные со стабильной стенокардией) не отличались от нормы, различия между группами также не выявлены.

Оценка социальных стрессовых событий, позволяющая определить уровень стресса у пациентов, показала высокие значения уровня стресса в обеих группах (выше 300 баллов, что означает вероятность заболевания 80%), но у пациентов с впервые выявленной стенокардией этот уровень стресса бал достоверно (p=0,05) выше (361,68±0,63), чем у больных со стабильной стенокардией (302,52±0,85).Факт наличия высокого уровня стрессовых жизненных событий является фактором уязвимости к стенокардии и прогрессированию заболевания.

Стрессоустойчивость/жизнестойкость является показателем личностных характеристик человека. Жизнестойкость включает в себя три сравнительно самостоятельных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска [1]. Значимых различий между группами по всем компонентам стрессоустойчивости не наблюдалось. Диапазоны всех значений были в норме. Это благоприятно для прогноза в отношении исхода болезни и свидетельствует о наличии резерва для выздоровления.

Важным звеном в модели стресса, опосредующий патологическое влияние стресса на здоровье, является копинг (стратегии совладания). Р. Лазарус выделил два глобальных типа реагирования при стрессе: проблемно-ориентированный и субъектно-ориентированный копинг. «Первый связан с рациональным анализом проблемы, с построением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в самостоятельном анализе случившегося, в обращении за помощью к другим, в поиске дополнительной информации. Второй касается эмоционального реагирования на ситуацию и не сопровождается конкретными действиями» [4].

Статистически значимые различия между группами выявлены по копингам, ориентированным на эмоции. У пациентов с впервые выявленной стенокардией оказались более выраженными неадаптивные копинг-стратегии преодоления стресса – эмоционально-ориентированный копинг и копинг, ориентированный на избегание. Данные особенности копинга можно считать факторами уязвимости для неблагоприятного течения ИБС.

Оценка стратегий преодоления болезни была предпринята для выявления факторов уязвимости и защиты при ИБС в динамике ее течения – при впервые выявленной стенокардии и стенокардии

напряжения. Исследования показали, что при впервые выявленной стенокардией достоверно более выраженными оказались неадаптивные стратегии преодоления болезни (отрицание болезни, диссимуляция). Стратегии активного преодоления болезни, отвлечение и подбадривание не отличались в обеих группах. При стенокардии напряжения появлялись более адаптивные, хотя и пассивные стратегии преодоления болезни (утешение религией и поиск значения болезни), при этом достоверно чаще наблюдались депрессивные симптомы, связанные, вероятно, с необратимыми органическими изменениями при ИБС, которые вызывали у пациентов ощущение беспомощности и симптомы депрессии.

Мишенями вмешательства для первой группы пациентов (с впервые выявленной стенокардией) будут неадаптивные копинг-стратегии при стрессе и неадаптивные стратегии преодоления болезни. Методы включают профилактические и реабилитационные когнитивные вмешательства для этих мишеней (тренинг навыков разрешения проблем, тренинг прививкой стресса, тренинг социальных навыков, планирование активной деятельности) и поведенческие для изменения негативных эмоциональных паттернов реакции (систематическая десенсибилизация, прогрессирующая мышечная релаксация, контролируемое дыхание).

Мишенями вмешательства для второй группы пациентов (со стабильной стенокардией напряжения) являются депрессивные симптомы. Поэтому методы интервенции могут включать методы лечения депрессии [5]: когнитивная терапия Бека с целью изменения негативных когнитивных схем, подход Селигмана для изменения негативных представлений о контроле и атрибутивных тенденций (тренинг реатрибуции), подходы самоконтроля и совладания со стрессом – подход Рема (тренинг самонаблюдения, самооценивания и самоподкрепления), подход Маклина, фокусирующийся на изменении неадекватных стратегий совладания с проблемами (коммуникативный тренинг, тренинг разрешения проблем), интерперсональные подходы Клермана и Вейсман, делающие акцент на изменении неадекватных стратегий совладания с проблемами в социальных взаимоотношениях (идентификация релевантных для проблемы эмоций и когниций, снижение или устранение неадекватных паттернов коммуникации).

В некоторых случаях выраженных симптомов депрессии можно прибегать к медикаментозной терапии преимущественно селективными ингибиторами обратного захвата серотонина: флуоксетин, сертралин, коаксил.

Выводы

1. Факторами уязвимости к более неблагоприятному течению ИБС и мишенями вмешательства у больных стенокардией являются: а) высокий уровень стресса; б) неадаптивные стратегии совладания со стрессом (эмоционально-ориентированный копинг и копинг, направленный на избегание) у больных с впервые возникшей стенокардией; в) депрессивные симптомы у больных со стабильной стенокардией.

2. Для больных с впервые возникшей стенокардией рекомендуются методы психотерапевтических вмешательств, направленные на развитие навыков (тренинг прививкой стресса, тренинг ассертивности, тренинг развития социальных навыков, тренинг разрешения проблем), для больных стабильной стенокардией рекомендуются лечебные клинико-психологические вмешательства (лечение депрессии).

Литература

1. Леонтьев Д. А. Тест жизнестойкости: научное издание / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М. : Смысл, 2006. – 63 с. (Психодиагностические монографии).

2. Крюкова Т. Л. Методология исследования и адаптация опросники диагностики совладающего (копинг) поведения// Психологическая диагностика. – 2000. – № 2. – С. 65-75.

3. Рейнеккер-Хект К. , Бауманн У. Клинико-психологическая диагностика: общие положения // Клиническая психология/ Под ред. М. Перре, У. Бауманна – СПб.: Питер, 2007. – С.154-160.

4. Перре М., Лайрейтер А.Р., Бауманн У. Стресс и копинг как факторы влияния // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2007. – С. 358-388.

5. Блёшль Л. Депрессивные расстройства: интервенции //Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна – СПб.: Питер, 2007. – С.1064-1074.

Некоторые особенности психологической работы с пациентами, имеющими спинальную травму

Кислица Г.К.,
МГППУ, г. Москва

Сегодня каждый интуитивно понимает, что реабилитация инвалидов – это комплексная задача, в ходе решения которой нужно

дать возможность развить физическую активность на максимально доступном уровне, личностный статус и социальный статус. При этом нужно учитывать, что наряду с общим, единым для всех спектром создаваемых возможностей и услуг, каждая группа, и каждый отдельный человек нуждается в индивидуальном подходе. В данной статье речь пойдёт о некоторых психологических особенностях, отмеченных при работе с людьми, имеющими серьёзные нарушения опорно-двигательного аппарата, вследствие травматической болезни спинного мозга (спинальная травма). Основой материала послужили наблюдения, сделанные при работе в реабилитационном центре «Преодоление».

Болезнь приносит в жизнь человека много ограничений и вместе с ними изменений. Особенно когда речь идёт о тяжёлом и хроническом недуге или внезапно обрушившимся на человека несчастье, каковым можно назвать тяжёлую травму, приведшую к инвалидности. Одна из важнейших задач психологов, работающих с людьми, получившими спинальную травму, помочь им принять данный этап жизни. Важно суметь принять его не с покорностью жертвы, а научиться относиться к нему активно и, можно даже сказать, творчески. Хотя понятие творчества редко ассоциируется с восстановлением здоровья, в данном случае этот термин вполне применим. Ведь человек после спинномозговой травмы фактически вынужден учиться жить заново как в физиологическом, так и в психологическом смысле.

Важно понимать, на каком этапе развития травмы находится пациент. По срокам травматическая болезнь спинного мозга делится на следующие периоды:

1. Острый период (первые 3 суток)

2. Ранний период (от 3 суток до 4 недель)

3. Промежуточный период (от 1 до 3 месяцев)

4. Восстановительный период (после 3 месяцев)

5. Поздний период (более трёх лет).

В реабилитационном центре мы имеем дело с пациентами в восстановительном или позднем периоде. Иногда сюда поступают

пациенты, которые ещё не были дома после получения травмы и у них только начинается постепенное восстановление двигательных навыков и чувствительности или замещение утраченных функций. Часто в этом случае человек ещё не переработал опыт утраты, которой с психологической точки зрения является травма. И тогда психологу нужно, прежде всего, работать с переживанием состояния горя и постепенно подвигать пациента к созданию новых смыслов жизни. Важной составляющей психологической работы на этом этапе травмы является работа с родственниками. Ведь для них травма близкого человека является столь же неожиданной и пугающей. Как правило, родственники не менее дезадаптированы, чем сам больной. Зачастую они также остро переживают крушение жизненных планов личных и семейных, встают перед необходимостью освоения новых для себя навыков ухода и нуждаются в психологической поддержке, информации об особенностях физического и психологического состояния при спинальной травме. К сожалению, не всегда родственники отвечают на приглашение психолога. Хотя опыт показывает, что нередко необходимость в обучении адекватным стратегиям поведения и коррекции эмоциональной сферы у родственников есть и на поздних стадиях травматической болезни близкого человека. На поздних этапах спинальной травмы чаще встают вопросы интеграции в активную социальную жизнь и разрешение сопряжённых с этим психологических проблем.

Важный момент для успешной работы – ориентация самого психолога в особенностях соматических проявлений спинальной травмы и последовательности восстановления. Сам пациент зачастую затрудняется оценить собственные успехи в восстановлении. Как показывают наблюдения, большинство пациентов весьма избирательно воспринимают информацию врачей о своем состоянии, отбирая лишь ту, что согласуется с наиболее часто встречающейся внутренней установкой «всё или ничего». Если врач говорит с пациентом в позитивном ключе, давая ему надежду на то, что «всё будет хорошо» – пациент часто воспринимает это, как обещание, что он должен начать ходить непременно и как можно быстрее. Многие пациенты, впервые оказавшиеся в реабилитационном центре, при первичном консультировании говорят о том, что планируют выйти из него на собственных ногах: «Пусть с ходунками, или палками, но самостоятельно». Надо ли говорить о том, что чаще всего, несмотря на насыщенный реабилитационный график, этого не происходит? Для пациента это оборачивается снижением настроения и желания

активно действовать к концу пребывания в центре. Если врач, зная о частом преувеличении пациентов, старается избегать успокаивающих и обнадёживающих фраз, описывая лишь наличное нарушение – пациенты часто решают, что это приговор и нет смысла помогать врачу, бороться за своё восстановление. Им овладевает депрессия или апатия уже на начальных этапах реабилитации. Поэтому одна из задач психолога спокойно и тактично дать пациенту информацию о том, какие изменения с ним будут происходить по мере восстановительного лечения. Полезно привести примеры, рассказать о том, как действуют уже адаптировавшиеся к изменениям «спинальники со стажем» в тревожащих пациента ситуациях.

Здесь хочется отметить, что кажущееся неудобство из-за одновременного пребывания в реабилитационном центре пациентов с разными сроками травматической болезни, может быть хорошим психологическим ресурсом для пациентов в раннем этапе восстановительного периода. Реальный жизненный опыт – это бесценный инструмент помощи человеку. Психолог может выступать как фасилитатор, посредник в организации общения пациентов между собой. Большинство пациентов, прошедших все трудности принятия инвалидности и научившихся активно жить, охотно делятся своим опытом. По отзывам «новичков» такое общение им очень помогает. Многие поддерживают контакт и в дальнейшем, после выписки из центра. Это очень важно, поскольку реалии жизни таковы, что часто пациенты, воспрянувшие духом в стенах центра, оказавшись дома, вновь погружаются в депрессию. Это связано с такими причинами как психологическая неготовность семьи к изменениям, неготовность самого пациента к изменениям в своей семейной роли, ограничения в самостоятельности, передвижении, возможности выйти за рамки семейного круга и самостоятельно действовать в социуме. Призванные облегчить эту ситуацию социальные службы зачастую действуют весьма медлительно и неповоротливо. Как сказала одна пациентка через 2 недели после выписки из центра, лучше бы я не знала, что может быть так хорошо, тогда мне сейчас, наверное, не было бы так плохо. Слова о том, что «может быть так хорошо», относятся к той реабилитационной среде, атмосфере, которая создана в центре.

Специалисты, работающие с людьми, имеющими ОВЗ, хорошо понимают, что зачастую людей «стены лечат». Там, где помимо комплекса медицинских мероприятий создана атмосфера доверия,

открытости, есть возможности для удовлетворения культурных и духовных потребностей (организованы поездки в театры, музеи, на спортивные соревнования, просмотр кинофильмов, концерты, дополнительные занятия творчеством) восстановление идёт гораздо эффективнее. Подобная атмосфера имеет огромный психотерапевтический эффект за счёт того, что человек чувствует себя не просто объектом помощи, а сам является активным субъектом организации своего времени – у него есть право выбора и возможность осуществить выбранное. Это особенно актуально для людей, имеющих ограничения в передвижении. Психологи не раз замечали, что простая возможность свободного выхода на улицу, чтобы посидеть на воздухе на территории Центра уже значительно сокращает количество обращений за психологической помощью. Кстати, невозможность свободного перемещения, замкнутость в границах собственной квартиры одна из самых распространённых жалоб пациентов и причин душевного дискомфорта.

Сегодня всё чаще начинают говорить о создании реабилитационной среды для людей с ОВЗ. При этом подразумевается объединение реабилитанта и среды, в которой создана возможность для реабилитационной деятельности, внутри какого-то социального учреждения. Практика подтверждает, что подобный подход, сочетающий активность самого человека и объединение всех специалистов в единый коллектив с общей целью достичь максимального раскрытия всех возможностей адаптации, даёт хорошие результаты. Правда и то, что зачастую достигнутые успехи существенно снижаются при возвращении человека домой, в социум.

Причина тому очевидна – реабилитационная среда не должна быть фрагментарной. И если мы понимаем, что человеческая среда – мощный фактор, способный как оздоровить психику, так и погубить её, необходимо задуматься о том, как вынести атмосферу принятия, доброжелательности по отношению к людям с ОВЗ за границы реабилитационных центров. К сожалению, сегодня многие спинальники расценивают среду за пределами реабилитационных центров и специализированных санаториев как агрессивную. Речь идёт, прежде всего, о её агрессивности по отношению к психике человека. Сегодня большинство людей понимает, что сама организация пространства, окружающего человека, архитектура, ландшафт, его открытость или закрытость существенно влияют на эмоции человека, а через них и на психику в целом. Вынужденная

замкнутость внутри ограниченного пространства комнаты, однообразность, искусственность интерьера, отсутствие естественного разнообразия природных запахов, недостаток естественного солнечного освещения – всё это наносит невидимый, но весьма ощутимый удар по психике человека, входит в противоречие с формировавшимися веками естественными механизмами выживания. Это неизбежно приводит к внутреннему напряжению. А длительное пребывание в таком состоянии к дистрессу и различным неврозам, депрессиям. Сегодня это весьма характерная картина для жителей больших городов, которые в силу повышенной занятости почти не бывают на природе. Что же говорить о людях, для которых самостоятельное перемещение представляет значительную проблему? И ведь в реабилитационных центрах пациентов учат управлять коляской, пользоваться различными вспомогательными средствами передвижения, но всё зачастую разбивается о реалии жизни за пределами специализированных учреждений. Подобная ситуация становится причиной появления апатии у многих пациентов, снижения мотивации к психологической работе. Работа над собой не является и не может являться обязательной по этическим соображениям. И многие пациенты прямо говорят о том, что психолог не может помочь удовлетворить их главную потребность – в свободном передвижении. А раз так – стоит ли копаться в душе, если жизнь «взаперти» многими воспринимается как основной компонент душевного дискомфорта.

Безусловно, сами психологи могут дискутировать о том, так ли это, говорить о внутренней свободе, о свободе творчества, которым может стать сама жизнь. Но факт остаётся фактом, не все люди, пережившие травму спинного мозга готовы к подобным дискуссиям. Видя это, порой и сами специалисты теряют энтузиазм. Синдром эмоционального выгорания специалистов во многом связан с весьма ощутимыми различиями среды проживания для пациентов в стенах центра и за его пределами. Есть много вопросов социального плана, ответы на которые лежат за пределами компетенции психологов. И пока они не станут предметом внимания общества в целом, реабилитационная среда останется узкоспециализированным понятием.

Формирование личностной культуры у старшеклассников специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида

Коновалова Л.Л.

Краевое государственное казенное специальное (коррекционное) образовательное учреждение для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья «Назаровская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа VIII вида»,
Красноярский край, г. Назарово

Решение проблем жизненной адаптации старшеклассников предполагает не только успешность их социальной деятельности, но и определенный уровень их личностной культуры [1].

Если рассматривать социальность как врожденное свойство индивида, то и процесс социальной адаптации следует определить как активно-развивающийся, а не только активно-приспособительный. Фундаментальными, ключевыми измерениями адаптации остаются ее процессуальный и результативный аспекты. Полноценная адаптация всегда включает в себя целый спектр самоизменений и выработку новых личностных качеств, поскольку речь идет об активном самоизменении, самокоррекции, в соответствии с требованиями среды [3].

Построение эффективных коррекционных программ сопровождения не ограничивается обучением в его традиционных формах. В соответствии с предложенной общей концепцией нового федерального стандарта образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (ВОЗ) оно предполагает формирование жизненных компетенций, объем и содержание которых определяется дифференцированно, в зависимости от реальных и потенциальных возможностей ребенка [2].

Базовая личностная культура и социальная адаптация являются взаимозависимыми категориями. Базовая культура обеспечивает социальную компетентность, делает ее возможной. В то же время, сформированность социальной компетентности свидетельствует о высоком уровне личностной культуры, поскольку предполагает гибкость в социальном взаимодействии, принятия других людей и способность в зависимости от ситуации выбирать адекватные конструктивные решения. Социальная компетентность, способность к социальной адаптации является признаком личностной культуры

человека [1].

Для старшеклассников с ограниченными возможностями здоровья, обучающимися в школе VIII вида, очень важно после окончания обучения не только овладеть навыками и умениями определенной профессии, но и иметь хороший уровень личностной культуры, что помогало бы им налаживать взаимоотношения в обществе с другими людьми. Успешность формирования адаптивного поведения, его длительность во многом зависят от того, насколько сам субъект адаптации уверен в своих способностях и верит в успешность своих действий. Для этого мы предполагаем, что в специальной (коррекционной) школе необходимо создать условия для развития адаптивных возможностей каждого воспитанника через включение в различные виды деятельности.

Использование культурологического подхода в определении компонентов социальной компетентности обусловлено осмыслением культурных парадигм и характеристик как базисных ценностей личности. Неизбежным и необходимым становится обращение к ценностным аспектам проблемы изучения и формирования социальной компетентности подростков и молодежи, поскольку именно ценности личности являются регуляторами ее деятельности и отношений в социуме. Ценностями определяется выбор социальной позиции, поведения во взаимодействии с другими людьми, регуляция принятия решений, их выбор [1].

Для исследования личностной культуры старшеклассников использовалась «Методика изучения личностной культуры старшеклассников», разработанная и апробированная М.И. Лукьяновой и А.Н. Шахматовой. Эта методика представляет собой попытку определить базовую культуру личности через основополагающие жизненные ценности, принятие и сформированность которых свидетельствуют об определенном уровне социальной компетентности, способности к социальной адаптации. Исследование проводилось в 2010 – 2011 учебном году на базе Назаровской коррекционной школы VIII вида. В исследовании приняли участие учащиеся 9, 10, 11 классов. Общее число выборки – 29 человек.

В основе предлагаемой методики – модель личностной культуры, главными компонентами которой являются базовые (фундаментальные) ценности – призвание и любовь, и дополнительные шкалы: личностные отношения, личностное время, личностное пространство. Проанализируем полученные результаты исследования по выделенным шкалам личностной культуры.

Шкала «Призвание» - это смысложизненная задача в определенном виде деятельности, решению которой человек посвящает свою жизнь. Эта задача содержит в свернутом виде целую жизненную программу и связывает человека с ценностями добра, истины, красоты. Проявляется в активности человека, в особом отношении человека к тому виду деятельности, в которой он обнаруживает свою смысложизненную задачу. У большего количества исследуемых старшеклассников низкий уровень сформированности этой шкалы, который говорит о том, что учащиеся не стремятся к освоению новых видов деятельности, избегают трудностей, не проявляют интереса к осознанию, обнаружению своего предназначения в жизни. Они ориентируются только на то, что при избранной профессии окажутся материально обеспеченными.

Шкала «Предпосылки любви» - базовые ценности человека – любовь, обращенность человека к другим людям и его связи с ними. Любовь – явление многоаспектное, многоуровневое, динамичное. Многомерная реальность отношений, в которые вступает человек, выражается в различных видах любви: к самому себе, личная индивидуализированная половая любовь, любовь к Богу. 55% исследуемых учащихся имеют средний уровень сформированности этого качества, что указывает на готовность этих ребят заботиться о другом человеке, их желании оказывать друг другу помощь в случае необходимости, умение выражать свои добрые чувства в адрес близкого человека и проявлять к нему уважение.

Шкала «Личностные отношения» - это отношения, вступая в которые человек обретает и осуществляет свое призвание, любовь и веру, помогает другим людям в процессе поиска и осуществления призвания и любви. 72% учащихся имеют средний уровень личностных взаимоотношений – это свидетельствует о том, что эти учащиеся воспринимают природу человека в целом как положительную, способны к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально-насыщенных контактов с людьми.

Шкала «Личностное время» - это время бытия, структурируемое человеком особым образом ради плодотворной самореализации в призвании, любви и вере. Личностное время рассматривается в двух аспектах: циклическом (распорядок дня, недельный, месячный, годовой циклы) и линейном (события и этапы личностного бытия). 51% человек выборки имеют низкий уровень развития, что означает ориентацию человека лишь на один отрезок временной шкалы (прошлое, настоящее, будущее) или дискретное восприятие своего жизненного пути. 49% учащихся имеют средний уровень, что

свидетельствует, во-первых, о способности жить настоящим, т.е. переживать настоящий момент жизни; во-вторых, об ощущении неразрывности прошлого, настоящего и будущего, т.е. о способности видеть свою жизнь целостной.

Шкала «Личностное пространство» - это система избранных мест, с которыми человек глубоко связан призванием, любовью, верой. Большее количество учащихся имеют средний уровень развития, который свидетельствует об отношении к этим пространственным объектам как к личностному (важному) пространству. В этом случае учащийся поддержку и понимание находит в своей семье, испытывает положительные эмоции от отношения с близкими людьми, готов с родственниками делиться своими чувствами и переживаниями. Школу учащиеся считают своим вторым домом, где они активны и неравнодушны.

Общий базовый уровень культуры воспринимается как совокупность сформированных базовых человеческих ценностей. Анализируя полученные данные, следует отметить, что большее количество учащихся 10 класса имеют низкий уровень сформированности личностной культуры, средний уровень наблюдается у выпускников 11 класса, что подтверждает необходимость сопровождения учащихся до этого возраста, чтобы подвести выпускников до средней групповой нормы изучаемого контингента учащихся (старшие подростки 15 – 16 лет).

В результате проведенного экспериментального исследования удалось проследить уровень сформированности по каждой шкале, предложенной методикой и выявить общий уровень личностной культуры старшеклассников с ограниченными возможностями здоровья в процессе обучения в специальной (коррекционной) школе VIII вида, разработать на их основе методические рекомендации, которые будут способствовать индивидуальному подходу по развитию личностной культуры.

Методические рекомендации:

- Организовывать для старшеклассников различные виды деятельности, которые способствовали бы развитию активности обучающихся и формировали базовую шкалу личностной культуры – призвание.

- Способствовать формированию интереса к другим людям, умение высоко ценить позитивные качества другого человека и выражать свое положительное отношение к нему, значимость индивидуальности и неповторимости каждого другого человека, желание быть полезным и нужным, востребованным другими.

- Создавать в классе доброжелательные дружеские отношения, формировать позитивные установки по отношению друг к другу и к другим людям.

- Важно формировать эмоционально-значимое отношение школьников к процессу общения как к уникальной возможности личностного роста, как к источнику взаимного культурного общения.

- Учить учащихся беречь время, относиться к нему как к ценности, воспринимать время как важную смысловую структуру. Учить учащихся доводить начатое дело до конца.

- Вызывать у учащихся положительное отношение к каким-либо конкретным пространственным объектам, которые личностно связаны с ним. Развивать чувство уюта и комфорта в школе и семье.

- Способствовать развитию желания найти свою смысложизненную задачу и развивать волю к призванию.

Литература

1. Лукьянова М.И. Моя профессия – детский психолог. Практическое пособие для специалистов общеобразовательных учреждений. – М.: АРКТИ, 2007, с.86 – 106.

2. Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л., Никольская О.С., Кукушкина О.И. Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции// Дефектология – 2009, №1, с. 5 – 19.

3. Реан А.А. Психология адаптации личности/А.А.Реан, А.Р.Кудашев, А.А. Баранов. – СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2008, с. 23-55.

Качество жизни пациентов с травматической болезнью спинного мозга. Психологические аспекты

Курбанов Р.С.
Реабилитационный центр «Преодоление», г. Москва

Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) является одним из тяжелых видов травм, который характеризуется высокой инвалидизацией. Больные с ТБСМ нуждаются в постоянном медицинском контроле, проведении медицинской, психологической и социальной реабилитации.

В последние десятилетия для определения эффективности проведенных реабилитационных мероприятий исследователи стали все чаще использовать показатели качества жизни. Это вызвано тем, что клинические критерии далеко не всегда соответствуют социальной значимости достигнутых результатов и, тем более, субъективной оценке самого пациента. Так, например, больные с тяжелыми нарушениями функций опоры и движения, нередко большее значение придают таким факторам, как расширение возможностей общения с окружающими, чем увеличению показателей подвижности [2, 41].

Качество жизни является одним из системообразующих факторов всей психической организации человека.

Качество жизни — это интегральная характеристика физических, психических и социальных возможностей организма человека, позволяющих ему не только функционировать как индивидууму, но и адаптироваться к окружающим стрессорным факторам с наименьшими потерями для здоровья [30, 3].

По определению ВОЗ, качество жизни (Quality of Life) — это восприятие индивидуумом своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума.

Структура качества жизни базируется на трех основных компонентах:

• условия жизни, т. е. объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.);

• образ жизни, т. е. субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни (досуг, духовность и др.);

• удовлетворенность условиями и образом жизни.

В последнее время отмечается улучшение отдаленных результатов восстановительного лечения больных с ТБСМ и, следовательно, у них появляется больше шансов на выздоровление. В этой связи острее становится проблема изучения качества жизни, физической, социальной и психологической адаптации при ТБСМ.

Отмечается, что пациенты, имеющие объективно сходную клиническую симптоматику и динамику выздоровления, по-разному воспринимают и оценивают свое состояние. [3, 30]

Поэтому одной из актуальных научно-практических задач является исследование психологических факторов, влияющих на оценку качества жизни больных со спинальными нарушениями.

Оценка пациентом качества своей жизни зависит от многих факторов, в том числе:

- От уровня притязаний и ожиданий в жизни
- От имеющихся барьеров в реализации этих ожиданий
- От индивидуальных эмоциональных и поведенческих реакций на фрустрацию ожиданий [1, 129-130]

Исследователи утверждают, что важной поддержкой для пациентов становится понимание концепта в личностной перспективе, как субъективное благополучие и субъективное восприятие качества жизни, а не только имеющиеся у пациента возможности и условия жизни. В то же время, последние также играют важную роль в оценке качества жизни пациента.

Кроме того, оценка качества жизни меняется со временем, в соответствии с жизненными событиями, изменениями внутренних стандартов, способности к совладанию, культуральными изменениями, течением болезни [1, 130].

В соответствии с разного рода исследованиями возможными факторами прогноза качества жизни пациента являются:

- Демографические факторы: возраст, давность травмы, образование, семейное положение, этнические факторы
- Факторы, связанные с самой травмой.
- Факторы, связанные с состоянием здоровья: мобильность, воспринимаемое здоровье, повторные госпитализации, осложнения.
- Боль
- Психологические факторы: одиночество, скука, степень контролируемости своей жизни, другие факторы
- Социальная реинтеграция и участие в общественной жизни

- Факторы среды: воспринимаемая социальная поддержка, обустройство дома, жизненная ситуация и др. [[1, 130].].

Для более глубоко изучения психологических аспектов качества жизни пациентов с ТБСМ на 2011 - 2012 учебные годы запланирована исследовательская работа под руководством зав. кафедрой психологической реабилитации факультета клинической и специальной психологии МГППУ Щербаковой Анной Михайловной. Исследовательская база - РЦ «Преодоление», где одновременно находятся на реабилитации инвалиды, перенесшие спинальную травму с различным сроком и уровнем травмы. По результатом исследования будет оформлена кандидатская диссертация.

Литература

1. Булюбаш И.Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара, 2011.

2. Золоев Г.К., Васильченко Е.М. Исследование качества жизни в клинической практике // Медицина в Кузбассе. 2004. № 1. С. 41-44.

3. Кокоренко В.Л. Психические факторы оценки качества жизни больных со спинальными нарушениями // ученые записки сПбГиПср. 2008. №1. С.30-32.

4. Романова Е.С., Коган Б.М., свистунова Е.В., Ананьева Е.В. Система психологической помощи больным с травматической болезнью спинного мозга в специализированном реабилитационном центре // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М. 2010.

Цели психологической реабилитации детей с муковисцидозом с учетом формирующихся личностных особенностей под влиянием тяжелого хронического заболевания

Куртанова Ю. Е.
МГППУ, г. Москва

Тяжелая болезнь, такая как муковисцидоз, зачастую создает своеобразные дефицитарные условия развития личности. Наша задача состоит в том, чтобы попытаться создать для больного ребенка такую социальную ситуацию, которая помогла бы сформировать оптимальные возможности для его личностного развития.

Цель нашего исследования состояла в изучении личностных особенностей детей с муковисцидозом в возрасте 7-17 лет. В исследовании приняли участие 32 ребенка. Все испытуемые этой группы страдают муковисцидозом смешанной формы, у половины из них отмечается тяжелое течение болезни, у остальных – течение средней тяжести. Исследование проводилось на базе Российской детской клинической больницы.

Методический инструментарий включил в себя комплекс психодиагностических методов, позволяющих сформировать наиболее целостное представление о личностных особенностях больных детей. Для выявления самооценки испытуемых мы использовали методику Дембо-Рубинштейн. Для изучения тревожности мы применяли шкалу явной тревожности в адаптации А.М. Прихожан, для определения мотивационно-потребностной сферы была использована методика «Незаконченные предложения», а для изучения социальной адаптации - проективная методика Рене Жиля.

По результатам исследования было отмечено, что у детей с муковисцидозом высоки показатели неадекватной самооценки (37,5% детей с завышенной самооценкой, 25% - с заниженной и 12,5% - с неустойчивой самооценкой). Детей с адекватной самооценкой было выявлено только 25%. В целом у мальчиков выявлено преобладание заниженной самооценки, а у девочек – завышенной. К тому же у девочек выявлен более высокий процент адекватной самооценки.

У детей с муковисцидозом преобладает средний уровень тревожности (53,1%). У подростков, страдающих муковисцидозом, видны значимые различия между мальчиками и девочками:

показатели среднего уровня тревожности выше у мальчиков, у девочек преобладает повышенная тревожность.

Понятие счастья дети зачастую отождествляют с понятием здоровья. Основными потребностями этих детей являются выздоровление, общение со сверстниками и материальное благополучие. При этом с возрастом у детей увеличивается значимость здоровья.

Дети, страдающие муковисцидозом, имеют высокую потребность в общении, которая достаточно часто не удовлетворяется. Они имеют высокий показатель стремления к лидерству, доминированию в группе – 40,5%. К подростковому возрасту круг их общения становится более поверхностным.

Отдельной целью нашего исследования стало выявление внутренней картины болезни детей с муковисцидозом. В качестве метода исследования использовалась регламентированная клиническая беседа. Для удобства изложения полученных результатов мы всех испытуемых разделили на три возрастные группы: младшую (7-9 лет), среднюю (10-12 лет) и старшую (13-17 лет).

По результатам исследования можно сказать, что все дети знали о цели пребывания в стационаре, но не все могли дать название своей болезни. При муковисцидозе название болезни знают все дети подросткового возраста, не могут дать название своей болезни 38% детей младшей и 5% детей средней группы.

Адекватные представления о ходе заболевания муковисцидозом имеют 53% детей из младшей, 76% из средней и 86% детей из старшей группы. Довольно высокий процент детей со сформированной концепцией заболевания объясняется тем, что больные муковисцидозом ежедневно вынуждены поддерживать состояние своего здоровья (пить ферменты, откашливаться и т.п.).

О причинах заболеваний дети строят свои предположения. При муковисцидозе 30% детей младшего, 23% среднего возраста, а также 39% детей старшего возраста считают причиной болезни наследственную предрасположенность, считают болезнь врожденной 30% младших, 47% средних и 43% старших детей. Остальные дети называли в качестве причины заболеваний простуду, отравление, заражение и даже колдовство. Затруднялись назвать причину своего заболевания 7% детей всех возрастов. Таким образом, мы видим, что наряду с адекватными представлениями о причинах заболеваний встречаются и выдуманные, фантастические.

Дети с муковисцидозом никого не винят в возникновении своего заболевания (84% младшей, 100% средней и 86% старшей группы). Остальные обвиняют родственников, а в подростковом возрасте себя самого. У детей, которые обвиняют себя в возникновении своего заболевания, чаще, чем у остальных, отмечается неадекватная самооценка.

Возможность выздоровления видят 69% детей с муковисцидозом младшей группы. В средней группе 76% детей с муковисцидозом считают, что их болезнь излечима. Остальные же говорят, что вылечиться невозможно, можно лишь временно улучшить свое соматическое состояние. В старшей группе только 39% детей с муковисцидозом верят в возможность выздоровления.

Эти данные говорят о том, что с возрастом дети становятся более критичными к результатам лечения, все больше сомневаются в возможность выздоровления. У подростков при ощущении невозможности выздоровления начинают сужаться жизненные цели, им становится трудно планировать свое будущее, свою профессиональную деятельность. А у больных муковисцидозом это происходит наряду с возможностью смертельного исхода, бесплодием. У многих из них происходит перестройка иерархии мотивов по типу выдвижения в качестве ведущего – мотива «сохранения здоровья» **(**Муладжанова Т. Н., 1983). Таким детям необходима ранняя профориентация с учетом интересов ребенка и ограничений, накладываемых заболеванием.

При муковисцидозе считают свою болезнь смертельной 30% детей младшей группы, 47% средней и 69% старшей группы.

Помимо лечебных процедур, которые назначает врач, дети говорили, что для выздоровления им важна моральная поддержка со стороны близких людей, что важно просить Бога о выздоровлении.

Дети с муковисцидозом часто отмечали, что их болезнь им мешает. 84% младших, 82% средних и 65% старших детей отмечают различные неудобства, которые являются следствием болезни. Чаще всего это ежедневные процедуры, принятие таблеток, посещение больниц, кашель, сниженные физические и энергетические возможности.

Относительно последствий заболевания дети отмечали следующее. 30% детей в младшей, 17% в средней и 73% в старшей группе считают, что их заболевание негативно отразится на их будущей жизни (различными осложнениями, ухудшением соматического состояния и возможностью летального исхода). Как мы

видим, с возрастом увеличивается процент детей, отмечающих влияние хронического заболевания на их последующую жизнь.

При этом дети с муковисцидозом больными себя считают не всегда. Только 61% детей младшей, 88% детей средней и 73% старшей группы могут назвать себя больными людьми. Снижение числа детей к старшему возрасту, признающих себя больными, может быть связано с тем, что у подростков с муковисцидозом активно действуют механизмы психологической защиты.

Большинство детей всех возрастов признают различия в жизни здоровых и больных людей. Эти различия они видят в отсутствии необходимости посещать врачей, больницы, санатории, принимать лекарства, в отсутствии ограничений в жизни, в возможности заниматься спортом у здоровых людей.

17% подростков с муковисцидозом считают, что полностью здоровых людей вообще не бывает. Они отмечают, что здоровые люди редко болеют, ведут здоровый образ жизни (не просто занимаются спортом, но и не имеют вредных привычек), у них меньше ограничений в жизни, они не считают себя больными, их ничего не беспокоит, они веселы и счастливы.

Младшие дети не любят говорить со сверстниками о своей болезни, потому что «дружить не будут, подумают, что я заразная», а старшие, «потому что будут смеяться». Часто дети с муковисцидозом отмечают непонимание со стороны здоровых сверстников. Поэтому эти дети легче и раскованнее чувствуют себя в больницах и санаториях в обществе сверстников с тем же заболеванием, чем в компании здоровых детей.

79% больных муковисцидозом получают знания о своей болезни от матери, а 73% детей знают о подробностях своего заболевания от врачей. Следует отметить, что при редких патологиях у детей отмечается большая зависимость от лечащего врача, от его мнений, замечаний, особенно в подростковом возрасте.

Таким образом, мы видим огромное влияние матери и врачей на получение знаний и отношение к болезни детей. И от того, как мать и врач преподнесут информацию ребенку о его болезни, от того, как мать сама отнесется к этой информации, во многом зависит внутренняя картина болезни самого ребенка.

Таким образом, по результатам всего исследования можно сказать, что у детей с муковисцидозом отмечаются следующие психологические трудности:

1. снижение самооценки, ощущение ребенка, что он отличается от своих здоровых сверстников;
2. высокий уровень тревожности у девочек из-за наличия тяжелого соматического заболевания;
3. трудности в коммуникативной сфере из-за недостаточного развития навыков общения, поверхностный круг общения;
4. искажение мотивационно-потребностной сферы по типу выдвижения в качестве ведущего и единственного – мотива «сохранения здоровья»;
5. трудности осознания заболевания, искаженное формирование внутренней картины болезни.

Психолог, который занимается психологической реабилитацией детей с муковисцидозом, должен проводить работу по следующим направлениям:

- стабилизация эмоционального состояния, повышение эмоционального фона;
- релаксация;
- коррекция самооценки, развитие самопознания и самопринятия;
- расширение коммуникативных возможностей, круга общения;
- формирование смыслообразующих жизненных потребностей, интересов, мотивов.
- повышение мотивации лечения, субъективное включение ребенка в процесс реабилитации;
- содействие более глубокому осознанию особенностей имеющегося заболевания, формирование навыков контроля над ним;
- психологическая адаптация в условиях госпитализации;
- адаптация в условиях имеющегося заболевания (соблюдение диеты, необходимость приема лекарств, посещение медицинских учреждений и т. п.);
- профилактика дезадаптивного поведения;
- профориентация с учетом ограничений, накладываемых заболеванием.

Также важна работа психолога с родителями. Цели семейной психотерапии и консультирования в рамках реабилитации детей с муковисцидозом следующие:

- информирование родителей по вопросам индивидуальных, возрастных и нозологических особенностей ребенка;
- снижение гиперопеки со стороны родителей;

- формирование адекватного отношения родителей к заболеванию ребенка;
- осознание и отреагирование негативных эмоций, возникающих у родителей из-за наличия болезни у ребенка (вина, дистимия, агрессия, тревога, страхи);
- налаживание семейных взаимоотношений, непосредственно влияющих на психологическое состояние ребенка.

Литература

1. Муладжанова Т. Н. Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом: Автореф. дис… канд. психол. наук. - М., 1983. – 14 с.

Эмоциональная адаптация женщин с ограниченными возможностями здоровья в процессе восстановительной арт-терапии

Лебедева Л.Д.,
Институт позитивных технологий и консалтинга,
г. Москва

Музяков В.В., Родионов В.В.,
Ульяновский областной клинический онкологический диспансер,
г. Ульяновск

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ «Экопсихологическая модель эмоциональной адаптации больных раком молочной железы в процессе восстановительной арт-терапии», проект № 11-06-00480а

Результаты теоретико-прикладного исследования, представленные в данной статье, отражают проблемы междисциплинарного взаимодействия в реабилитационном процессе онкобольных женщин. Они получены на основе интеграции подходов экологической психологии, психоонкологии, арт-терапии и через

профессиональную идентичность участников непосредственно связаны со сферой образования.

Центральной задачей нашего проекта является разработка экопсихологической модели комплексного лечения, включающего коррекцию патологических психоэмоциональных состояний личности, обусловленных пролонгированным стрессом на фоне рака молочной железы, с целью повышения эмоционального статуса и улучшения качества жизни онкобольных женщин. Качество жизни пациентов в цивилизованных странах мира относится к числу приоритетных и наиболее перспективных направлений научных исследований. По мнению ученых, разработка системы профилактических и реабилитационных мероприятий для женщин со злокачественным заболеванием молочной железы является не только морально-этической, но и государственной задачей. Рак молочной железы (РМЖ) является одним из самых распространенных заболеваний современности. Поэтому в лечении диссеминированных форм этой болезни на первый план выходит задача максимально длительного сохранения качества жизни женщин, включая его важнейший показатель - психоэмоциональный статус. Эмоциональная адаптация в контексте «возвращения к здоровью» с позиций эколого-психологического подхода предполагает преодоление комплексного влияния «экстремальной среды»: ослабление и устранение последствий сильных психотравмирующих переживаний, негативных установок, неуверенности в своих силах, тревожности, страха рецидива болезни и т.д. Эмоциональная адаптация посредством создания специальных психологических условий, содействующих достижению стабильного положительного эффекта лечения, ведет к развитию эмоциональной устойчивости.

В Российской психологии целостная концепция устойчивости личности была предложена Л.И. Божович (1966). Современные исследования в контексте близкородственных понятий (жизнестойкость, сопротивляемость, психологическая выносливость, резистентность) выполняются на уровне интеграции научного знания (И.А. Баева, 2002; Д.А. Леонтьев, 2002; А.Г. Маклаков, 2001; В.И. Панов, 2001, 2004; В.Б. Стрелец, 2004). Различные аспекты эмоциональной устойчивости изучали К.К. Платонов и Л.М. Шварц (1948), Л.М. Аболин (1987), Л.П. Баданина (1996), Ф.Е. Василюк (1984), Л.Г. Дикая (2002), А.И. Захаров (1995), М.И. Дьяченко и В.А. Пономаренко (1990), Н.Д. Левитов (1964), В.Д. Небылицин (1976), Я. Рейковский (1979), Л.С. Славина (1966), Л.М. Шварц (1948) и др. В публикациях по проблематике психоонкологии

аргументировано доказано влияние эмоциональных переживаний на патогенез злокачественных опухолей (А.В. Гнездилов, 2002; В.Я. Семке, 2003).

Связь между вегетативной (симпатической) и иммунной системами с участием энодкринной системы, объясняет, почему стресс и неоптимальные функциональные состояния приводят к нарушению иммунной системы и к онкологическим заболеваниям [2]. В работах Ю.А. Александровского подтверждено влияние психотравмирующей ситуации на прорыв адаптационного барьера индивида [1]. В.И. Панов, развивая методологию экологической психологии, акцентирует влияние пространственно-предметных свойств окружающей среды на психические состояния и сознание человека, подчеркивая, что напряженность жизненной среды приводит к повышенной напряженности психического состояния индивида [3].

В ряде зарубежных публикаций показано, что эмоциональное напряжение онкобольных сохраняется на долгие годы и характеризуется субъективно переживаемым беспокойством, озабоченностью, нервозностью (Clarke, 1995, D. Spiegel, 1989; U. Veronesi, J. Martino, 1978). Многие исследователи отмечают эффективность арт-терапии в поддержке онкобольных (Дж. Аллан, С. Бах, Р. Гудман, Э. Кюблер-Росс, М. Наумбург, Б. Соуркис, Г. Ферс). В частности, Д. Шаверьен (2006) подчеркивает, что достаточно «материализовать с помощью живописи, музыки и тиражировать» некоторое патологическое явление, как наступает облегчение текущего состояния. Отечественные специалисты в области арт-психотерапии (А.В. Гнездилов, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, А.И. Копытин и др.) также считают, что игнорирование в клинической картине оценки эмоционального состояния личности отдаляет достижение положительного результата в лечении.

Из общих закономерностей течения стрессовых реакций (Ф.З. Меерсон, 1981) следует, что длительные изменения нервно-психического статуса организма (эмоциональная депривация; депрессии, неврозы и др.) способствуют развитию или прогрессированию онкозаболевания, лечение которого оставляет глубокий след в сознании женщин на долгие годы. Постоянные воспоминания о перенесенной болезни и радикальной операции вызывают тяжелые эмоциональные переживания, сопровождающиеся чувствами беспомощности, отверженности, потери женственности, неполноценности, ущербности, страхом возможной социальной изоляции и распада семьи. По данным междисциплинарных

исследований, только 15% онкобольных женщин могут самостоятельно справляться с эмоциональными трудностями, а 85% - нуждаются в эффективной помощи. Поэтому, наряду с современными формами медикаментозного лечения, необходима сопутствующая психокоррекция эмоционального состояния онкобольных адекватными средствами, в числе которых выделяется арт-терапия. Именно это направление психотерапевтической работы позволяет деликатно, экологично, опосредованно через художественные образы получить доступ к переживаниям и установить психотерапевтический контакт с пациентом. Использование воображения и невербальных средств предоставляет клиенту альтернативный путь для самоисследования и самоисцеления. По словам Н. Роджерс, этот процесс является мощной интегрирующей силой. «…Переживания могут быть конструктивно канализированы в креативные занятия … искусством» [4]. Доказано, что неотъемлемая часть переживаний онкобольных женщин – страх, который ярко выражен во всех периодах заболевания: при обнаружении опухоли, постановке диагноза, операции, страх за будущее (прогноз на продолжительность жизни, стабильность семейных отношений, социальную востребованность и др.). Поэтому немаловажную роль в психокоррекции эмоционального состояния больных РМЖ играет арт-терапевтическая работа с установками и личными легендами, такими, например, как восприятие болезни в качестве результата чьего-то воздействия («сглаз», зависть, месть) или «линии судьбы» (плохая наследственность, «кара», «наказание»).

Профессиональная деятельность в системе образования усиливает чувство изоляции, поскольку в педагогическом коллективе не принято открыто обсуждать личные темы, а тему онкозаболевания тем более. По данным исследования, изоляция, которая наступает у больных, особенно отчётливо проявляется в личностной сфере (до 80% женщин скрывают факт своего заболевания). А поскольку переживание может быть воплощено в художественных образах, задачей арт-терапии становится развитие навыков самоуправления эмоциональными состояниями, оптимизация эмоционального статуса и эмоционального фона деятельности (аттракция, эмпатия, сочувствие, сопереживание, «эмоциональное напряжение»), усиление жизнестойкости и стрессоустойчивости, изменение отношения к себе и своей проблеме.

Применительно к онкологии арт-терапию можно отнести к комплиментарным средствам, способствующим активизации внутренних психоэмоциональных и креативных резервов личности.

Использование воображения и невербальных средств не только открывает путь к самоисследованию и самопомощи, но и является своеобразным предиктором эмоциональной адаптации личности.

Литература

1.Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. М: Litterra, 2010. 272 с.

2. Данилова Н.Н. Психофизиология: Уч. издание. М.:Аспект пресс, 1998. 372 с.

3. Панов В.И. Экологическая психология: Опыт построения методологии. М.: Наука, 2004. 196 с.

4. Роджерс Н. Путь к целостности: человеко-центрированная терапия на основе экспрессивных искусств. URL: http://www.trialog.ru/library/scipubl/951132.htm (дата обращения: 14.06.2011).

Слухоречевое развитие – фундамент психологической абилитации и реабилитации детей с нарушением слуха

Леонгард Э.И.

Научно-исследовательский институт дошкольного образования им. А.В.Запорожца, г. Москва

За последние десятилетия термин «реабилитация» приобрёл неправомерно расширительное значение при обучении и воспитании лиц с ограниченными возможностями здоровья, особенно детей. Во многих ситуациях мы имеем дело с двумя разными процессами.

Известно, что р**еабилитация –** это «возвращение», *вос*становление *утраченных* функций, умений, *утраченного* физического или психического здоровья, *утраченных* способностей и т.д. Но в отношении детей, у которых нарушение слуха произошло в раннем или дошкольном возрасте, речь не может идти о *возвращении* утраченных функций, о *восстановлении* утраченных функциональных систем, потому что они отсутствовали с самого начала. В этой ситуации задача специалистов состоит в создании, *созидании* этих функций, способностей и т.д., в обеспечении условий для нормализации физического и психического здоровья каждого ребёнка.

Это и является абилитацией, в процессе которой происходит профилактика или преодоление «вторичных» дефектов, уже

возникших вследствие глухоты, и реализуется потенциал личностного, интеллектуального, эмоционального, коммуникативного, физического развития детей данной категории.

Таким образом, термин «реабилитация» далеко не всегда соответствует смыслу реально осуществляемого педагогического процесса, как и процесса нормализации психического здоровья детей с нарушением слуха.

Использование той или иной формы обучения и воспитания – абилитации или реабилитации – детерминировано не возрастом детей, а временем потери слуха и условиями, в которых происходит/происходило развитие детей. В психологической абилитации нуждаются дети, нарушение слуха у которых наступило до овладения ими речью. В психологической реабилитации нуждаются так называемые позднооглохшие дети, т.е. дети, у которых до потери слуха речь уже была сформирована. Нарушение слуха вызывает у этих детей сильный стресс: они перестают понимать речь окружающих, их собственная речь достаточно быстро начинает распадаться, и дети выпадают из социума.

Причина нарушения психического здоровья глухих и слабослышащих детей заключается в нарушении или резком снижении слуха, в нарушении или отсутствии речи, поэтому ядром абилитационного процесса является слухоречевое развитие этой категории детей и, прежде всего, формирование у них *механизма речевого слуха* - фундамента и базы *создаваемой* даже у глухого ребёнка слухоречевой системы.

Слуховая система человека, настроенная на восприятие и порождение речи, представляет собой устойчивую структуру и выполняет свою функцию только тогда, когда её элементами являются:

а) *слушание* (приём речевого стимула);

б) *почти синхронное проговаривание,* воспроизведение услышанного (сопряжённая или отражённая речь);

в) *синхронное самопрослушивание;*

г) осмысливание услышанного (возникновение представлений, образов слов, выслушанных и произнесённых).

Механизм речевого слуха - это база для функционирования *новых для* глухих и слабослышащих функциональных систем – *слухо-зрительной и слуховой.* В этих условиях глухие дети становятся, как и слышащие, *носителями родного языка.* В дальнейшем дети могут самостоятельно, без помощи переводчиков жестового языка,

инициировать контакты со слышащими людьми, даже незнакомыми, самостоятельно решать свои проблемы и т.д.

Одной из важнейших и трудных в своём решении задач становления механизма восприятия речи является формирование у глухих (слабослышащих) сопряжённого и отражённого проговаривания вслух обращённого к ним высказывания. Со временем, постепенно громкое проговаривание переходит в шёпотное. А затем внешние его проявления исчезают совсем – происходит переход к скрытому проговариванию, которое детьми уже не осознаётся. Именно с этого момента у глухих, как и у слышащих, начинает действовать механизм внутренней речи, который «включается», когда человек слушает другого человека, читает, пишет, размышляет, вспоминает о чём-либо, планирует свою деятельность и т.п. Этого уровня достигает каждый человек, прошедший нормальный путь становления речи, путь слухоречевого развития.

Для формирования механизма речевого слуха и механизма восприятия устной речи у детей выработывается навык *синхронного действия* четырёх систем - зрительной, «рукодвигательной» (при письме), речедвигательной, слуховой: во время письма они проговаривают то, что пишут, и слушают себя; во время устного общения – смотрят на собеседника, сопряжённо с ним говорят и слушают себя.

Определяющим в понимании устной речи является способность человека *услышать* высказывание. Имеется в виду не «слух» вообще, не «слушание», а именно «*слышание*», потому что можно слушать и не слышать. Слышать – значит понимать, а понимать – значит слышать.

Несмотря на органическое поражение слуха, в результате многолетней абилитационной и реабилитационной работы по его формированию и развитию даже глухие дети с остатками слуха (а они есть фактически у всех детей) становятся «функционально слышащими», поскольку у них полноценно действует механизм речевого слуха. Это происходит потому, что в процессе формирования механизма речевого слуха начинают функционировать сохранные клетки улитки и активизируются слуховые и речевые зоны коры головного мозга. У детей с ограниченными возможностями здоровья по слуху развивается новая фундаментальная способность - способность к слуховому самоанализу: они могут анализировать своё слуховое восприятие, удерживать фонетическую структуру услышанного (именно услышанного, т.к. зрение при обучении

слушанию исключается), воспроизводить её и сопоставлять с переданным речевым стимулом.

Если механизм восприятия устной речи базируется *только на зрительном восприятии, без участия слуха* (дети не носят слуховые аппараты, и с детьми не проводится абилитационная работа по развитию речевого слуха), то разборчивость и внятность речи детей находятся на низком уровне.

Отрицательно воздействует на разные стороны психического и личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья по слуху изоляция.

Непреодолённые «вторичные» дефекты нарушают ход личностного и социального развития детей дошкольного и школьного возраста, что проявляется в повышенной зависимости от окружающих, неспособности самостоятельно осуществлять социальные контакты, в неадекватной оценке окружающих и самооценке; в проявлении эгоистических тенденций; в поялении различного рода комплексов, чувства неполноценности; нарастании депривационного состояния, возникновении стрессов.

Все эти негативные состояния не являются фатально присущими детям с ограниченными возможностями здоровья по слуху – в подавляющем большинстве случаев они «рукотворны» (если у детей нет сложной структуры дефекта). Обязательным условием психологической абилитации и реабилитации детей с нарушением слуха является их интеграция в общество слышащих. Слухоречевая абилитация и реабилитация в условиях грамотно организованных интеграции и инклюзивного образования нормализуют психическое здоровье глухих и слабослышащих детей, которые становятся полноценными членами социума.

Переоценка ценностей больными шизофренией как ресурс в реабилитационной работе

Леонтьева Е.М.,
ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева, г. Москва

Головина О.Е.,
ф-т психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва

Важность и сложность реабилитационной работы для пациентов, переживших психоз или обострение шизофрении, находится сейчас в фокусе интереса огромного количества клинических психологов.

Успехи, достигнутые в диагностике нарушений мышления таких пациентов, не могут удовлетворить психологов-практиков, каждый день сталкивающихся с задачами реабилитации и с непреодолимыми сложностями в этой работе. К сожалению, на данный момент не существует единого подхода к методике реабилитации, который был бы применим в условиях отечественного стационара (впрочем, как и в условиях амбулатории), и еще шире – в рамках философии психиатрической помощи в России, хотя основы психопрофилактики были заложены достаточно давно [1, 3].

Практический опыт показывает, что реабилитация каждого пациента уникальна, начинается по-разному и по-разному протекает. На наш взгляд успех реабилитации сильно зависит от ее начальной точки, от запроса, который предъявляет пациент, от согласованности взглядов на реабилитационные процессы пациента и психолога. Начальная точка реабилитационной работы связана с происходящим после психоза или обострения болезни переосмыслением всей жизненной ситуации пациента. Важно выявить его представления о себе как о больном или здоровом человеке, нуждающемся или не нуждающемся в профессиональной психиатрической и психологической помощи. Что думает пациент о своих появившихся ограничениях или возможностях, о приемлемых отношениях с близким и более далеким социальным окружением, медицинским персоналом и т.д. Далеко не последнее место в этом сложном, многослойном и протяженном во времени процессе переосмысления занимает переоценка ценностей. Сама по себе госпитализация и особый психотический опыт являются сильнейшим стрессом для человека, настоящим вызовом для привычного склада жизни и образа мышления. Это вынуждает его пересматривать события, предшествующие этому периоду жизни, а иногда и всю жизнь в целом. Именно такая переоценка оказалась в фокусе данного исследования, которое проходило в рамках более широкого исследования ценностей больных шизофренией.

Нами были проанализированы ответы 48 больных шизофренией (кодировка F20 – F29 по МКБ-10 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) в возрасте от 20 до 50 лет, из которых 20 человек были мужчинами и 28 – женщинами.

Пациентов просили рассказать о том, что произошло с их жизненными ценностями после наступления болезни. Их свободные ответы записывались, а в дальнейшем подвергались качественно-

количественной обработке. На поставленный вопрос об изменениях в ценностной сфере, все пациенты отвечали после глубокого погружения в материал, которое происходило в процессе классификации набора из 22 ценностей. Предъявлялись следующие жизненные ценности: безопасность, богатство, вера, власть, доверие, дружба, здоровье, истина, красота, любовь, правда, признание, развитие, реальность, свобода, семья, справедливость, творчество, удовольствие, ум, уникальность, успех. Также учитывались ответы на различные дополнительные вопросы.

Подавляющее большинство участников исследования (91,7%) отметили, что переоценка ценностей после болезни действительно произошла. При этом достаточно важным является факт, что 93,2% пациентов демонстрируют позитивный вектор переоценки тех или иных ценностей и только 6,8% пациентов заявляли об изменениях в субъективно негативную сторону («устал сильно – стимулы все к развитию исчезли; понял, что справедливости нет, как и свободы тоже (в этой стране)», «раньше хотела семью, изменилась готовность к серьезным отношениям, мужчины вызывают недоверие, себя боюсь, не знаю, что от себя ждать, страх потерять контроль», «появилась вина; исчезло бурление творчества»).

Наиболее распространенным позитивным изменением (35%) оказалась переоценка значимости семьи. Пациенты говорили, что «семья становится ближе во время и после болезни», «важно ощущение … поддержки со стороны родных», «сейчас стал больше ценить семью», «семья – самое главное; моя болезнь всех сплотила», «стала очень важна семья»; «хочется, чтобы родители не беспокоились, были довольны, хочется им угодить», «дом и семья стали больше цениться», «я не знаю, что бы я делала без поддержки семьи, друзей», «стала дорожить своими близкими родственниками, они дают поддержку, моральную и финансовую помощь», «поняла, что самое близкое – это семья; только совместными усилиями удавалось выкарабкаться, родные вселяли в меня веру, очень поддерживали» и др. К этому важно добавить, что увеличение значимости семьи отмечают 15% мужчин, принявших участие в исследовании и 43% женщин.

Почти четверть пациентов (26%) отмечают, что изменилось их отношение к здоровью. Среди ответов встречаются такие высказывания: «Понял, как это ценно быть здоровым», «после болезни стал больше думать о здоровье», «стал чувствовать, что есть

люди здоровые, а есть как я», «на здоровье раньше не обращал внимания, сейчас понимаю, что это большая ценность», «… быть новым здоровым человеком», «здоровье стало более значимым» и т.п.

Гораздо выше после перенесенного психоза стала цениться реалистичность восприятия себя и окружающего мира (16% – «стал более трезво смотреть на вещи», «важно трезво оценивать реальность; если нет этого умения, то ничего не получится», «важно понимать себя»). Больше ценить свободу стали 9,3% пациентов («стала важна свобода; сейчас чувствую себя несвободной, инвалидом»), а дружбу – 12%.

В 7% случаев пациенты говорили, что стали больше ценить безопасность («важно ощущение безопасности», «думать стал о своей безопасности»), ответственность («осознавать то, что делаю, ответственность за свою жизнь, появилась сознательность», «стал серьезней относиться к учебе», «если сам чего-то не сделаешь, то за тебя никто не сделает; можно рассчитывать на свои силы только»), творчество («когда болел, получил несколько творческих премий, творчество стало важно», «можно уйти в творчество, забыться от болезни») и любовь.

Значительно реже упоминались усиление значимости общения между людьми, изменение отношения к работе, изменение границ приемлемого, повышение значимости развития, истины и веры, пересмотр отношения ко времени, появление позитивного видения будущего, осознание важности выхода из трудных жизненных ситуаций и самореализации, появление смысла жизни, расширения круга восприятия и интересов, усиления значимости таких характеристик как доверие, ум, успех.

Интересно отметить, что некоторые из приведенных выше изменений, характерны исключительно для мужчин, тогда как другие – исключительно для женщин. Так, на увеличение значимости личной безопасности указывают только мужчины, в то время как для женщин в фокусе переоценки оказались вера и свобода.

Таким образом, выявилось отчетливое лидерство нескольких ценностей (семьи, здоровья и реальности) в постпсихотической переоценке, что в нашем представлении может служить фундаментом для эффективной реабилитационной работы и выборе ее стратегии в каждом конкретном случае.

Можно надеяться, что увеличение ценности здоровья свидетельствует о наличии у пациента собственного представления о болезни, о том, что произошедшее с ним не является случайностью или объясняется различными необычными воздействиями. Во внутренней картине болезни таких пациентов существует возможность для осознания важности взаимодействия с медициной. Значит, реабилитационная работа может включать в себя поддержку контакта с медицинским персоналом, помощь в углублении взаимопонимания персоналом и лечащим врачом, и самое важное – создание мотивации на последующее амбулаторное лечение.

Усиление значимости у пациентов с психотическим опытом сосуществует вместе с сомнениями в ней, так как им пришлось столкнуться с фактом неразделенности их реальности другими людьми. Пациенты начинают остро нуждаться в доверительной опоре на других людей, чтобы иметь возможность проверить и согласовать свое видение реальности. Эта потребность должна быть поддержана специалистами по реабилитации. Если эта потребность поддерживается и пациенту удается установить доверительный контакт с лечащим врачом или специалистом по реабилитации, то можно прогнозировать, что нарушение у него социальной направленности [2], не будет увеличиваться. Наоборот, пациент в этот период становится очень заинтересован в других людях. Быть может впервые он становится готов признать существование некоторой конвенциальной реальности, что может существенно повысить уровень его функционирования. Конечно, такая работа должна вестись не только на языке симптомов, что, как правило, только травмирует пациентов. Необходима тщательная и аккуратная работа по восстановлению реальности пациента, в которой возможно и необходимо найти место и для значимых психотических переживаний.

В это же время увеличение значимости семьи может быть не столько позитивным фактом (в смысле нормализации отношений, зачастую конфликтных), сколько вскрывать некоторые тенденции к регрессу пациентов. Этот регресс основывается на специфике взаимоотношений в семьях больных шизофренией, в частности, включающей понимание «симбиотического поля» таких семей [4]. Оно описывает отсутствие необходимых процессов сепарации-индивидуации между детьми и родителями. Во время обострения психического расстройства многие пациенты, как это ни парадоксально, пытаются выйти из этого симбиотического поля,

проявляя себя с большей независимостью, что воспринимается ближайшим окружением как нарушение «нормального» поведения. И если такое обострение заканчивается госпитализацией (как правило, по инициативе обеспокоенных родственников), пациенты воспринимают свои попытки сепарации как неудачные, за которыми обязательно следует наказание (госпитализация). В некоторых случаях, действительно, имеет место некоторое изменение семейной ситуации в сторону нормальной сепарации пациента, но в большинстве случаев увеличение значимости ценности семьи может означать еще больший регресс пациента и закрепление симбиотических отношений в семье. В обоих случаях специалист по реабилитационной работе должен обращать внимание на такой результат и строить свою работу исходя из него.

Обобщая полученные результаты, важно подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев у пациентов, переживших психотический опыт, имеется позитивная переоценка значимых ценностей, обращение к которым может стать опорой при построении реабилитационной работы, налаживании продуктивного взаимодействия и движении к обретению контроля над болезнью и лечением. Также серьезное значение имеет социальная сторона реабилитации, возврат к трудовой и общественной деятельности, что напрямую отражается на самоощущении пациентов и поддерживает их психологическую безопасность.

Литература

1. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л., 1985.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание. М., 1991.
3. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л., 1987.
4. Scheflen A.E. Levels of Schizophrenia. NY, 1981.

Психологическая реабилитация лиц с нарушениями речевого развития

Лобанова Н.Е.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, г. Саранск

На современном этапе развития общества к личности предъявляются высокие требования, которые способствуют ее становлению, развитию и полноценному функционированию в социуме. Здоровая личность способна самостоятельно самосовершенствоваться и реализовывать требования, предъявляемые окружающими. Лица, имеющие отклонения в развитии, будут испытывать заметные трудности в адаптации и реабилитации в окружающем мире. Лица с речевыми нарушениями - не исключение, так как они составляют значительную часть общества. Это могут быть незначительные нарушения, затрагивающие только фонетическую сторону речи, но может быть общее недоразвитие речи, заикание, афазия и т.д. В данном случае потребуется комплексная квалифицированная помощь специалистов.

Самой важной формой социальной жизни несовершеннолетнего пациента является обучение в школе или в ином учебном заведении, а при патологическом формировании характера и личности эта сторона деятельности ребенка и подростка резко нарушается и приводит к школьной дезадаптации. Необходимо не только восстановить пригодность больного к обучению, но и его способность социально адаптироваться в учебном коллективе. Например, при лечении больных, у которых был симптом заикания, с этой целью используются различные виды психотерапии, направленные на восстановление коммуникативной функции речи, а также помогающие пациенту избавиться от логофобии, мутизма.

В процессе коррекционной работы, медицинская, педагогическая и психологическая ее составляющие выступают в неразрывном единстве. На начальном этапе реабилитации наибольший удельный вес приходится не только на деятельность медицинского персонала, но и на логопедов, и педагогов. Например, функциональные тренировки речи снимают у больных страх речи в условиях школьной ситуации и восстанавливают школьную адаптацию. Психологическая реабилитация ставит своей целью нормализовать характер пациента, избавить его от деформаций

личности, комплекса неполноценности, других остаточных явлений перенесенного заболевания, выражающихся в характерологических изменениях и психологических пертурбациях. Большое значение для психологической реабилитации имеет не только снятие симптомов болезни, но и перестройка отношения личности к имеющемуся или перенесенному заболеванию. Врач оказывается тем человеком, кому больной безоговорочно верит. В дальнейшем это отношение к врачу распространяется и на других людей. Воспитывая в наших пациентах чувство уверенности, спокойствия, собственного достоинства, ликвидируя у них чрезмерную робость, нерешительность, ранимость, стеснительность, замкнутость, мы делаем их жизненный стиль более оптимистичным, волю более сильной, оценку действительности более реалистичной - все это помогает ликвидировать проявления патологического формирования личности.

Психологическая реабилитация включает в себя преимущественно поддерживающую терапию. При лечении пациентов с системными психоневрологическими расстройствами и психогенными патологическими формированиями личности обнаружено, что повторное попадание в психотравмирующие условия способствовало усилению их характерологических особенностей. У тех детей и подростков с невротическими и неврозоподобными нарушениями, которые переставали (либо не имели возможностей в силу плохих материально-бытовых или психотравмирующих условий) выполнять данные им рекомендации, заикание, энурез, тики и т. д. вновь возникали. Поддерживающая терапия носит комплексный характер и включает в себя меры медико-психологического и социально-педагогического характера. С этой целью используются различные приемы психотерапии (в том числе «психотерапия средой» и «психотерапия среды»).

Обязательным является психотерапевтическое и социальное воздействие не только на самого пациента, но и на его родных и близких. В большинстве случаев это не столько психотерапия, сколько социотерапия среды. Необходимо улучшение психотерапевтической помощи детям и подросткам, создание стойкой системы амбулаторной психотерапии детей и подростков при включении в эту помощь психологов и социальных работников.

Термин «психологическая реабилитация» употребляется с 1974 года и обозначается как комплекс лечебно-психологических мероприятий, направленных на перевоспитание характера пациента с целью ликвидации у него психоневрологических отклонений и выработки устойчивой адаптации [1]. Психологическая реабилитация

подразумевает обретение личностью устойчивости, гармоничности, бодрости. Таким образом, психологическая реабилитация, подчиняясь общим целям лечения - достижению и закреплению выздоровления - имеет свои цели и методы. Если человек полностью реабилитирован по медицинским аспектам и социально, т. е. практически излечен от своих болезней, социально хорошо адаптирован, но в любой момент может наступить декомпенсация, опять возникнуть заболевание, так как внутренняя, психологическая стабильность не достигнута, либо она хрупка.

Психологическая реабилитация подразумевает [2]: правильную организацию жизни детей, т. е. соблюдение распорядка дня; организацию подходящих занятий и игр; правильное отношение к больному ребенку; устранение вредных для больного ребенка влияний. Если у ребенка формируются устойчивые положительные эмоциональные связи с педагогом, врачом, медицинской сестрой, то они в дальнейшем переносятся на других взрослых людей. Если же этого переноса нет или круг приятных ребенку людей не расширяется, то у него возникает ощущение своей покинутости, ненужности, он замыкается в себе, наступает отчуждение от обстановки и от окружающих людей. Таким образом, для гармонизации психики пациента необходим комплекс положительных воздействий со стороны семьи, дошкольного учреждения, школы, сверстников и общества в целом.

Полная медицинская и социальная реабилитация детей и подростков с проявлениями патологического формирования характера складывается из ряда последовательных мероприятий и эффективна при содружественной и целенаправленной деятельности врачей, педагогов, логопедов, родителей и учителей школ. Координатором последней должен быть, как правило, врач-психотерапевт.

Неотъемлемой составляющей психологической реабилитации является семейная реабилитация. Ее цель - поддержать хорошие отношения в семье, способствующие постоянной гармонии в состоянии бывшего пациента. Роль семьи особенно велика, например, при лечении неврозоподобного заикания. У школьников, особенно старшеклассников, нередки информационные неврозы (П. В. Симонов, 1968), клинически проявляющиеся в неврастении, неврозе навязчивых состояний, реже истерии, а чаще всего в системных неврозах. В развитии информационного невроза большое значение придается необходимости усвоить большой объем информации за очень короткое время, информации очень значимой или воспринимаемой человеком с гиперсоциальными наклонностями. Родители должны

воспитывать у детей чувство меры и здравого смысла, показывать самим пример в этом. Нужно научить ребенка сдержанно относиться к необходимости чересчур скрупулезно и за очень короткое время усвоить много информации. Ребенку нужно позволять усваивать только тот объем информации и за то время, которые безвредны для его здоровья [3].

Литература

1. Большая психологическая энциклопедия: — Санкт-Петербург: Эксмо, 2007. - 544 с.;

2. Манова-Томова В. С., Пирьов Г. Д., Пенушлиева Р. Д. Психологическая реабилитация при нарушениях поведения в детском возрасте. – София, 1982;

3. Психологическая реабилитация в детском возрасте: К. С. Бахарева — Санкт-Петербург, Феникс, 2009. - 256 с.

Сенсорная комната как современное высокотехнологичное средство психологической реабилитации детей и взрослых

Львова Н.В.

ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», г. Москва

Актуальность применения современных высокотехнологичных средств психологической реабилитации в восстановительном лечении обусловлена активным развитием и внедрением в медицинскую практику новых подходов к психофизиологической реабилитации. Использование такого оборудования позволяет расширять возможности реабилитации и получать эффективные результаты лечения детей и взрослых с различной патологией. Одним из известных и широко используемых в современной медицине средств психологической реабилитации является специальное оборудование SNOEZELEN (Снузлин) или сенсорная комната.

Сенсорная комната представляет собой высококачественное, изготавливаемое по индивидуальным проектам окружение, состоящее из множества различного рода стимуляторов: проекторов спецэффектов, воздушно-пузырьковых световых трубок, фиброоптических волокон, мерцающих бассейнов с прозрачными шариками, генераторов запахов, специальной музыки, водяных

виброзвуковых кроватей, различных световых, звуковых и тактильных настенных панелей, вращающихся зеркальных шаров, акриловых небьющихся зеркальных панелей, мягких пуфиков, поддерживающих подушек и валиков, сенсорных одеял и т.д. [1].

Разнообразие оборудования комнаты позволяет решать самый широкий спектр задач психологической реабилитации (снятие напряженности и негативных эмоций; снижение уровня тревожности, агрессивности, коррекция страхов; активизация познавательных процессов, восприятия, речи; развитие воображения и фантазии; развитие координации движения, моторики; повышение порога сенсорного восприятия, развитие кинестетической и тактильной чувствительности; развитие коммуникативных навыков позитивного общения и взаимодействия с окружающими и т.п.) и применять в сенсорной комнате как индивидуальные, так и групповые формы работы.

Попадая в такую комнату, ребенок или взрослый ощущает себя в полной безопасности. За 20-30 минут пребывания в сенсорной комнате пациентом осваиваются новые ощущения, его мозг активизируется через стимуляцию базовых чувств: зрения, слуха, обоняния, осязания, вестибулярных и других рецепторов.

Методика работы с использованием оборудования сенсорной комнаты основана на поэтапном включении, синхронизации и усилении всех сенсорных потоков путем различных видов стимулирующего воздействия. В результате такого массивного потока информации на каждый анализатор повышается активность восприятия, ускоряется образование межанализаторных связей, развивается саморегулирование процессов возбуждения и торможения, происходит стимуляция познавательной деятельности, мотивации, пробуждается интерес, подвижность и исследовательский подход, расширяется жизненный опыт и обогащается чувственный мир пациента.

Сенсорные комнаты изготавливаются на основе новейших научных достижений современной реабилитологии, где каждый элемент тщательным образом продуман и спроектирован так, чтобы он был абсолютно безопасным, максимально эффективным и исключительно надежным. Обстановка сенсорной комнаты, специально подобранное освещение, необычные предметы, звуки, запахи обеспечивают быстрое установление эмоционально положительного контакта между пациентом и психологом, что способствует высокой эффективности и результативности в работе.

Огромным плюсом сенсорной комнаты является возможность сочетания знакомства пациента с сенсорным оборудованием с применением различных методов психологического воздействия на пациента с учетом поставленных реабилитационных задач, его потребностей, возрастных, физиологических и психологических возможностей (игровые развивающие упражнения, тренинговая работа, консультирование, сеансы релаксации и т.п.). Разнообразие методов позволяет не только эффективно решать задачи психологической реабилитации, но также способствует развитию знаний, умений и творческих способностей специалиста-психолога, работающего в такой комнате.

Возрастных ограничений к занятиям в сенсорной комнате нет. Удобство использования сенсорной комнаты в психологической реабилитации заключается и в минимуме противопоказаний к ее применению. Возможными противопоказаниями в большинстве случаев являются: глубокая умственная отсталость, инфекционные и психические заболевания (в остром периоде). Частичными противопоказаниями являются наличие у пациентов частых эпилептических припадков.

Для детей и подростков знакомство с сенсорным оборудованием полезно сочетать с игровыми, развивающими упражнениями, тренинговой, коррекционной работой. Присутствие на занятиях родителей приветствуется (нахождение взрослого рядом с ребенком позволяет лучше узнать родителями своего ребенка, способствует положительному настрою в детско-родительских взаимоотношениях).

На первом этапе (примерно два занятия) ребенок подробно знакомится с комнатой, сенсорные панели не включаются. К незнакомым материалам, поверхностям, новым ощущениям ребенок привыкает постепенно. После того, как ребенок освоится в пространстве, поэтапно вводятся в действие элементы комнаты. Как установлено английскими учеными «оккупация мозга» сенсорными стимулами наступает на 15-20 минуте пребывания в сенсорной комнате, затем наступает полная релаксация. Исходя из этого, продолжительность каждого занятия составляет примерно 20 минут. За это время ребенком активно осваиваются новые ощущения, что стимулирует его познавательную деятельность, мотивацию, пробуждает интерес, подвижность и исследовательский подход, состояние же расслабления является благоприятным фоном для психотерапевтической работы. Периодический и многократный (от 4-5 раз и более) режим пребывания ребенка в такой комнате позволяет решать задачи его реабилитации.

В зависимости от требуемой направленности воздействия на ЦНС (активация или релаксация) оборудование сенсорной комнаты условно разделено на два функциональных блока. **Активационный блок** включает все оборудование со светооптическими, световыми и цветовыми эффектами, интерактивными переключателями, сенсорные панели и др.; звуки различной высоты и интенсивности; предметы, с которыми можно производить действия, способствующие развитию крупной и мелкой моторики; «сухой» бассейн для проведения активных подвижных игр. **В релаксационный блок** входят «сухой» бассейн с шариками, водяной матрац, пуфики с мягким наполнителем, легко принимающими форму тела, набор дисков с разнообразными картинками, библиотека записей релаксационной музыки, аромалампа с набором эфирных масел.

Релаксационный блок сенсорной комнаты отлично зарекомендовал себя в коррекционной работе со взрослыми. Медленно проплывающие по стенам картины с изображением природы, легкая гармоничная успокаивающая музыка, приятные ароматы легко и быстро настраивают пациента на отдых и расслабление. В релаксационном состоянии резко возрастает степень самовнушаемости, что используется для закрепления установок по формированию **новых** конструктивных навыков реагирования – таких как самоконтроль и самообладание в критических ситуациях, эмоциональная устойчивость, автоматический отказ от проявления гнева, обидчивости, мстительности. Поэтому нахождение пациента в таком состоянии полезно сочетать с сеансами обучения методам психического самоуправления (нервно-мышечной релаксации, аутогенной и идеомоторной тренировки, сенсорной репродукции). Это позволяет пациентам достигать состояния полного спокойствия и в дальнейшем самостоятельно применять полученные знания и навыки по коррекции своего психофизиологического состояния.

Пребывание пациента в течение нескольких минут в таком расслабленном, релаксационном состоянии даёт мощный оздоровительный эффект: нормализуются пульс, давление, улучшается общий гормональный фон организма, расслабляются все части тела, снимаются мышечные зажимы и спазмы, восстанавливается естественное питание внутренних органов, нормализуется кислотность желудочного сока (pH), снижается уровень тревожности. Полчаса нахождения пациента в таком состоянии равносильны 3 – 4 часам полноценного сна.

Таким образом, сенсорная комната, используемая как «энциклопедия стимулирующих ощущений», с большим

разнообразием впечатлений по сравнению с традиционным окружением, представляет собой реальную возможность расширять жизненный опыт пациентов и обогащать их чувственный мир. Занятия в этой комнате позволяют стимулировать зрительную, слуховую, тактильную модальность и использовать эту стимуляцию длительное время, поскольку в данных условиях привлекается массивный поток информации на каждый анализатор и восприятие становится более активным. Такая активная стимуляция всех анализаторных систем приводит не только к повышению активности восприятия, но и к ускорению образования межанализаторных связей [2].

Применение высокотехнологичного оборудования сенсорной комнаты в психологической реабилитации детей и взрослых позволяет насытить возможности комплексной реабилитации рядом новых коррекционно-развивающих задач, связанных с активизацией процесса саморегуляции, развитием сенсо-когнитивной сферы, расширяет возможности продуктивного взаимодействия в паре пациент-психолог (пациент-окружение), мотивирует пациентов на реабилитационный процесс, что повышает эффективность и результативность проводимых реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Сенсорные комнаты «Снузлин»: Сб. статей и методических рекомендаций. – М., 2001. – 154 с.

2. Титарь А. И. Игровые развивающие занятия в сенсорной комнате: Практическое пособие для ДОУ. – М., 2009. – 88 с.

Комплексная реабилитация детей-инвалидов, имеющих сохранный интеллект

Макарова В.С., Нигаматуллина О.Л.,

ФГУ Российский реабилитационный центр «Детство», Московская область,

Макаров И.Г.,

Национальная пациентская организация помощи больным, страдающим лимфедемой, АНО «ЛИМФА», г. Москва

На современном этапе развития медицины под комплексной реабилитацией детей-инвалидов подразумевается целый ряд мероприятий, включающий в себя всестороннее обследование ребенка, проведение восстановительного лечения, а также мероприятия направленные на социальную адаптацию и психолого-педагогическую коррекцию ребенка.

Особую группу среди детей-инвалидов составляют дети с грубыми физическими недостатками, но при этом имеющие сохранный интеллект. В РРЦ «Детство» в течение 15 лет проходили реабилитацию две группы детей. Первая – это дети с пороком развития лимфатической системы и имеющие лимфатические отеки (лимфедему) конечностей различной степени тяжести. Следует отметить, что проявляться лимфедема может как при рождении ребенка, так и в любом возрасте, но чаще всего в пубертатном (подростковом) периоде. Вторую группу представляли дети, перенесшие тяжелую ожоговую травму и имеющие грубые, уродующие рубцы.

В плане восстановительного лечения больным проводились физиотерапия, специальный массаж, ЛФК, медикаментозное лечение. Практически всем нашим больным были показаны повторные курсы лечения до 2-3 раз в год. Несмотря на достигнутые нами успехи в плане медицинской коррекции заболевания, эффективность лечения была бы не полной без проведения комплексной реабилитации, без тесного взаимодействия врача с психологом, педагогом, а при необходимости с дефектологом и логопедом.

Рассматривая вопросы реабилитации этих детей, большое значение имеет возраст ребенка. Если патология проявляется в пубертатный период, то проблем у подростка возникает гораздо больше, чем у ребенка младшего возраста, которые характеризуются неадекватной самооценкой, особыми негативными переживаниями относительно болезни, доходящими до депрессивного состояния, требующего вмешательства таких специалистов, как психоневролог и психиатр. Типичны фиксация внимания на своем заболевании, повышенный уровень тревожности, озабоченность в плане будущего. В общении такие дети преимущественно интровертированы, их потребность в общении часто не удовлетворяется, отмечается поверхностный круг общения из-за внутреннего ощущения непонимания со стороны здоровых сверстников.

Как показывает опыт, степень выраженности внешних нарушений не всегда коррелирует со степенью переживаний ребенка.

Формирование отношения к своему заболеванию прежде всего зависит от поведения близких ребенку людей, особенно родителей.

Психическая травма, вызванная как термическим поражением, так и длительным существованием обезображивающих рубцов может обусловить формирование патологической личности. Длительное отношение к ребенку как к тяжелому больному, а затем повышение требований к нему со стороны родителей и педагогов нередко встречает негативную реакцию. Если в семье ребенка и в детском учреждении, которое он посещает, сохраняются теплые и уравновешенные отношения, то признаки ожоговой энцефалопатии сглаживаются и могут проявиться лишь в условиях психотравмирующей ситуации. Поэтому важное значение приобретает психологическая реабилитация ребенка и его родителей.

При поступлении ребенка в стационар проводится обязательное первичное психологическое обследование, оформляется план индивидуальной психолого-педагогической коррекции.

Одним из аспектов психолого-педагогической коррекции и социальной адаптации данной группы детей является методика адаптации с использованием компьютерных технологий, в связи с чем в Центре был создан специальный коррекционный компьютерный класс, возглавляемый воспитателем-методистом.

Для оказания полноценной помощи ребенку воспитателю-методисту надо располагать определенными знаниями об особенностях психофизического состояния ребенка, уметь наблюдать и изучать его, знать, как правильно помочь ему в усвоении новых знаний, в формировании необходимых качеств личности. Поэтому воспитатель-методист вплотную работает с психологом и лечащим врачом. В Российский реабилитационный центр приезжают дети из различных регионов России, 40% из которых – жители сельской местности, зачастую из неблагополучной социальной среды. 10-15% - дети сироты. Некоторые из этих детей не имеют никакого представления о компьютере. В связи с этим каждый ребенок требует индивидуального подхода и подбора программ. Кроме того, никакая болезнь не может служить оправданием незнания элементарных правил общежития. Необходимо научить ребенка считаться с желаниями окружающих. Воспитание адекватного правильного поведения, культуры общения лучше всего достигается на коллективных занятиях.

Детей, занимающихся в коррекционном классе можно условно разделить на 4 возрастные группы:

1.дети раннего возраста (до 3-х лет)

2.дети дошкольного возраста (3-6 лет)

3.дети младшего школьного возраста (7-10 лет)

4.дети подросткового возраста (11-17 лет)

В работе с детьми-инвалидами раннего и дошкольного возраста необходим определенный подход. Умение видеть особенности детей – дошкольников, понимать их внутренний мир, организовать взаимодействие с ними на основе такого видения – основная задача методиста. Чем младше ребенок, тем выше темп его развития. Ситуации наблюдения за детьми, речевая продукция, детские рисунки, протоколы бесед и экспериментов являются основой системы компьютерных заданий.

Наши специалисты успешно использовали систему компьютерных программ для детей «КИД/Малыш», в которой задания сгруппированы с учетом их основной направленности (на развитие внимания, восприятия, мышления, речи, памяти), хотя при их выполнении корректируются и другие качества личности.

Для детей-инвалидов раннего возраста с внешними физическими недостатками не характерно осознание своего дефекта. Если нет поражения ЦНС (например, вследствие ожоговой травмы), то такие дети спокойны, для них не характерна тревожность, агрессия, они еще не задумываются над своим положением.

Для ребенка 2-й группы (3-6 лет) характерно осмысление своего положения, имеющегося недостатка. Если ребенок посещает детское учреждение (детский сад), то эти ощущения значительно усиливаются. В такой ситуации на помощь приходит психолог, работающий не только с ребенком, но и с его родителями. Тогда удается предотвратить или максимально снизить рост тревожности, добиться развития адекватной самооценки, что сыграет положительную роль, когда ребенок пойдет в школу.

Работая с детьми второй (3-6 лет) и третьей (7-10 лет) групп воспитатель-методист коррекционного класса выполняет задачи, которые определяет для него психолог.

Однако, наибольшие трудности представляет реабилитация детей-инвалидов пубертатного периода (10-17 лет). Особенно, если «катастрофа» наступила неожиданно: например, вследствие ожоговой травмы или внезапного развития лимфатического отека конечности в возрасте 10 лет и старше, что очень характерно для данного заболевания. Подростковый период сложен и труден для развития любой личности. Подросток сосредоточен на себе**.** Группа сверстников имеет первостепенное значение для людей в возрасте от десяти до двадцати лет. Именно с группой сверстников подросток

соотносит себя, свои поступки. Этот возраст – наиболее трудный период взросления любого человека, но особенно он труден для подростка-инвалида, имеющего не умственные, а физические недостатки.

Дети-инвалиды, обладающие сохранным интеллектом, по разным причинам лишены возможности усваивать новые знания и навыки наравне со своими сверстниками. Физические недостатки и нестабильное психическое состояние затрудняет их обучение и воспитание, делает особенно сложным процесс формирования их личности. Помощь таким детям должна быть разумной и иметь коррекционную направленность; необходимо единство в использовании мер воспитательного воздействия. Как правило, мы сталкиваемся с проявлением неадекватного отношения взрослых к таким детям. На ребенка смотрят как на больного и несчастного. Его лелеют, за него делают даже то, что без особого труда он смог бы сделать сам. К школьному возрасту ребенок, окруженный подобной опекой, не владеет элементарными навыками самообслуживания, не испытывает потребности и не понимает необходимости трудиться вместе с коллективом. Неуверенность в своих силах, полная безынициативность, отсутствие необходимых навыков – вот с чем зачастую сталкиваются воспитатели детских реабилитационных центров. Сформированная завышенная самооценка приводит к тому, что, берясь за непосильное для себя дело, ребенок не может его выполнить, начинает нервничать (вплоть до возникновения агрессивных проявлений), теряет веру в свои силы. Опыт работы и специальные научные исследования показали, что даже при значительном отставании детей от нормального развития, их состояние может быть улучшено. Нервная система детей пластична, податлива обучению, а систематические и целенаправленные занятия способствуют положительным существенным сдвигам. Чем раньше начинается эта работа, тем больших успехов следует ожидать, и компьютерные программы здесь призваны сыграть важную роль.

Помимо всего вышесказанного одним из наиболее важных аспектов социальной адаптации подростка-инвалида является решение проблемы его будущего, в частности, его профессиональной ориентации.

Формирование положительного отношения к труду, усвоение определенных трудовых навыков и выбор профессии - неотъемлемые компоненты становления личности. Но процессы эти не тождественны и не одновременны. В психологии развития профессиональное самоопределение обычно подразделяют на ряд этапов,

продолжительность которых варьирует в зависимости от социальных условий и индивидуальных условий развития.

Первый этап – детская игра.

Второй этап - подростковая фантазия.

Третий этап, захватывающий весь подростковый и часть юношеского возраста – предварительный выбор профессии.

Четвертый этап – практическое принятие решения, т.е. собственно выбор профессии, включает в себя два главных компонента:

1.определение уровня квалификации будущего труда, объема и длительности подготовки к нему.

2.выбор специальности.

К вышеизложенному нами может быть определен еще один подход - необходимость учитывать характер физического недостатка и психофизиологические особенности подростка-инвалида применительно к избираемой профессии.

Чтобы помочь подростку-инвалиду стать независимым, социально-компетентным человеком, выбрать достойную профессию, соответствующую состоянию его здоровья, сохранным звеньям его психической деятельности, с помощью специальных компьютерных программ и методик организована помощь детям-инвалидам, проходящим реабилитацию в нашем Центре, в выборе будущей профессии. Важное место в этом процессе занимает психодиагностика профессиональной направленности и способностей личности, поэтому в первую очередь с подростком работает психолог, изучая его склонности, интересы, интеллектуальные способности. Используются тестовые компьютерные методики: тест Кеттела (для подростков); батарея из 10 тестов (тест Стреляу - определение темперамента); порог активности (решительность); краткий ориентировочный тест; определение склонности к риску; эмоциональная направленность и т.д.; тренажер-тест на определение интеллектуального развития.

Затем подростку предлагают пройти профориентационную компьютерную программу «PROFI». «PROFI»-экспертная система, позволяющая найти оптимальное решение задачи профессионального выбора. Программа работает в диалоговом режиме, процедура тестирования каждый раз является уникальной, так как вопросы для каждого клиента система подбирает индивидуально.

Для получения более полной картины вниманию подростка предлагается методика психолога Дж. Холланда «Опросник профессиональных предпочтений». С помощью этой методики определяется социальный тип. Особенности личности являются

результатом взаимодействия множества факторов. К ним относятся: влияние семьи, родителей и других значимых людей, физическое окружение, состояние здоровья и т.д. Главная задача – с помощью этой методики выявить преобладающие интересы подростка. Эти интересы и способности личности формируют личностные диспозиции, которые определяют то, как подросток воспринимает окружающий мир, чувствует, думает и действует.

В аспекте социокультурной реабилитации используется арт-терапия, а именно нами были созданы так называемый домашний театр и кукольный театр. Совместно со священником и сестрами близ лежащего Кресто-Воздвиженского монастыря отмечаются главные православные праздники с активным участием наших пациентов. Все это в большой степени способствует сплоченности детей, снятию комплексов, развитию умственных способностей и межличностных отношений, восстановлению личности и ее полноценной жизни в условиях современного общества.

Таким образом, решение проблемы социальной адаптации и психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов с сохранным интеллектом, имеющих внешние физические недостатки, стало наиболее результативным при систематической работе с детьми специалистов разных профилей (врачей, педагогов, дефектологов, психологов, воспитателей-методистов), что позволило значительно улучшить качество жизни наших пациентов.

Специфика психологической реабилитации незрячих и слабовидящих детей

Минина О.Г., Данилова Е.А., Рочева Н.И., Коневская Е.В.
Сыктывкарский государственный университет,
г. Сыктывкар

«Надо верить, что жизнь может стать потрясающей! Ведь не шторм определяет, как пройдет плавание, а то, насколько хорошо оснащен твой корабль!»
(Из книги «Забота и уход»)

Обучение порой представляется сложным делом, и сталкиваясь с ним, мы иногда находим в себе силы, о существовании которых и не подозревали.

В особенности этот принцип действителен в контексте образования и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Более 10% населения планеты нетрудоспособны из-за инвалидности, и эта тема неисчерпаема и сложна.

Подготовка к жизни незрячих и включение их в производственные отношения является важнейшей социальной задачей. В новых условиях перехода страны к рыночной экономике сильно обострились проблемы социально-трудовой адаптации незрячих, их трудоустройства и обучения. Совершенно очевидно, что необходим поиск новых подходов создания рациональных методик обучения, коррекции и реабилитации инвалидов по зрению.

От родителей и педагогов зависит, насколько слабовидящий студент разовьет свои возможности и насколько активно и творчески он сможет участвовать в жизни общества. Многочисленные эксперименты опровергли утверждение о наличии функциональных отличий мозга ребенка с дефектом органов зрения от мозга ребенка с нормальным зрением. Но надо сказать, что развитие слепых и слабовидящих детей несколько отличается от развития ребенка с нормальным зрением.

Периоды развития слепых и слабовидящих детей более длительные по времени. Эта особенность развития детей с нарушением зрения обусловлена тем, что им приходится вырабатывать свои способы познания мира. Поэтому необходимо создавать благоприятные условия для их правильного развития, как в школе, так и вне школьных занятий с целью предотвращения возможных вторичных отклонений, так как известно, что при неправильной организации воспитания и обучения страдают познавательные процессы ребенка (такие, как восприятие, воображение, память, наглядно-образное мышление), наблюдаются отклонения в эмоциональном и интеллектуальном развитии, в развитии речи и моторики, что, в свою очередь, ведет к снижению эффективности учебного процесса. [1]

По мнению А.Г. Литвака [2], изучение психики слепых и слабовидящих осложняется, по сравнению с изучением психики нормальновидящих тем, что, помимо общечеловеческой субъективности ее проявлений, на последние оказывают существенное влияние разнообразные аномальные факторы (нарушения зрения), маскирующие и зачастую искажающие проявления основных закономерностей психических процессов, состояний и свойств личности. У слепых и слабовидящих достаточно

часто встречаются также грубые нарушения интеллекта, нервно-психические отклонения, психофизический инфантилизм.

Л.И. Солнцева выделяет следующие характерные особенности в развитии слепого ребенка.

Первая заключается в некотором общем отставании развития слепого ребенка по сравнению с развитием нормально видящего. Это проявляется как в области физического, так и в области умственного развития.

Многие тифлопедагоги прошлого отмечали безынициативность, пассивность слепого ребенка.[3] Пассивность и безынициативность часто возникают у слепого в результате неправильного воспитания, недостаточного внимания к развитию его движений, определенных личностных качеств (таких, как активность, самостоятельность) ориентировки, активности.

Темп развития слепого ребенка также неравномерен в различные периоды его жизни. Однако периоды развития слепых детей не совпадают с периодами развития зрячих. Это – вторая особенность развития слепого дошкольника. Несовпадение развития зрячих и слепых детей связано с тем, что слепому приходится вырабатывать свои способы познания предметного мира, не свойственные зрячим.

Третьей особенностью развития слепого ребенка является диспропорциональность. Она проявляется в том, что психические процессы и качества личности, которые менее страдают от отсутствия зрения (речь, мышление и т.д.), развиваются быстрее, хотя и своеобразно, другие, которые напрямую связаны со зрением, медленнее (движения, овладение пространством).

Часто у детей с нарушением зрения наблюдается низкий уровень физического развития. Следует отметить, что нарушение осанки у слепых и слабовидящих школьников составляет 59 %, тогда как у детей с нормальным зрением – 18 %. Значительно больше у первых и число простудных заболеваний.

Исследования врачей и физиологов давно доказали, что общее развитие детей и подростков, правильное функционирование у них всех систем и органов происходит лишь при достаточном количестве движений.

Те школьники, в режиме которых большое место занимает физическое развитие, обладают более высоким умственным развитием, сопротивляемостью к утомлению и простудным заболеванием, высокой работоспособностью, что не может не сказаться на повышении эффективности учебного процесса.

Необходимо поощрять и стимулировать двигательную активность ребенка, приучать его к обязательному выполнению утренней гимнастики, физических упражнений. Предварительно следует посоветоваться с врачом о возможной физической нагрузке для ребенка, совместно определить характер и объем упражнений, исходя из особенностей патологии зрения.

Таким образом, правильное построение процесса обучения и воспитания, как в школе, так и в семье, использование рационально подобранных методов и приемов, включение ребенка в полноценное общение, совместная деятельность и взаимопомощь педагогов и родителей в данном направлении позволит избежать подобных отклонений и значительно повысить уровень усвоения учащимися школьных знаний.

Литература

1. Дефектологический словарь. Электронный ресурс. URL: www.defectology.ru/t/tiflopedagogika.html

2. Литвак А.Г. Тифлопсихология. М.: – Просвещение, 1985. – 208 с.

3. Солнцева Л.И., Подколзина Е.Н. Воспитание и обучение слепого дошкольника. Российская академия образования. – М., 2005.

Психологические аспекты качества жизни у детей с кохлеарным имплантом в США

Пескова О.О.,
аспирант кафедры психолого – педагогических основ специального образования, факультета специальной педагогики
ГОУ ВПО МГПУ, ГОУ ЦППРиК «Благо», г. Москва

Потеря слуха отрицательно сказывается на многих аспектах жизни ребенка, особенно на тех, которые затрагивают коммуникацию, например, отношения в семье, общение с друзьями и освоение школьной программы [4, 9]. Эти трудности негативно сказываются на качестве жизни. Качество жизни – это удовлетворенность человека своей жизнью [8]. Этот термин включает в себя следующие психологические аспекты: адаптация к социуму, внутрисемейные и дружеские отношения, самооценка, а также школьная успеваемость,

здоровье. Помимо разнообразных факторов, влияющих на качество жизни, одной из причин сниженных показателей для детей с нарушенным слухом могут быть затруднения в коммуникации, невозможность выразить свои мысли и чувства; сложности в понимании речи, что негативно сказывается на установлении социальных взаимоотношений, и, в конечном счете, на успешной психологической реабилитации.

Одним из способов компенсации недостатков, связанных с нарушением слуха, является, среди прочих, кохлеарная имплантация (КИ). С середины 80-х годов КИ стала широко применяться во всем мире как один из видов лечения сенсоневральной тугоухости и глухоты. КИ - одно из важнейших открытий в области аудиологии за последние 30 лет. В настоящее время в мире насчитывается 188000 имплантированных пациентов. В США кохлеарный имплант используют 41500 взрослых и 25500 детей (данные на апрель 2009 г. предоставлены национальным институтом глухоты и других нарушений коммуникации, 2009).

В связи с тем, что улучшение слуха позитивно влияет на коммуникативные способности, предполагается, что кохлеарная имплантация оказывает положительное влияние на психологические аспекты качества жизни. Были отмечены значительные улучшения в самооценке детей, в навыках общения и внутрисемейных отношениях, [2,13] улучшение коммуникативных навыков, умение справляться с социальными ситуациями [1].

Кохлеарная имплантация обеспечивает доступ к аккустической информации для пациентов с глухотой или минимальными остатками слуха, которым не помогает слуховой аппарат. Кохлеарный имплант помогает преодолеть ограничения, вызванные глухотой. Положительное влияние КИ на восприятие речи широко описано в литературе [3, 5, 6, 7, 12]. Эти исследования показывают, что КИ значительно улучшает восприятие речи. Среди прочих факторов, влияющих на улучшение восприятия речи, одним из главных считается длительность использования КИ.

Несмотря на то, что улучшение восприятия речи тесно связанно с длительностью использования КИ, подразумевается, что положительные изменения психологических аспектов качества жизни будут следовать той же тенденции. Отсутствие работ, посвященных изучению взаимозависимости навыков восприятия речи и психологических аспектов качества жизни, а также лонгитюдных исследований, позволяющих проследить тенденцию в изменении

качества жизни детей с КИ, привели нас к идее рассмотрения этой проблемы.

Целью нашего исследования является рассмотрение взаимосвязи между восприятием речи и психологическими аспектами качества жизни у одной группы детей с КИ в разные периоды времени.

В исследовании принимали участие 17 человек (5 мальчиков и 12 девочек). Данные были предоставлены Кохлеарной Программой Далласа (Dallas Cochlear Implant Program, Callier center, The University of Texas at Dallas, Dallas, Texas). Все участники были глухими и были имплантированны в возрасте до 5 лет (средний возраст имплантации 28.7 месяцев, диапазон от 11.63 месяцев до 52.43 месяцев).

Качество жизни участников было исследованно с помощью анкеты для родителей, которые оценивали качество жизни своих детей (Parental Report of Child Health and Illness Profile Questionnaire CHIP-CF/CRF [11]). Исходная анкета состояла из 72 вопросов. Темы вопросов включали в себя: дружбу, школьную жизнь, отношения в семье и здоровье. Анализу не подвергались ответы на вопросы, которые, по нашему мнению, не ассоциируются с восприятием речи, например самочуствие в последние 4 недели и стомотологические данные. Сбор данных проводился после 48 и 72 месяцев после операции КИ.

Для исследования восприятия речи использовались восемь различных тестов, отличающихся по сложности: от самого простого – оценки родителями восприятия речи ребенка, до теста в условиях шума и в ситуации открытого выбора. Для оценки результатов восприятия речи после КИ используется «Индекс Распознавания Речи в условиях тишины» (ИРР) (Speech Recognition Index in Quiet (SRI-Q) [14]). Этот индекс позволяет распределить результаты тестов в порядке возрастания сложности от простого (родительский опросник, тесты закрытого выбора) к сложному (тесты открытого выбора). Баллы ранжируются от 0 до 600, где 600 это максимальный бал по самому сложному тесту (т.е. 100% правильных ответов по самому сложному тесту HINT-C). ИРР высчитывается путем добавления баллов к правильным ответам по тесту от 0 до 500 в зависимости от сложности теста. Например, 100 баллов добавляется к самому легкому тесту (ESP) и 500 к самому сложному. Установлен максимальный балл 650 для детей, которые смогли выполнить самый сложный тест.

Сбор данных о психологических особенностях качества жизни и восприятия речи проводился в 48 месяцев и 72 месяца после КИ.

Полученные результаты позволили нам проследить изменения в восприятии речи с течением времени и подтвердили ранее

существующие данные о том, что восприятие речи улучшается с увеличением длительности использования импланта. 93% детей с кохлеарным имплантом улучшили свой уровень восприятия речи (в среднем на 115.07 баллов) с 48 до 72 месяцев после КИ. Те дети, которые не демонстрировали высокий уровень восприятия речи после 48 месяцев использования импланта (ИРР до 300 баллов, то есть они могли справляться с тестами только в ситуации закрытого выбора), незначительно улучшили свои показатели и в дальнейшем. Несмотря на это, практически все дети продемонстрировали улучшения в восприятии речи, которые ассоциируются с длительностью использования КИ.

Наш следующий вопрос был об изменениях показателей качества жизни при увеличении длительности использования КИ. Для оценки качества жизни мы использовали опросник для родителей в 48 и 72 месяца после имплантации. Затем мы вычислили среднюю оценку качества жизни (по пятибальной шкале) для каждого ребенка в эти два периода времени. Оказалось, что показатели качества жизни детей с имплантами существенно не изменилось с 48 до 72 месяцев (средние показатели по группе: 4.38 балла в 48 месяцев и 4.49 баллов в 72 месяца после имплантации). Это может быть связано с тем, что в 48 месяцев после имплантации дети уже имели достаточно высокие показатели качества жизни. Этот результат оказался неожиданным. Мы предполагали, что дети с уровнем восприятия речи (ИРР до 300 баллов) продемонстрируют более низкие показатели качества жизни, но все родители отметили достаточно высокий уровень жизни их детей: 4 до 5 по пятибальной шкале. Различия статистически незначительны.

Наши результаты указывают на отсутствие взаимосвязи между навыками восприятия речи и качеством жизни.

Тот факт, что мы не обнаружили зависимость между качеством жизни и уровнем восприятия речи может быть объяснен ограничениями нашего исследования: низкой вариативностью уровня качества жизни в 48 и 72 месяца после имплантации, ограниченным количеством участников исследования.

Несмотря на то, что многие аспекты исследования являются спорными, в этом исследовании, несомненно, есть весомые преимущества. Во-первых, это лонгитюдное исследование, то есть оно позволяет проследить развитие одной группы детей на протяжении длительного периода времени. Во-вторых, данные показали, что уровень качества жизни существенно не отличаются у детей с высокими (больше 300 баллов по ИРР) и низкими (меньше 300 баллов

по ИРР) показателями восприятием речи. В обоих случаях показатели качества жизни остаются высокими. Наконец, мы подтвердили уже опубликованные данные о том, что длительность использования КИ положительно влияет на навыки восприятия речи [3,5,6,12].

Результаты исследования показали зависимость восприятия речи от длительности использования импланта, что в дальнейшем может быть использовно для психологической реабилитации, но мы не обнаружили доказательств взаимосвязи навыков восприятия речи и качества жизни. В дальнейшем мы планируем более детально остановиться на этом вопросе и расширить временной промежуток исследования.

Литература

1. Archbold SM, Lutman ME, Gregory S, O'Neill C, Nikolopoulos TP (2002). Parents and their deaf child: their perceptions three years after cochlear implantation. Deafness & Education International 4(1): 12-40.
2. Chmiel R, Sutton L, Jenkins H. 2000. Quality of life in children with cochlear implants. The Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology, Supplement 185:103-105.
3. Dowell RC, Dettman SJ, Blamey PJ, Barker EJ, Clark GM (2002). Speech perception in children using cochlear implants: prediction of long term outcomes. Cochlear Implants International 3(1): 1-18.
4. Freeman RD (1979). Psychosocial problems associated with childhood hearing impairment. In L. J. Bradford & W. G. Hardy (Eds.), Hearing and Hearing Impairment. New York: Grune & Stratton.
5. Gantz BJ, Rubinstein JT, Tyler RS, Teagle H, Cohen NL, Waltzman SB, et al. (2000). Long-term results of cochlear implants in children with residual hearing. The Annals of otology, rhinology & laryngology. Supplement 185: 33.
6. Geers A, Brenner C, Davidson L (2003). Factors associated with development of speech perception skills in children implanted by age five. Ear and Hearing 24(1): 24S.
7. Iler Kirk K, Hay-Mccutcheon M, Frush Holt R, Gao S, Qi R, Gerlain B (2007). Audiovisual spoken word recognition by children with cochlear implants. Audiological medicine 5(4): 250-261.
8. Lin FR, Niparko JK (2006). Measuring health-related quality of life after pediatric cochlear implantation: a systematic review. International journal of pediatric otorhinolaryngology 70(10): 1695-1706.

9. Meadow KP, Trybus R (1979). Behavioral and emotional problems of deaf children: An overview. Hearing and hearing impairment: 395-403.
10. Nicholas JG, Geers AE (2003). Personal, social, and family adjustment in school-aged children with a cochlear implant. Ear and Hearing 24(1): 69S.
11. Riley AW, Forrest CB, Rebok GW, Starfield B, Green BF, Robertson JA, et al. (2004). The child report form of the CHIP-Child Edition: reliability and validity. Medical care: 221-231.
12. Sarant J, Blamey P, Dowell R, Clark G, Gibson W (2001). Variation in speech perception scores among children with cochlear implants. Ear and Hearing 22(1): 18.
13. Schorr EA, Roth FP, Fox NA. 2009. Quality of Life for Children with Cochlear Implants: Perceived Benefits and Problems and the Perception of Single Words and Emotional Sounds. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 52:141-152.
14. Wang NY, Eisenberg LS, Johnson KC, Fink NE, Tobey EA, Quittner AL, et al. (2008). Tracking development of speech recognition: longitudinal data from hierarchical assessments in the Childhood Development after Cochlear Implantation Study. Otology & neurotology: official publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology and Neurotology 29(2): 240.

Формирование коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра в системе инклюзивного детского сада

Рубан О.В.
ГОУ д/с № 288
МГППУ, г. Москва
Научный руководитель – Белопольская Н.Л.

Развитие инклюзивной программы предоставляет возможность социальной адаптации лиц с ОВЗ, но вместе с тем, перед специалистами встает ряд актуальных вопросов. В первую очередь - насколько полезна интеграция для ребенка с ограниченными возможностями здоровья, и в какой период его можно включить в активную социальную среду, как подготовить детей к включению в группу нормативно развивающихся сверстников.

Одним из критериев включения ребенка в инклюзивную группу можно назвать уровень коммуникативных возможностей, готовность ребенка вступать во взаимодействие с активно меняющейся внешней средой. Коммуникативный процесс это не только трансляция когнитивного знака, но в первую очередь это эмоциональный, аффективный обмен. Вступающие во взаимодействие люди должны обладать единой знаковой системой, компонентами которой, являются и речевая конструкция, и ритмическая система, а так же единое обозначение предметно смысловой среды.

Вопрос готовности к интеграции остро встает при работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра.

Отсутствие направленного взаимодействия у детей этой нозологической группы отмечается уже на ранних этапах онтогенеза. В процессе развития ребенок не формирует навыки коммуникации а, как правило, активно избегает контактов с миром. Изначальное искажение психических процессов, нарушение интеграции приводит к формированию иной картины мира, сложностям в образовании смысловой структуры. Дефицит психической активности, искажение инстинктивно-аффективной сферы, нарушение моторной и сенсорной сфер, нарушения речи отражаются в способах коммуникации и взаимодействия с миром у детей с аутизмом.

Дети с расстройствами аутистического спектра отличаются гиперчувствительностью к сенсорным воздействиям. Ребенок болезненно реагирует на смену или изменение тональности звуковых стимулов, избегает телесного контакта и фронтального взора. Все эти аспекты формируют стереотипный характер поведения. Изначально стереотипность является для ребенка защитным механизмом, постепенно, однако, приобретая формы устойчивого способа внешней и внутренней регуляции.

Учитывая эти факторы, можно говорить, что интеграция для аутичного ребенка полезна только в том случае, если он готов безболезненно принимать условия окружающей среды.

Структурное подразделение «служба лекотека» детского сада № 288 позволяет подготовить детей с различными вариантами отклоняющегося развития к интеграции в социальную группу. На базе службы нами апробируется «программа формирования коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического

спектра» (РАС). В ней принимают участие дети с РАС в возрасте о четырех до семи лет. Мы предполагаем, что для успешной интеграции детей с РАС в инклюзивную среду необходима поэтапная коррекция всех компонентов коммуникативной сферы.

Цель программы: формирование коммуникативных навыков у дошкольников с расстройствами аутистического спектра.

В процессе разработки программы нами поставлены следующие задачи:

- Вывести критерии оценки в развитии коммуникативных навыков у детей с РАС.
- Исследовать особенности взаимодействия в диаде «мать - ребенок»; триаде «мать – ребенок - психолог»; особенности взаимодействия в среде сверстников.
- Провести серию коррекционных мероприятий по формированию коммуникативных навыков.

Программа коррекции реализуется в три этапа:

Первый этап - коррекция аффективного взаимодействия в диаде «мать - ребенок». Задачи этого этапа:

1. Сформировать адекватную оценку матерью уровня развития своего ребенка.
2. Снизить уровень тревожности у матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.
3. Расширить репертуар эмоционального взаимодействия в диаде.
4. Скорректировать базовые формы коммуникации
5. Создать условия для появления форм спонтанной реактивной коммуникации
6. Предоставить средства коммуникации

Второй этап коррекции направлен на формирование коммуникации в триаде «мать – ребенок – психолог» задачи этапа:

1. развитие сенсомоторной сферы,
2. мотивации к произвольной деятельности,
3. создание возможности произвольной регуляции,

4. формирование моделей поведения в процессе взаимодействия,
5. расширение средств и способов коммуникации,
6. создание условий для использования навыков коммуникации.

Третий этап: формирование навыков взаимодействия в группе сверстников

Задачи:

1. формирование мотивации к самостоятельной игровой деятельности
2. активное взаимодействие внутри группы
3. создание условий для произвольной инициации деятельности и ее своевременного завершения
4. понимание когнитивных задач и контекстов.
5. соблюдение правил и норм поведения в игровой ситуации.

Таким образом, на каждом этапе коррекции, мы ставим определенные акценты. На начальном этапе приоритетным направлением выступает коррекция аффективной сферы, базового взаимодействия между матерью и ребенком, предоставление средств и способов взаимодействия ребенка с миром. Вопросы снижения порогов чувствительности, развитие сенсомоторной сферы, расширение возможностей восприятия решаются на втором этапе. Заключительный этап предполагает смещение акцентов на развитие когнитивной сферы, регуляцию эмоционально–волевой сферы, реализацию игровых навыков.

В рамках программы нами используются различные методы коррекции.

При коррекции аффективного взаимодействия в диаде «мать – ребенок» используются средства народной педагогики (пестушки, потешки, колыбельные песни). Выбор данных методов был обусловлен простотой и доступностью понимания и использования родителями средств народной педагогики за пределами коррекционных занятий. Предложенный материал легко переносится в семейные будни, не требует специальной подготовки, сложной организации деятельности и дополнительных материалов.

В рамках занятий пестушки и потешки мы используем в том виде, в котором они дошли до нас, сохраняя аффективный настрой, ритмику игры, основные действия.

Для развития сенсомоторной сферы мы применяем формы детской продуктивной деятельности. Материалы, используемые на этом этапе, обладают уникальными свойствами, позволяющими наиболее мягко воздействовать на развитие восприятия ребенка. В процессе работы мы используем сыпучие и вязкие материалы (крупы, краски, глина), графические материалы, обладающие такими характеристиками, как запах, звук, цвет, фактура и пр. Занятия продуктивной деятельностью помогают снизить уровень тревожности, расширить репертуар видов активности. Наиболее возможным развитие произвольности и формирование мотивации к деятельности у детей с аутистическими расстройствами представляется нам в рамках продуктивной деятельности.

На завершающем этапе занятия проходят в групповой форме. Детям предлагаются игры с правилами, иные формы деятельности, предполагающие произвольную организацию пространства, проигрывание сказочных сюжетов с последующей проработкой характеров и образов героев. На данном этапе значительно снижается уровень внешнего контроля деятельности и ограничений пространства.

В качестве критериев успешности программы, на каждом этапе коррекции нами выделены следующие аспекты:

На первом этапе это:

1) уровень тревожности матери; 2)количество тактильных контактов; 3) уровень эмоционального взаимодействия 4)количество и качество поддержек и выполняемых действий 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 втором этапе:

1) уровень произвольной активности; 2) временной период нахождения ребенка в активном взаимодействии со средой; 3)

качество поддержек со стороны матери в процессе продуктивной деятельности; 4) возможности совместной деятельности; 5) вариативность деятельности; 6) возможности работы с различными типами материалов.

Критерии оценки успешности третьего этапа: 1)возможности произвольной регуляции поведения; 2) инициативные действия со стороны участников группы; 3) возможности удержания контекста, норм и правил в игровой ситуации.

После завершения коррекционных мероприятий качество программы может быть оценено по степени адаптации ребенка в инклюзивной группе детского сада.

На данном этапе нами проводится апробация компонентов программы. В процессе работы вырабатываются наиболее успешные методы и стратегии коррекции коммуникативной сферы, выверяются критерии оценки и диагностики.

Взаимодействие психолога и семьи в процессе реинтеграции в образовательный процесс детей, перенесших онкологические заболевания

Сафиуллина А.И.
Учреждение Российской академии образования «Институт психолого-педагогических проблем детства»
Научный руководитель – И.Л. Кириллов

Достижения современной медицины сделали возможным для детей и подростков, перенесших онкологические заболевания, достаточно быстрое возвращение к привычным видам деятельности, включая обучение в школе. Тем не менее, у детей и подростков в результате перенесенного заболевания отмечаются психологические трудности, которые могут привести к таким негативным изменениям как тревожность, замкнутость, страх самовыражения, трудности в усвоении материала, переживание социального стресса, проблемы в общении со сверстниками и учителями и т.д.

Важным звеном в процессе школьной реинтеграции является деятельность психолога. Психологическая помощь в преодолении последствий нарушения привычного функционирования детей

вследствие перенесенного заболевания и обеспечение успешной реинтеграции ребенка в образовательный процесс и образовательное сообщество невозможно без взаимодействия психолога и семьи.

Опыт психолого-педагогической работы с детьми и семьями в отделении гематологии Морозовской детской клинической больницы показал, что психологам, работающим с детьми, страдающими раком, необходимо знать о семейных отношениях ребенка и их роли в выздоровлении и школьной интеграции. Качество и характер отношений родитель-ребенок и ребенок-брат/сестра имеет прямое отношение к адаптации после болезни. Дети и подростки, вынужденные находиться в условиях эмоциональной и физической изоляции, могут проявлять чрезмерное внимание к родителям и (или) братьям и сестрам на протяжении всего лечения, а постоянный акцент на потребностях больного ребенка влияет на других членов семьи, особенно на братьев и сестер. Братья и сестры детей, больных раком, чаще всего не меньше родителей переживают за здоровье больного брата или сестры, но они могут оказаться в положении меньшего внимания со стороны родителей, что не может не сказаться на их воспитании. Психологам, работающим с такими семьями необходимо знать об этих проблемах, чтобы дать более глубокое понимание ситуации и повысить способность эффективного взаимодействия внутри семьи. Помимо этого психологи должны иметь информацию об особенностях прохождения всего курса лечения. Строгие процедуры лечения рака могут привести к изменениям внешнего вида, включая потерю волос, к чрезмерному увеличению веса или его потере, а также другим физическим отклонениям. Изменения во внешности у детей, особенно у подростков, становятся причинами низкой самооценки и отсутствия желания возобновлять отношения со сверстниками, возвращаться в школьную среду. Кроме того, дети, перенесшие онкологические заболевания, могут стать гипербдительными по отношению к внешнему виду, следя за тем, насколько хорошо они соответствуют социальным требованиям в рамках своей среды.

Наблюдаемые психологические трудности ставят перед практическими психологами задачу поиска путей изменения стратегии поведения для снижения беспокойства в процессе школьной реинтеграции.

Данные эмпирического исследования показали, что после постановки диагноза большинство родителей думают лишь о скорейшем выздоровлении ребенка и отводят на второй план «второстепенные» проблемы, в том числе и вопросы о возвращении

ребенка к привычным для него видам деятельности. И только когда заканчивается курс лечения, остро встает вопрос о школьной реинтеграции ребенка.

Анализ практической деятельности психологов показал, что сопровождение перехода ребенка из больницы в школу должно включать работу с родителями с целью помочь им понять, что возвращение ребенка к привычной для него деятельности благоприятно влияет на выздоровление и адаптацию после завершения курса лечения.

Таким образом, для устранения психологических последствий и успешной школьной реинтеграции после перенесенного онкологического заболевания взаимодействие психолога с семьей является необходимым. А для полноценной адаптации ребенка и безболезненной реинтеграции в образовательный процесс важно не оставлять вопросы о продолжении обучения, а искать возможности для получения новых знаний. Возвращение к привычным для ребенка видам деятельности, в том числе и к обучению, отвлекает ребенка от процедур, связанных с лечением, придает уверенность в собственных возможностях и дает, соответственно, новые ресурсы для скорейшего выздоровления.

Исследование особенностей самоотношения у младших подростков с хроническим соматическим заболеванием (на материале хронического гломерулонефрита и пиелонефрита)

Свиридова Т.В.
Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва

Современное общество характеризуется растущей потребностью в личностно-ориентированном подходе к подростку, его развитию. Младший подростковый возраст является узловым периодом формирования личности, наиболее сензитивным для развития самосознания.

В условиях хронической болезни подростки находятся в качественно иной социальной ситуации развития: хроническая астенизация, ограничение социальных контактов, родительская гиперопека и т.д.

В связи с этим возникает потребность в учете особой социальной ситуации развития такого подростка, поскольку хроническая соматическая болезнь деформирует ее. Меняется объективное место, занимаемое подростком в системе социальных

отношений, меняется его «внутренняя позиция» по отношению ко всем жизненным обстоятельствам, и, наконец, самоотношение, как обобщенное чувство субъекта в адрес собственного «Я».

Целью исследования стало эмпирическое изучение самоотношения у хронически больных младших подростков (на материале хронического гломерулонефрита и пиелонефрита). В исследовании приняли участие 326 младших подростков, из них: соматически здоровых – 140 человек и хронически больных – 186 человек. Больные подростки находились на систематическом лечении в стационаре (стаж заболевания не менее четырех лет). К специфическим условиям развития подростка с хроническим заболеванием можно отнести: синдром общей интоксикации, выраженные отеки, длительный постельный режим, ограничение физической нагрузки, употребление большого количества лекарств (в том числе кортикостероидов), необходимость соблюдения гипонатриевой диеты, длительность и систематичность пребывания в стационаре, ограничение в социальных контактах.

В качестве методики исследования использовался тест-опросник самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантилеев). Анализ результатов показал, что у младших подростков интегральное самоотношение и его компоненты (самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес) имеют средние значения (50 % < α < 74 %). Исключение составляет компонент «ожидание положительного отношения других», среднее значение которого находится в зоне невыраженности и указывает на большую направленность младших подростков на себя (своеобразный подростковый эгоцентризм), чем на других людей. Это может быть связано и с механизмом проекции, который позволяет «выносить» негативные переживания по поводу собственного «Я» во вне.

У хронически больных подростков были выявлены значимо низкие средние показатели интегрального самоотношения и его компонентов по сравнению со здоровыми сверстниками (достоверность значимости различий проверялась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, для $\alpha < 0.01$). Средние величины интегрального чувства «за» или «против» у хронически больных подростков составляли 67,7 %, у здоровых – 76,5 %. Показатели самоуважения у больных подростков – 52,5 % и у здоровых – 64,6 %; показатели аутосимпатии у хронически больных подростков – 61,0 % и у здоровых – 67,0 %; ожидания положительного отношения от других у хронически больных подростков – 39,0 % и у здоровых – 47,0 %; самоинтереса у хронически больных– 65,2 % и у здоровых – 73,1 %.

Итак, хронически больные младшие подростки значимо меньше, чем здоровые, уважают себя, реже испытывают симпатию и интерес к себе, а также в меньшей степени испытывают потребность в самопознании. У хронически больных подростков значимо ниже, чем у здоровых сверстников, представлено ожидание положительного отношения от других. Они не склонны испытывать чувство положительной оценки от значимых других. В ситуации фрустрации не склонны к обращению за помощью к другим людям, поиску социальной поддержки. Особая социальная ситуация развития подростков с хроническим соматическим заболеванием искажает дальнейшее развитие самоотношения, приводит к его инфантилизации и трудностям социальной адаптации.

Перспективу дальнейшего исследования составляет разработка и внедрение программы развития самоотношения подростков в условиях стационара.

Особенности когнитивного развития и исполнительных функций при нейроонкологических заболеваниях в детском возрасте

Строганова Т.А., Гнитеева Л.Н., Власова Е. Ю.
МГППУ, г. Москва

Введение

В последние десятилетия уделяется особое внимание проблеме когнитивного дефицита у детей, страдающих нейроонкологическими заболеваниями. Отмечается, что заболеваемость опухолями головного мозга является одной из самых распространенных причин детской смертности. Современные данные свидетельствуют о росте числа нейроонкологических заболеваний среди детей. В связи с этим чрезвычайно актуально исследование основных факторов риска последующего когнитивного дефицита у детей.

В большинстве случаев окончательное излечение нейроонкологических заболеваний невозможно без применения лучевой и химиотерапии (Розуменко, В.Д., 2006, Spencer, J., 2006, Reimers, T.S., Ehrenfels, S.,, et. al., 2003). Многие исследователи свидетельствуют о том, что интенсивные формы терапии оказывают негативное влияние на последующее когнитивное развитие ребенка. Также особый интерес для исследователей представляет тот факт, что с течением времени после операции происходит снижение интеллекта

у детей, перенесших операцию по резекции опухоли головного мозга и находящихся в стадии восстановления.

Вследствие этого остро встает проблема реабилитации детей, страдающих нейроонкологическими заболеваниями.

В настоящее время в России не существует центров реабилитации для детей, страдающих нейроонкологическими заболеваниями, отсутствуют специальные разработанные программы реабилитации. В других же странах активно разрабатываются и проводятся реабилитационные мероприятия больных, имеющих в анамнезе нейроонкологические заболевания (Virginia Mason Medical Center Neuro-Oncology Program, https://www.virginiamason.org, www.childrenshospitaloakland.org).

Методы

В рамках данной работы изучались особенности исполнительных функций, а также производилась оценка уровня интеллектуального развития у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание.

В исследовании приняли участие 45 детей в возрасте от 11 до 17 лет. Были сформированы 2 экспериментальные группы, в которые вошли дети с объемными образованиями в стволовых структурах, мозжечке, в пинеальных и в корковых отделах головного мозга, проходящие лечение в 1-м отд. нейрохирургии Морозовской детской городской клинической больницы. В первую экспериментальную группу вошли 14 детей с нейроонкологическими заболеваниями, которые проходили химиотерапию и лучевую терапию. Дети проходили от 13 до 2 курсов химиотерапии. Также каждый ребенок прошел по одному курсу лучевой терапии. Вторую экспериментальную группу составили 13 детей, страдающих нейроонкологическими заболеваниями, которые не проходили ни химиотерапию, ни лучевую терапию. В данной группе дети имели преимущественно доброкачественные опухоли, а также кисты и не верифицированные опухоли.

В контрольную группу вошли 18 типично развивающихся детей в возрасте 11-17 лет.

Проводилась оценка уровня развития интеллектуальных способностей с помощью теста K-ABC-II (Kaufman Assessment Battery for Children, Second edition; Kaufman, A.S., & Kaufman, N.L., 2004).

Нейропсихологическое тестирование исполнительных функций проводилось с помощью компьютерной батареи нейропсихологических тестов CANTAB (Cambridge

Neuropsychological Test Automated Battery; 2006). В исследовании использовались результаты тестов, направленных на оценку исполнительных функций – рабочей памяти и планирования (working memory, planning).

Для статистической оценки данных в работе применялся дисперсионный анализ с фактором повторных измерений (ANOVA), регрессионный анализ.

Результаты

Результаты исследования обнаружили снижение общего уровня интеллектуального развития ($F(1,43)=22,77$; $p<0,001$) у детей в возрасте от 11 до 17 лет, перенесших операцию по резекции опухоли головного мозга и находящихся в стадии восстановления, по сравнению со здоровыми сверстниками. В одинаковой степени снижаются показатели способностей к последовательной и симультанной обработке информации, а также способностей к планированию и обучению.

Наиболее важным оказывается тот факт, что снижение оценок общего когнитивного развития тем больше, чем длиннее срок, прошедший с момента операции. Результаты корреляционного анализа показателей общего уровня когнитивного развития и времени в месяцах, прошедшего с момента операции, демонстрируют, что по мере увеличения восстановительного периода от 4 мес. до 137 мес. стандартные значения показателя общего уровня когнитивного развития детей, перенесших операцию по резекции опухоли головного и находящимися в стадии восстановления, снижаются ($r=-0,44$; $p=0,03$). С течением времени после операции также возрастает количество ошибок, совершаемых детьми в тестах планирования ($r=0,6$; $p=0,003$) и рабочей памяти ($r=0,65$; $p=0,0007$).

С целью выяснить, оказывает ли постоперационное лечение (химио- и лучевая терапия) дополнительное негативное воздействие на когнитивные функции детей с нейроонкологическими заболеваниями, проводилось сравнение двух экспериментальных групп. Показатель общего когнитивного развития, как и количество ошибок в тесте на рабочую память, не различались значимо в двух экспериментальных группах детей. Тем не менее, дети, проходившие постоперационное лечение, демонстрировали более низкие результаты по выполнению теста на оценку функции планирования ($p=0,043$).

Снижение оценок интеллекта в детском возрасте вследствие травм мозга различного происхождения неоднократно

обнаруживалось в экспериментальных исследованиях (Anderson, V., Catroppa,C., et.al.,2000; Ewing-Cobbs, L., Fletcher J.M., et.al.,1997). Интересно, что снижение оценок интеллектуального развития в группе детей с нейроонкологическими заболеваниями становилось все более выраженным с течением времени после операции. Сходные данные были описаны в большинстве современных работ, посвященных нейроонкологическим заболеваниям в детском возрасте. Многие авторы связывают это с изменением социально-педагогических условий развития детей, перенесших тяжелое заболевание и прошедших многомесячный курс тяжелого лечения. Однако современные теории для объяснения падения оценок интеллектуального развития у детей с нейроонкологическими заболеваниями используют понятие нейрокогнитивной остановки (neurocognitive stall) – замедления или остановки развития когнитивной, эмоциональной и моторной сфер, которая происходит спустя некоторое время после получения травмы мозга (Chapman S.B., 2007).

В нашем исследовании мы увидели, что у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание, функция планирования, но не функция пространственной рабочей памяти подвержена дополнительному разрушающему воздействию со стороны химио- и лучевой терапии. На наш взгляд такие различия между этими двумя исполнительными функциями обусловлены различиями в их мозговом обеспечении. Как показано в нейровизуализационных исследованиях (PET, fMRI), выполнение задач на планирование сопровождается преимущественной активацией структур левого полушария (Johnson-Frey, S. H., Newman-Norlund, R. and Grafton, S.T.,2005, Shallice, 1982, Owen, A. M., Downes, J. J., 1990). Процессы пространственной рабочей памяти в большей степени опираются на работу мозговых механизмов правого полушария (Smith EE, Jonides J, Koeppe RA., 1996, Mccarthy, G.,Blamire, A.M.,1994, Awh,E. and Jonides,J., 2001). В исследованиях также неоднократно отмечалось, что левое полушарие, в отличие от правого, является более уязвимым к нарушениям развития различного генеза (Holmes, M. D., Dodrill, C. B., 2001), а также к различного рода патологическим факторам (Njiokiktjien Ch., 2006, M. D. Holmes, C. B. Dodrill, 2001, Habib, M.,2000). Эти факты могут объяснить, почему у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание, в первую очередь страдает функция планирования, а не пространственная рабочая память.

Результаты нашего исследования, как и других работ, обнаруживают острую необходимость разработки специальных

программ по реабилитации детей с нейроонкологическими заболеваниями. Число существующих на сегодняшний день эмпирических исследований различных программ реабилитации явно недостаточно для внедрения разработанных методов в общую клиническую практику.

Особенности логопедической работы с детьми со спинальной травмой в условиях стационара

Суворова С.А., Гиленкова С.В.
Детская психоневрологическая больница №18, г. Москва

Отделение нейрохирургии Детской психоневрологической больницы №18 г. Москвы принимает на реабилитацию больных детей с различными медицинскими диагнозами. Это оперированная спинномозговая грыжа; последствия тяжелой черепно-мозговой травмы; миелодисплазия; аномалия развития позвоночника и спинного мозга; травматическая болезнь спинного мозга; детский церебральный паралич; последствия родового повреждения плечевого сплетения; врожденный порок развития спинного мозга; воронкообразная деформация грудной клетки и другие. Ежегодно помощь в этом отделении получают до 500 детей и подростков от 2 до 18 лет.

Обследование больных в отделении проводится комплексно. В нём участвуют все специалисты - невролог, нейрохирург, ортопед, уролог, психиатр (по показаниям), в том числе медицинский психолог и логопед. Используются психолого-педагогические, нейропсихологические, нейролингвистические методы диагностики. Дети получают лечение 2-3 раза в год: медикаментозное терапевтическое, хирургическое, ортопедическое, физиотерапевтическое лечение, ЛФК, массаж, занятия с педагогом, логопедом, клиническим психологом. Все поступающие дети в обязательном порядке обследуются логопедом.

Особую группу в отделении составляют так называемые спинальные больные. Это дети, страдающие болезнями центральной нервной системы на почве инфекций и после интоксикаций, последствий травм головного мозга, спинного мозга и его оболочек.

Возрастные анатомические и физиологические особенности позвоночника и спинного мозга оказывают огромное влияние на характер и клинические проявления травмы. Основными причинами спинальных травм у детей и подростков являются дорожно-

транспортные происшествия, падения с высоты, травмы «ныряльщика». Наиболее часто повреждается шейный, реже грудной и поясничный отдел. Особенности травмы позвоночника и спинного мозга у детей обуславливаются особенностями строения головы, слабостью мышц и связок шеи, большими размерами головы, недостаточностью развития межпозвонковых соединений, подвижностью суставов шеи и головы.

Актуальность проблемы реабилитации спинальных больных обусловлена большой распространенностью позвоночно-спинномозговой и черепно-мозговой травмы и высокими показателями инвалидизации. Ограничивать двигательные возможности таких детей и затруднять их реабилитацию могут многочисленные сопутствующие заболевания и осложнения спинальной травмы: контрактуры суставов конечностей, пролежневые раны, урологические осложнения.

Вследствие спинального повреждения, приводящего еще и к нестабильности шейных позвонков, ребенок находится в условиях хронической травмы нерва позвоночной артерии и хронической недостаточности всего мозгового кровообращения. Поэтому в большинстве спинальных травм при отсутствии полноценной реабилитации у ребенка идет задержка созревания высших функций мозга, в том числе и речи. Головной мозг в этой ситуации, разумеется, страдает, но первопричина этих нарушений кроется в шейном отделе позвоночника и спинного мозга. Следует подчеркнуть, что полной самопроизвольной реабилитации детей обычно не происходит.

Особенности патологии двигательных систем у больных с травматической болезнью спинного мозга требуют определенной последовательности (этапности) реабилитации, своеобразного методического подхода, как в вопросах оценки компенсации нарушенных функций, так и в принципах восстановительного лечения.

У детей со спинномозговой травмой в результате нарушения двигательной функции отмечаются психологические изменения, личностные эмоционально-волевые нарушения: снижается мотивация к целенаправленным волевым действиям, концентрация внимания, происходит быстрая утомляемость. Спинномозговая травма приводит к речевым нарушениям - страдает голосовая функция, физиологическое и речевое дыхание, может нарушаться тонус артикуляторного аппарата.

В последние 3 года в 6 нейрохирургическое отделении Детской психоневрологической больницы №18 всё чаще поступают дети и

подростки со спинномозговыми травмами. Логопедическая работа с такими детьми имеет свои особенности.

Перед началом занятий систематизируются и обобщаются данные клинического, психолого-педагогического и логопедического обследования.

Обязательно используются элементы психотерапии. Учитывая сниженную мотивацию, пассивность, депрессию ребенка, его необходимо стимулировать и активизировать на преодоление трудностей и на борьбу за скорейшее выздоровление. Совместно с психологом используется индивидуальный подход к таким детям с учетом их возраста, тяжести и течения заболевания, особенностей личности ребенка.

В работе с такими детьми и подростками обязательно проводится активная и пассивная артикуляционная гимнастика для выработки четкости, правильности движений всех частей артикуляционного аппарата, для координированной его работы с органами дыхания и голосообразования:

• открывание и закрывание рта

• движение челюсти вправо и влево, вперёд и назад

• вытягивание губ вперёд и растягивание в стороны (упражнение «улыбка»)

• натягивание верхней губы на зубы, опускание нижней губы

• высовывание языка, поднимание и опускание языка в полости рта и вне полости рта, круговые движения языка и т.д.

Дифференцированный массаж артикуляционной и мимической мускулатуры - раздражение кожи лица повышает тонус голосовых мышц.

Постановка речевого дыхания с акцентом на удлиненный выдох. В тяжелых случаях нарушения фонации часто используется шепотная речь. Работа начинается с согласных звуков («М», «В», «Б», «П»). Далее эти звуки закрепляются в слогах, словах, фразах.

Подводя итог, необходимо ещё раз отметить важность ранней комплексной коррекционной работы с детьми и подростками, учитывая особенность развития детского мозга и его пластичность к компенсированию нарушенной функции.

Психологическая реабилитация детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы негрубого характера

Султанова А. С.
Институт психолого-педагогических проблем детства РАО,
г. Москва

Современные исследователи, анализирующие процесс развития ребенка, зачастую отмечают, что в этом процессе происходят кардинальные изменения: «ребенок не стал хуже или лучше своего сверстника двадцатилетней давности, он просто стал другим» [1, с. 6]. С нашей точки зрения, это происходит вследствие существенной модификации как внешних, так и внутренних компонентов социальной ситуации развития ребенка. При анализе этих изменений специалисты, как правило, делают акцент на социальных, социально-экономических факторах, тогда как внутренние факторы, например, изменение состояния здоровья детей, остаются вне поля зрения исследователей. По нашему мнению, то, что современный ребенок стал «другим», во многом связано с особенностями развития его нервной системы. Снижение репродуктивного здоровья женщин, несовершенство медицинской системы антенатальной охраны плода и родовспоможения, ухудшение состояния экологии и ряд других причин приводят к повышению распространенности патологически протекающих беременности и родов. По данным Минздравсоцразвития России, количество нормальных родов не превышает 36,8%; выявляется высокий уровень сопутствующих заболеваний у беременных [2]. Таким образом, большинство детей развивается на фоне перенесенного перинатального поражения нервной системы (ППНС) различной степени тяжести. В зависимости от степени поражения нервной системы, своевременности и адекватности медицинской помощи и др. факторов, ППНС могут иметь широкий диапазон исходов, как благоприятных (выздоровление), так и тяжелых – детский церебральный паралич, эпилепсия, гидроцефалия и др. Однако в большинстве случаев поражение мозга носит негрубый характер и не приводит к таким серьезным последствиям для развития ребенка. Между тем, большая часть психологических исследований в этой области направлена на изучение последствий тяжелых ППНС; влияние негрубой перинатальной патологии нервной системы на психический онтогенез исследовано крайне мало. Соответственно, отмечается

недостаточность психолого-реабилитационных программ для этих детей.

В наших исследованиях, выполненных совместно с И.А. Ивановой [3, 4, 5], было показано, что психическое развитие детей дошкольного и младшего школьного возраста с последствиями перинатальных поражений ЦНС даже при благоприятном исходе отличается от нормативных показателей; перенесенное перинатальное повреждение мозга негрубого характера является фактором риска негативного психического развития ребенка и возникновения трудностей социальной адаптации. Таким образом, было доказано, что дети, перенесшие ППНС легкой степени тяжести, нуждаются в реабилитации на протяжении более длительного периода, а не только в течение первого года жизни, как традиционно считается в медицине. На основе данных, полученных в этих исследованиях, была составлена программа психологической реабилитации для этих детей, состоящая из трех компонентов: нейропсихологическая реабилитация и коррекция, психологическое консультирование семьи, социально-психологическая работа в образовательной среде.

1. Нейропсихологическая реабилитация и коррекция должна проводиться на основе данных нейропсихологической диагностики ребенка, которая позволяет выявить наиболее слабые звенья психических функций. Как правило, для детей с последствиями негрубых перинатальных поражений ЦНС характерна «мозаичная» картина, в которой относительно сохранные психические функции сочетаются с парциальной недостаточностью некоторых психических процессов. Однако довольно четко выделяются и общие радикалы – нейродинамические дисфункции и слабость управляющих функций, которые связаны соответственно с дисфункциями подкорково-стволовых и префронтальных отделов головного мозга.

2. Психологическая помощь семье ребенка заключается в проведении систематической консультативной работы с родителями и другими членами семьи, направленной на нормализацию семейных взаимоотношений и коррекцию отношения к ребенку. Проведенные нами исследования показали, что для большинства родителей детей с последствиями ППНС характерны различные нарушения процесса воспитания: неустойчивость стиля воспитания и воспитательная неуверенность, гиперопека, потворствующая гиперпротекция, снижение запретов-требований, тенденция к негативной оценке ребенка в целом. Зачастую родители предъявляют довольно высокие требования к уровню обучения ребенка и усвоению им правил поведения, а его неуспехи объясняют не особенностями состояния

здоровья нервной системы, а «ленью», упрямством и пр. Необходимо отметить, что социальные условия, прежде всего – особенности семейного воспитания, являются важнейшим фактором, который может либо улучшить состояние здоровья и показатели психического развития детей с ППНС, либо усугубить негативные проявления.

3. Социально-психологическая работа в образовательной среде необходима, т. к. дети с ППНС в анамнезе являются, как правило, «неудобными» для персонала образовательных учреждений – утомляемые, с эмоциональной лабильностью, чрезмерно активные или медлительные, неловкие, с трудностями концентрации внимания, со сложностями усвоения правил поведения и удержания дистанции при общении. Работа в образовательной среде заключается в беседах с воспитателями и методистами дошкольных учреждений или школьными педагогами, в ходе которых разъясняется характер трудностей обучения и общения, возникающих у детей с последствиями ППНС, обосновывается дозированный характер образовательной нагрузки для этих детей. Возможна помощь педагогам в нахождении особых приемов обучения ребенка (например, вследствие слабости ряда функциональных звеньев требуется опора на другие, более сохранные факторы). В ряде случаев возникает необходимость освобождения ребенка от некоторых образовательных или культурных мероприятий (например, от дополнительных занятий по какому-либо предмету, публичных выступлений на праздниках и пр.), поиска (совместно с родителями) образовательного учреждения с оптимальной для конкретного ребенка формой обучения.

Представленная программа была апробирована нами в работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста с ППНС в анамнезе. 27 детей 5-6 лет и 20 детей 7-9 лет проходили описанную программу реабилитации в течение учебного года. Повторная диагностика, проведенная после реабилитационного курса, показала, что у этих детей существенно снизились утомляемость, инертность и другие нейродинамические нарушения; нормализовалось развитие двигательной сферы. Существенно улучшились показатели развития речи, зрительного и тактильного гнозиса, пространственных представлений, внимания, слухоречевой и зрительной памяти, вербально-логического мышления; сгладились трудности овладения навыками письма, чтения, счета. Снизились эмоциональная лабильность, проявления негативизма и агрессии; повысился произвольный контроль. Помимо существенного повышения показателей развития психических функций, отмечалось улучшение

социальной адаптации этих детей, а также оптимизация детско-родительских отношений.

Таким образом, представленная комплексная программа психологической реабилитации детей с последствиями ППНС является результативным средством для оптимизации хода психического онтогенеза, преодоления имеющихся отклонений в развитии, а также для профилактики социальной дезадаптации.

В рамках данной статьи невозможно охватить все аспекты проблемы психологической реабилитации детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС негрубого характера. В данном случае нами ставится задача не только описать результаты исследований, представить программу психологической реабилитации этих детей, но и привлечь внимание специалистов различного профиля к этой проблеме. К сожалению, вследствие высокой распространенности ППНС проблема приобретает такие масштабы, что само ее признание становится крайне невыгодным (придется признать, что реабилитационная и коррекционная работа необходима большей части детской популяции). Более удобным становится путь замалчивания, утверждения о «гипердиагностике» перинатальной энцефалопатии, призывов к пересмотру понятий «норма», «здоровье» и пр. На наш взгляд, от того, какой из двух путей станет преобладающим, зависит здоровье и качество жизни будущих поколений.

Литература

1. Фельдштейн Д. И. Приоритетные направления психолого-педагогических исследований в условиях значимых изменений ребенка и ситуации его развития. – М.: МПСИ - Воронеж: МОДЭК, 2010.

2. Голикова Т. А. О выполнении в 2007-2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков. //Тезисы выступления на заседании Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике; 19 января 2010 г. Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52

3. Султанова А. С. , Иванова И. А. . Особенности социальной адаптации детей с перинатальной энцефалопатией. //Сборник тезисов участников Второй Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития «Другое детство». Москва, 25-27 ноября 2009

года. – М.: МГППУ, 2009. – с.67-69. Режим доступа: http://af6.mail.ru/cgi-bin/readmsg/dd_tez.pdf?id=12586776580000000694;0;1&mode=attachment&channel=

4. Султанова А. С., Иванова И. А. Нейропсихологический анализ особенностей психического развития детей дошкольного возраста с последствиями перинатальных поражений нервной системы. // Материалы международной научно-практической конференции «Будущее клинической психологии». – Выпуск 3. – Пермь, 2009. – с. 171-177.

5. Ivanova I., Sultanova A. Features of mental development of children with mild perinatal brain pathology. //Abstract book of 4th Annual International Conference on Psychology 27-30 May 2010. /Edited by: Gregory T. Papanikos. – Athens: Athens Institute for Education and Research, 2010. – p. 28. Available at: http://www.atiner.gr/abstracts/2010ABST-PSY.pdf

Клинические факторы качества жизни больных с нарушениями ритма сердца

Трифонова Е.А.,
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
г. Санкт-Петербург;
Чумакова И.О. Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург;
Михайлов Е.Н.
ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи», г. Санкт-Петербург

В современной медицине общепризнанным является значение качества жизни (КЖ) как базового критерия эффективности лечебно-восстановительных и реабилитационных мероприятий [2]. Исследования свидетельствуют о негативном влиянии соматических заболеваний, в особенности сопровождающихся выраженным физическим дискомфортом, на КЖ пациентов [5]. К категории таких

расстройств относится и аритмия сердца, в частности, ее наиболее распространенная форма – фибрилляция предсердий (ФП) [4]. ФП проявляется хаотичным возбуждением и сокращением отдельных групп мышечных волокон предсердий, связанных с их некоординированной электрической активностью. Основными симптомами являются сердцебиение, одышка, головокружение, общая слабость, боли в области сердца и пр.

Клинические особенности ФП обусловливают существенные нарушения КЖ больных [1, 12, 17]. В то же время, значительная вариативность проявлений и течения данной формы аритмии, разная степень отягощенности органической сердечно-сосудистой патологией определяют неоднородность популяции больных ФП и необходимость внимания к своеобразию влияния отдельных клинических характеристик на качество их жизни.

В ряде исследований выявляются существенные различия между клиническими подгруппами пациентов с ФП [8, 10, 14], однако есть свидетельства и относительной независимости их субъективного благополучия от объективно оцениваемого соматического статуса [9, 16]. Ведущая роль отводится при этом эмоциональному состоянию больных, ситуационным и социальным характеристикам [3, 7, 11, 13, 15, 16], что выдвигает на первый план задачи обеспечения оптимальной психологической адаптации пациентов к условиям заболевания.

Знание об особенностях влияния заболевания на КЖ пациентов позволило бы обосновать дифференцированный подход в психологическом сопровождении лечебно-восстановительного процесса, расширить возможности для коммуникации врача и больного с целью выбора адекватной тактики лечения и реабилитации.

Цель настоящего исследования: определение роли клинических факторов в формировании КЖ у пациентов с ФП, проходящих интервенционное лечение.

Материалы и методы исследования. На базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции №1 и кардиологического отделения №2 ФГУ «ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова» было обследовано 50 пациентов с ФП (24 мужчин и 26 женщин в возрасте от 40 до 69 лет, средний возраст 56,9 ± 6,6 лет), госпитализированных в связи с плановым лечением методом радиочастотной катетерной аблации (РЧКА). У 80% пациентов была диагностирована пароксизмальная форма ФП, у 20% – постоянная. У 46% ФП развилась на фоне гипертонической болезни (ГБ), у 4% – на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), у 36% – на фоне сочетания

ГБ и ИБС. В остальных случаях диагностировалась идиопатическая форма ФП; 32% пациентов имели опыт лечения методом РЧКА, которое оказалось недостаточно эффективным. У большинства пациентов (72%) диагноз был поставлен от полугода до 5 лет назад.

Исследование проводилось с информированного согласия пациентов в день госпитализации, до проведения процедуры РЧКА.

В рамках психологического обследования были использованы следующие методы и методики.

- Беседа, направленная на оценку отношения к болезни и КЖ. При количественном анализе самоотчетов пациентов учитывались также следующие характеристики: количество и качество симптомов; информированность о заболевании; приверженность к лечению.
- Краткий общий опросник оценки статуса здоровья SF-36 для оценки КЖ («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey») [5, 18].

При математико-статистическом анализе данных использовались методы описательной статистики; метод оценки нормальности распределения (Колмогорова-Смирнова); методы выявления различий (U-критерий Манна-Уитни, критерий Хи-квадрат); методы выявлений связей (коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты. Показатели по методике SF-36 оказались по всем шкалам достоверно ниже среднепопуляционных по Санкт-Петербургу [5]. В наибольшей степени у пациентов страдает физический аспект КЖ, отражающий самооценку соматического здоровья, функциональных возможностей и общего самочувствия.

КЖ и количество симптомов. Пациенты, отмечавшие большее количество проявлений аритмии, испытывают более интенсивную боль, а также указывают, что боль в большей степени ограничивает их повседневную жизнедеятельность ($U=171,0$, $p<0,05$). При этом количество предъявляемых жалоб положительно связано с информированностью о заболевании ($r_{(s)}=0,47$ $p<0,01$).

КЖ и форма течения ФП. Достоверных различий в показателях КЖ у пациентов с пароксизмальной и постоянной формой ФП выявлено не было.

КЖ и этиологическая форма ФП. При сравнении КЖ пациентов с ФП, развившейся на фоне сердечно-сосудистой патологии, и идиопатической формой ФП достоверных различий обнаружено не было. Вместе с тем, при анализе относительного вклада сердечно-сосудистой патологии в формирование КЖ пациентов было

установлено негативное влияние ГБ на психическую адаптированность больных: пациенты с диагностированной ГБ имеют достоверно более низкие показатели по шкалам «Психическое здоровье» (U=75,5 p<0,01) и «Социальная активность» (U=100,0, p<0,05). Зависимости КЖ от наличия ИБС выявлено не было.

КЖ и давность постановки диагноза. В исследовании не было обнаружено зависимости между давностью постановки диагноза ФП и показателями опросника SF-36. При этом, однако, чем длительнее течение болезни, тем большее количество жалоб предъявляют пациенты ($r_{(s)=}$0,28 p<0,05), тем более они информированы о заболевании ($r_{(s)}$=0,41 p<0,01) и комплаентны ($r_{(s)}$=0,32 p<0,05).

КЖ и опыт лечения методом РЧКА. По результатам сравнительного анализа было установлено, что пациенты, повторно проходящие лечение методом РЧКА, имеют более низкие показатели по шкалам жизнеспособности (U=152, p<0,05). Также на уровне тенденции – по шкалам роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (U=170,5, p=0,06) и физической активности (U=169, p=0,06), то есть отмечают повышенную утомляемость, снижение переносимости физических нагрузок и ограничивающее влияние соматического состояния на повседневную деятельность.

КЖ, информированность о заболевании и приверженность к лечению. По результатам корреляционного анализа было установлено, что более осведомленные о болезни пациенты испытывают более интенсивную боль ($r_{(s)}$=-0,41 p<0,01), отмечают повышенную утомляемость и слабость (связь с показателем жизнеспособности при $r_{(s)}$=-0,30 p<0,05), большее ограничивающее влияние физических ($r_{(s)}$=-0,36 p=0,01) и эмоциональных ($r_{(s)}$=-0,29 p<0,05) проблем на повседневную деятельность и социальную активность ($r_{(s)}$=-0,30 p<0,05). Более высокая приверженности к лечению сочеталась с субъективно большей ограничивающей ролью физических проблем ($r_{(s)}$=-0,31 p<0,05).

В настоящем исследовании были выявлены статистически значимые связи отдельных компонентов КЖ со следующими клиническими параметрами ФП: количество предъявляемых пациентами жалоб в связи с нарушением ритма сердца, наличие ГБ, опыт недостаточно эффективного лечения методом РЧКА.

Предъявление большего количества жалоб сочеталось с более высокими оценками частоты переживания и интенсивности болезненных ощущений, их ограничивающего влияния на повседневную жизнь. Данная зависимость может свидетельствовать о

более частом ощущении боли либо крайнего физического дискомфорта в груди у высокосимптомных пациентов.

Пациенты, имеющие опыт недостаточно эффективного лечения, отмечали значительно более выраженную утомляемость, вялость, на уровне тенденции – более выраженное ограничивающее влияние физических проблем на повседневную жизнедеятельность и пониженную переносимость физических нагрузок. Частично это может объясняться накоплением астенизирующих эффектов болезни и стационарного лечения. С другой стороны, возможно, именно чрезмерное негативное влияние болезни на самочувствие и повседневную жизнь пациентов заставляет их с готовностью идти на повторное катетерное лечение.

Не было обнаружено связи КЖ с наличием у пациентов ИБС, однако отмечалось снижение субъективного благополучия у пациентов с ГБ, которое затрагивало исключительно психологические аспекты КЖ, что позволяет предположить отягощающее влияние ГБ на эмоциональную сферу больных с ФП.

Пациенты, предъявлявшие больше жалоб, испытывавшие больше трудностей в повседневной жизни вследствие нарушения ритма сердца, имевшие более длительный «опыт» болезни, обладали в целом более четкими, адекватными и дифференцированными представлениями о ФП и ее лечении. Полученные данные позволяют предположить, что физический дискомфорт и сопутствующие соматические расстройства выступают как стимул к поиску информации о заболевании и соблюдению медицинских рекомендаций. Кроме того, можно предположить, что выявленные взаимосвязи отражают степень принятия пациентом роли больного. Они раскрывают, с одной стороны, влияние соматического страдания на представления пациента о серьезности своей болезни, мотивацию к поиску информации и изменению образа жизни; с другой стороны – влияние представлений пациента о сути и тяжести болезни на характер интрацептивных ощущений и предъявляемых жалоб, эмоциональное состояние и поведение [6].

Выводы:

- Качество жизни пациентов с ФП, проходящих интервенционное лечение методом РЧКА, существенно снижено, преимущественно за счет физического аспекта.
- Качество жизни пациентов не зависит от характера течения заболевания (пароксизмальное, постоянное) и его этиологической формы (идиопатическая / на фоне сердечно-сосудистой патологии).

- Больные с ФП на фоне ГБ испытывают большие психологические трудности и ограничения в социальной активности, чем пациенты без ГБ.
- Пациенты, повторно проходящие лечение методом РЧКА, отмечают больше признаков повышенной утомляемости, слабости, недостатка жизненных сил, чем пациенты, проходящие такое лечение впервые.
- Пациенты с высокосимптомным течением ФП (по данным самоотчетов) более информированы о заболевании и имеют более низкое качество жизни по сравнению с относительно менее симптомными пациентами за счет ограничивающего влияния болевых ощущений на повседневную жизнедеятельность.
- По мере увеличения продолжительности заболевания у пациентов повышается информированность о нем, приверженность к лечению, а также разнообразие соматических жалоб.
- Большая информированность пациентов ФП о заболевании связана с существенно пониженным КЖ.

Литература

1. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.Н., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. 2011. № 63. С. 45-54.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // Сибирский психологический журнал. 2007. №26. С. 112-119.
3. Евсина О.В. Качество жизни, тревожно-депрессивные нарушения и прогноз у больных с различными формами фибрилляции предсердий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2009.
4. Кушаковский М. С. Аритмии сердца. Нарушение сердечного ритма и проводимости. – М.: Фолиант, 2007. – 672 с.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
6. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1993. №1. С. 3-16.
7. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П., Крятова Т.В. Качество жизни пациентов с различными формами фибрилляции предсердий и влияние на него лечения нозогенных психических реакций // Вестник аритмологии. 2008. №51. С. 36-39.

8. Dąbrowski R., Smolis-Bąk E., Kowalik I. et al. Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation // Kardiol. Pol. 2010. V.68. №10. P.1133-1139.

9. Dorian P., Jung W., Newman D. et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy // J. Am. Coll. Cardiol. 2000. V.36. P.1303-1309.

10. Kang Y. Relation of atrial arrhythmia-related symptoms to health-related quality of life in patients with newly diagnosed atrial fibrillation: a community hospital-based cohort // Heart Lung. 2006. V.35. P.170-177.

11. Lane D.A., Langman C.M., Lip G.Y., Nouwen A. Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation // J. Psychosom. Res. 2009. V.66. №3. P.203-210.

12. Lüderitz B., Jung W. Quality of life in patients with atrial fibrillation // Arch Intern Med. 2000. V.160. P.1749-1757.

13. Maryniak A, Walczak F, Bodalski R. et al. Atrial fibrillation onset circumstances and their relation to patients' quality of life // Kardiol. Pol. 2006. V.64. P.1102-1108.

14. Peinado R., Arribas F., Ormaetxe J.M., Badía X. Variation in quality of life with type of atrial fibrillation // Rev. Esp. Cardiol. 2010. V.63. P. 1402-1409.

15. Reynolds MR, Lavelle T, Essebag V, Cohen DJ, Zimetbaum P. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTAL) study // Am. Heart J. 2006. V.152. P.1097-1103.

16. Sears S.F., Serber E.R., Alvarez L.G. et al. Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors // Pacing Clin. Electrophysiol. 2005. V.28. P.801-807.

17. Thrall G., Lane D., Carroll D., Lip G.Y. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review // Am. J. Med. 2006. V.119. P.448.e1-448.e19.

18. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey: Manual & interpretation guide. Boston: Nimrod Press; 1993.

Особенности психической адаптации инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы

Тюрин А.В.
Московский государственный гуманитарно-экономический институт, г.Москва

Численность людей с проблемами здоровья растет из года в год. Этому способствует синтез самых различных факторов. Увеличение численности людей с ограниченными возможностями ставит перед обществом проблему их адаптации и социализации. Среди них в данном сообщении нам хочется рассмотреть особенности фактора психической адаптации инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы (ОДС).

Адаптацию возможно определить двояко: а) как состояние, в котором потребности индивида, с одной стороны, и требования среды – с другой полностью удовлетворены. Это состояние гармонии между индивидом и природной или социальной средой; б) процесс, посредством которого это гармоничное состояние достигается. Адаптация как процесс принимает форму изменения среды и изменений в организме путем применения действий (реакций, ответов), соответствующих данной ситуации [4].

На процесс психической адаптации инвалидов с нарушением ОДС оказывает негативное влияние патологическое состояние их физического здоровья. Причем особенно пагубное воздействие на психику оказывают прижизненно полученные травмы и увечья. Именно поэтому существуют столь противоположные по своему содержанию акцентуации личности у людей с церебральным параличом и, к примеру, людей со спинномозговыми травмами. Если рассматривать акцентуации инвалидов примерно одинаковых по своим физическим возможностям, то при ДЦП наблюдаются более мягкие формы акцентуации характера, чем у лиц со спинно-мозговыми травмами. Это связано с особенностями развития внутренней картины болезни (ВКБ).

Для объяснения данного явления необходимо пояснить, как соотносятся внутренняя картина болезни и внутренняя картина здоровья (ВКЗ). Как известно концепцию ВКБ предложил Р.А. Лурия в 1947. Опираясь на нее, разные авторы предлагали свою классификацию данного явления. Наиболее полный обзор различных

описаний восприятия болезни сделал А.Ш. Тхвостов [5]. ВКБ является «продуктом» собственной активности субъекта, формируется при любом заболевании. По мнению Н.Д. Твороговой, ВКБ – «это основной комплекс вторичных, психических по своей природе, симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса» [2; 45]. Таким образом, ВКБ можно рассматривать как способ адаптации психики пациента к изменившимся условиям жизни, а также в процессе болезни.

ВКБ имеет субъективный и относительный характер. Отношение к болезни формируется на базе существующей ВКЗ. При этом здоровье оценивается личностью как форма комфортного существования в обществе. ВКБ пациента с последствием церебрального паралича по своей природе является ВКЗ, поскольку при этом заболевании отсутствует состояние преморбида. У людей с последствием спинно-мозговой травмы (ПСМТ) преморбидная личность существует и ВКБ формируется на ее основе. У инвалидов с ПСМТ развивается чувство обиды на весь мир за их физическое состояние. Подобные варианты развития ВКБ можно наблюдать при других приобретенных заболеваниях ОДС. Именно поэтому наблюдается столь большая разница в структуре акцентуации личности пациентов данных нозологических групп.

На наш взгляд при разработке планов по психологической и социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья нужно обращать внимание на способ получения общего образования. Данный аспект жизни пациентов исключительно важен для определения направления психологической и социальной помощи инвалидов с детства. Многие коллеги не хотят признать очевидный факт, что выпускники школ-интернатов лучше адаптируются в обществе, чем те, которые посещали массовые школы или занимались на дому. Это объясняется тем, что выпускники школ-интернатов воспитываются в равных условиях. И требования, предъявлявшимся к ним, были адекватными и соответствовали состоянию их здоровья. Напротив, у выпускников массовых школ и обучавшихся на дому эти требования бывают слишком занижены. Среди этих пациентов можно наблюдать явления «двойной дефицитарности» [6].

Явления двойной дефицитарности можно наблюдать у людей с сенсорной недостаточностью (проблемы слуха, зрения, ОДС) и выраженной зависимостью от значимого другого человека (чаще

всего это мать). По нашим наблюдениям пациенты с подобным развитием могут довольно успешно работать. Однако, если умирает значимый для них другой человек, то они могут совершить суицидальный поступок. Среди них часто наблюдаются трудоголики, но бывают несостоятельные в семейном и бытовом плане. При этом можно наблюдать социально одобряемые поведенческие зависимости. При сохранных двигательных функциях они не умеют приготовить себе пищу, самостоятельно проживать. Часто у этих людей развиваются соматические заболевания. Эти явления формируются из-за недостаточного развития границ Я [1]. Возможно с этим связаны и личностные особенности лиц с ОВЗ, которые получены в одной из лабораторий МГППУ [3]. Они пришли к выводу, что у лиц с ОВЗ психологическое благополучие в большей степени зависит от наличия социальной поддержки и удовлетворенности ею, чем у условно здоровых (УЗ); потребность в социальной поддержке более выражена, чем у УЗ. При этом она не всегда адекватно осознана и не любая форма социальной поддержки может эту потребность удовлетворить;

В последние годы стало развиваться так называемое «инклюзивное обучение». Появление данного направления в педагогике было обусловлено рядом причин. Среди них обычно указывают гуманизм к детям-инвалидам; развитие взаимопомощи между здоровыми учащимися и детьми-инвалидами и т.п. Однако основной причиной появления инклюзивной формы образования явилась дороговизна строительства специализированных школ для отдельных групп детей-инвалидов. К этому времени стало набирать силу движение за реализацию прав инвалидов на равные возможности получения образования. Сочетание этих двух факторов и послужило толчком для развития инклюзивного образования.

Внедрение этой формы образования дало возможность с одной стороны более внимательно посмотреть на физически полноценных детей, а с другой – совместное обучение здоровых и детей-инвалидов позволило освободить места в специальных образовательных учреждениях для обучения детей с грубыми формами патологий. И все-таки, инклюзивная форма обучения не оправдывает всех надежд, которые возлагались на нее. Во-первых, инклюзивное обучение явилось очень дорогостоящей формой обучения. Во-вторых, не удалось полностью отказаться от специального образования.

В инклюзивном образовании имеется два типа [7]. **Первый тип** инклюзивного образования — это когда инвалид учится в одной

учебной группе со здоровыми сверстниками. Это классический тип инклюзивного образования, который рекламируется и тиражируется по всему миру. Но есть и **второй тип** подобного обучения, когда меньшая часть здоровых учащихся включаются в группу инвалидов. С точки зрения развития адаптационных возможностей человека оба типа инклюзивного образования имеют право на существование. Однако, исходя из тезиса о создании равных прав для всех групп населения, приоритет отдается первому типу инклюзивного образования.

Исходя из выше сказанного, можно выделить несколько факторов, влияющих на адаптацию человека с ОВЗ в современном обществе:

- Характер заболевания и время его начала;
- Особенности развития личности инвалида;
- При врожденных или приобретенных в раннем возрасте патологиях следует учитывать вид образовательного учебного заведения;

Сочетания этих факторов могут как позитивно, так и негативно отражаться на адаптации человека с ОВЗ.

Литература

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. С-Пб., 2000.
2. Клиническая психология. Словарь. Под ред. Твороговой Н.Д. , М., 2007.
3. Леонтьев Д. А. Факторы и психологические механизмы развития личности в затрудненных условиях. Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно=практической конференции. М., МГППУ, 2011, С. 69-71
4. Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии). Ереван, 1988.
5. Тхвостов А.Ш. Психология телесности. М., 2004.
6. Тюрин А.В. Внутренняя картина болезни инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы. М., 2004.
7. Тюрин А.В. Проблемы и виды инклюзивного обучения // Вестник всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. 2009. № 3 (37), С. 201.

Особенности психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Ульянова Ю.В.
Государственное учреждение Самарской области
Социально-оздоровительный центр «Преодоление»,
г.Тольятти

В последнее время наблюдаются значительные изменения в содержании практической деятельности психолога в России. Деятельность психолога становится все более специализированной, направленной на определенные категории граждан. В связи с этим, повышаются требования к квалификации специалистов, оказывающих психологическую помощь, формируется определенный набор методов работы.

Специфика оказания психологической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья с нарушениями опорно-двигательного аппарата обнаруживается во влиянии методов психологического воздействия на:

а) сферу самосознания (отклонения в самопонимании личности в связи с конкретным заболеванием);

б) систему отношений с собой («Я-Я»),

в) с окружающими людьми («Я-Ты») и с миров в целом.

Заболевания опорно-двигательного аппарата чаще всего приводят к ограничению физических возможностей, фрустрации базовых потребностей (потребность в безопасности/стабильности, в принятии близкими, в уважении и любви), изменению социального и профессионального статуса личности и закономерному снижению качества жизни. Таким образом, эти изменения создают почву для развития глубоких эмоциональных и личностных нарушений (отрицательный «Я-образ», возникновение депрессивной симптоматики, повышение уровня личной и ситуативной тревожности, негативная картина мира). Соответственно, работа психолога является неотъемлемым компонентом восстановительных мероприятий в реабилитационно-оздоровительных учреждениях.

Современная концепция реабилитации лиц с ограниченными возможностями представляет собой сложный процесс, формирующий

активное отношение личности к собственному здоровью, заинтересованности в стабилизации физического и психоэмоционального состояния, помогающий восстановить положительное восприятие себя, социума и жизни в целом.

В социально-оздоровительном центре «Преодоление», предназначенном для лиц с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, оказывается комплекс услуг по реабилитации. Комплексная реабилитация включает в себя: медицинскую, социально-психологическую, социально-средовую, социально-бытовую и профессиональную реабилитацию.

Реабилитация, в целом, предполагает возвращение того, что утрачено или может быть утрачено в связи с изменением условий жизни (болезнь, травма, инвалидность, болевые синдромы).

Психологическая реабилитация является одним из основных компонентов комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями.

Психологическая реабилитация - процесс, мобилизующий личностные адаптационные механизмы при обеспечении необходимых условий во внешней среде (социальной, психологической, природной) [2]. Одним из важных аспектов в психологической реабилитации — объективно верное (реалистичное) определение предмета психологического вмешательства и реструктуризация компонентов личности в целостную гармоничную систему. Объективизация предмета психологического вмешательства достигается за счет квалификации специалистов, их практического опыта, командного подхода к формированию индивидуальной программы на курс реабилитации, а также применения тестовых методик [4]. Для достижения целей психологической реабилитации работа психолога может осуществляться в рамках различных концепций, таких как личностно-ориентированного, когнитивно-бихевиорального подходов. Общим объединяющим принципом для всех подходов является биопсихосоциальная модель выздоровления, на которой базируется современная психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями с нарушениями опорно-двигательного аппарата осуществляется в центре «Преодоление» по следующим направлениям:

1. Формирование программы социально-психологической реабилитации, ее коррекция при необходимости.

2. Психологическая диагностика и обследование.

3. Психологическое консультирование.

4. Индивидуальная психологическая коррекция.

5. Психопрофилактика.

6. Психологические тренинги.

7. Релаксационные занятия в комнате эмоциональной разгрузки с применением методов аутогенной тренировки.

Формирование индивидуальной программы социально-психологической реабилитации (осуществляемое на первичном приеме) позволяет определить цели социально-психологической реабилитации клиента в соответствии с его психологическим статусом и разработать конкретный план реабилитационных мероприятий.

Психологическая диагностика включает психологическое интервью с клиентом (сбор анамнеза, анализ специфики контакта со специалистом и поведения клиента; выявление мотивации на курс реабилитации, на выздоровление, улучшения качества жизни) и экспериментальное психологическое исследование с целью определения направленности психологического воздействия [1].

В процессе диагностики психолог выявляет степень нарушения психических функций, особенности личности, степень их курабельности (подвижности), реабилитационный потенциал и прогноз на курс реабилитации. По результатам психодиагностики составляется заключение, в котором указываются индивидуальные задачи на курс реабилитации. Например, задачи могут включать: развитие и формирование навыков общения; снижение степени эмоционального реагирования на травмирующие ситуации; снижение напряженности эмоциональных отношений в семье и т.п. Таким образом, задачи психологической реабилитации будут указывать, какие именно «психологические механизмы» будут восстанавливаться для достижения психосоциальной интеграции.

Психологическое консультирование в процессе реабилитации основано на полученной от клиента информации, данных психодиагностики и обсуждения возникших у него социально-психологических проблем, что позволяет клиенту раскрыть и мобилизовать свои внутренние ресурсы для их решения [5].

Индивидуальная психологическая коррекция в процессе реабилитации заключается в активном психологическом воздействии, направленном на преодоление или ослабление отклонений в эмоциональном состоянии и поведении с целью обеспечения соответствия требованиям социальной среды и потребностям клиента.

Профилактика в рамках реабилитации направлена на охрану психического здоровья, повышения уровня самосознания и самопонимания личности, расширения «зоны комфорта» и улучшение качества жизни. Важное средство психопрофилактики - пропаганда психогигиенических знаний и здорового образа жизни, психологическое просвещение, реализуемое в виде тематических лекций-бесед, семинаров.

Психологические тренинги - социально-психологическая услуга, заключающаяся в активном психологическом воздействии, направленном на снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, формирование личностных предпосылок для адаптации к новым условиям. Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой форм работы при осуществлении реабилитации может решаться в сторону повышения интенсивности как той, так и другой. Индивидуальная работа с клиентом важна для выявления основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации к эффективному участию как в процессе реабилитации в целом, так и в групповых занятиях, в частности, а также коррекции реакций на ситуации группового воздействия. Групповая форма работы во всех ее многочисленных вариантах может рассматриваться как наиболее адекватный метод реабилитации, поскольку в условиях группы осуществляется одновременное влияние на основные компоненты отношений личности – познавательный, эмоциональный и поведенческий, достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность.[3] Групповые занятия способствуют также восстановлению системы отношений клиента с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентаций в соответствие с образом жизни, то есть решению тех первоочередных задач, без которых невозможно принятие себя как личности и успешное социальное функционирование. Кроме того, групповые занятия позволяют экономить временные ресурсы специалиста за счет увеличения количества участников.

Релаксационные занятия в комнате эмоциональной разгрузки (сенсорная комната) носят психопрофилактический характер. Для занятий в сенсорной комнате используются методы аутогенной тренировки, оздоровительные медитации, элементы музыкотерапии и ароматерапии. Сеансы в сенсорной комнате приводят к снятию мышечного тонуса и психоэмоционального напряжения, достижению состояния релаксации и душевного равновесия, активации различных функций центральной нервной системы за счет создания обогащенной мультисенсорной среды, созданию положительного эмоционального фона, повышению мотивации к проведению других процедур.

Подводя итоги подчеркнем, что использование разнообразных психологических методов позволяет максимально эффективно оказывать реабилитационные услуги и способствует повышению качества жизни людей с ограниченными возможностями здоровья, имеющих заболевания опорно-двигательного аппарата.

Литература

1. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — СП6: Издательство «Питер», 2000;

2. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. - Спб: Издательство «Питер», 2004;

3. Сандомирский М.Е. Защита от стресса. Физиологически-ориентированный подход к решению психологических проблем. (Метод РЕТРИ). — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001;

4. Сильченок. Методы эффективной психокоррекции: Хрестоматия. / Сост.. — Мн.:, 1999;

5. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. — М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1998.

Психологическая группа для сиблингов детей с расстройствами аутистического спектра

Федотова Э. Л.
ЦППРиК Тверской, г. Москва

Результаты многочисленных наблюдений и исследований [4] говорят о том, что дети, воспитывающиеся в семье, где кроме них есть

сиблинги, страдающие детским аутизмом, испытывают на себе негативное влияние имеющейся сложной семейной ситуации. Безусловно, большую роль играют личностные индивидуальные качества здорового ребенка, но в целом можно говорить о том, что для этих детей характерны следующие особенности: ощущение вины, несправедливости жизни, острая озабоченность своим будущим, негативное отношение к сиблингу, чувство злости и гнева по отношению к нему. Нередки неприятие брата или сестры, наблюдаются страх или агрессия, непонимание ситуации и состояния сиблинга, порождающие тревогу и беспокойство, чувство стыда или обиды. Эти дети часто испытывают ненависть, ревность к родителям, сильное чувство одиночества. У них формируется негативное представление о себе вследствие осуждающего отношения окружающих к семье. Ощущение вины за болезнь сиблинга приводит к апатии, депрессии и даже суицидальным мыслям или, наоборот, поведение становится агрессивным или саморазрушительным, ухудшается учеба, наблюдаются психосоматические жалобы (особенно, из-за гнева и вины), подавляется спонтанная активность. Вообще, специфика детского аутизма заставляет некоторых исследователей считать семьи аутичных детей более страдающими, чем семьи, имеющие детей с другими особенностями [1].

В проведенных нами экспериментальных исследованиях [3,4] так же были выявлены признаки недовольства здоровыми сиблингами семейной ситуацией, нарушения эмоциональных контактов в семье, неоднозначного восприятия себя и своих братьев и сестер с аутизмом.

Понимание наличия обозначенных особенностей у здоровых детей в таких семьях приводит к необходимости развития системы оказания психологической поддержки и этим членам семьи. Одним из направлений психологической помощи может являться группа для сиблингов.

Цель такой группы - формирование у детей адекватных представлений о себе и сиблинге с аутизмом. Для достижения поставленной цели нами были выделены 3 группы задач:

1. Повышение осведомленности детей об аутизме, улучшение понимания причин неадекватного поведения сиблинга, изменение установок в отношении больного сибса. Для этого в группе должны прорабатываться следующие актуальные для здоровых детей проблемы: а) искаженные или недостаточные представления об

аутизме, ведущие к непониманию ситуации, например, к страху заразиться; б) трудности бытового уровня, когда аутичный брат или сестра портит вещи другого и т.п.

2. Улучшение понимания детьми себя, нормализация отношения к себе, развитие умения адекватно выражать свои желания и чувства. Здесь рассматриваются следующие трудности детей: а) неудовлетворение потребностей (невозможность иметь личное пространство, распоряжаться свободным временем; несвобода в выборе профессии), б) негативные чувства (одиночество, вина, страх заразиться и т.п.).

3. Приобретение новых адаптивных форм поведения в т.ч. реагирования на семейную ситуацию и сиблинга. Предполагается проработка в группе таких тем, как:

а) негативные чувства к родителям (обида, ревность), к сибсу с аутизмом (злость, страх), в отношении себя (одиночество, вина, страх заразиться);

б) проблемные отношения здорового ребенка вне семьи: с ровесниками (стеснение и стыд; невозможность приглашать в гости; травля; тревога о будущем), с посторонними (отсутствие толерантности к сиблингу, страдающему детским аутизмом).

Разрабатываемая нами программа группы рассчитана на подростков, живущих в семье вместе с братом или сестрой с аутизмом, т.к. именно этот возраст наиболее сенситивен для работы с представлениями человека о себе, с его самооценкой, поведенческими паттернами. Групповая работа выстраивается на общепринятых принципах ведения групп [2], таких как, например, принцип добровольного участия, закрытости группы, диалогизации взаимодействия и постоянной обратной связи.

В работе используются методы:

когнитивно-поведенческий тренинг: создание проблемных ситуаций, ролевая игра, объяснение, групповая дискуссия, анализ конкретных случаев и семейных ситуаций, «мозговой штурм», обсуждение тем;

методы арт-терапии: проективный рисунок, коллаж, библиотерапия, релаксация, медитативные техники;

методы психодрамы: зеркало, проигрывание ситуаций, психогимнастика;

методы игровой терапии: психологические упражнения, игры. Инструментом групповой работы являются также правила группы.

Групповой курс рассчитан на 4 месяца и состоит из четырех этапов работы группы:

0 этап. Индивидуальная беседа психолога с будущим участником группы. Сбор запросов и ожиданий потенциальных участников группы.

I этап. Создание атмосферы доверия группы, формирование сплоченности, создание групповых норм и правил.

II этап. Проработка психологических проблем.

III этап. Подготовка к переходу в повседневную жизнь, ориентация на ресурсы вне группы, расставание.

На предварительном (0) и заключительном (III) этапе работы группы проводится оценка эффективности коррекционной программы группы. Показателем эффективности можно считать изменение отношения ребенка к себе, своей семье и брату или сестре. Для этого используются следующие диагностические методики:

1. Индивидуальная беседа и тестирование психологом ребенка: Рисунок Семьи, Рисунок Семьи Животных, ЦТО (тест цветовых отношений), Тест Вартегг, Незаконченные предложения.

2. Анкетирование родителей: направленная беседа с родителями. Она включает вопросы об отношениях в семье детей друг к другу, о представлениях здорового ребенка относительно особенностей сибса, о степени откровенности в семье в обсуждении темы аутизма. Освещается вопрос о родительских ожиданиях и требованиях в отношении обоих детей и т.п. Разработан опросник для родителей детей, посещающих группу сиблингов.

Программа психологической группы для детей, имеющих сиблинга с аутизмом, в настоящий момент находится в стадии апробации. Надеемся, что группа для сиблингов наравне с другими формами психологической поддержки, такими как индивидуальные и семейные консультации, тренинги детско-родительских отношений, станет ещё одной возможностью получить необходимую психологическую помощь детям.

Литература

1 Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М.: Владос, 2004.

2 Прутченков А.С. Свет мой, зеркальце, скажи… Методические разработки социально-психологических тренингов. – М.: Новая школа, 1996.

3 Федотова Э.Л. Как воспринимают свою семью дети, имеющие брата или сестру с аутизмом // Аутизм и нарушения развития, № 1/2006.- с. 1-7

4 Федотова Э.Л. Самоощущение ребенка, имеющего сиблинга с аутизмом // Детский аутизм: исследования и практика. – М.: РОО «Образование и здоровье», 2008.

Нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой в реабилитационном процессе

Фуфаева Е.В., Семенова Ж.Б., Лукьянов В.И., Петряйкин А.В.
ГУ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, г. Москва

Введение

При выраженном росте общего уровня детского травматизма в России за последние десятилетия черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одной из важнейших медико-социальных проблем. Частота встречаемости тяжелой черепно-мозговой травмы в общей структуре травмы варьируется от 4 до 20% [1;5].

С развитием высоких технологий, совершенствованием нейрореаниматологии и методов нейровизуализации снизились показатели летальности, но резко увеличилось число детей-

инвалидов. В связи с этим наибольшее внимание в последнее время уделяется не только факту выживания пациента, но и ранней реабилитационной помощи, оценке когнитивных функций, а также качеству жизни детей и исходу травмы.

Задачи нейропсихологического сопровождения пациента, включающие диагностику, мониторинг, реабилитационные воздействия на разных этапах восстановления различны, и зависят от течения травмы и реабилитационных целей при интердисциплинарной форме работы с пациентом.

При этом современные концепции нейрореабилитации предъявляют совершенно новые требования не только к оценке когнитивных функций у пациентов, длительно находившихся в вегетативном, минимальном состоянии сознания, но и к реабилитационным воздействиям на разных этапах течения тяжелой черепно-мозговой травмы.

Цель данного исследования - выявить особенности нарушения и проследить динамику восстановления высших психических функций у детей в первые шесть месяцев после тяжелой черепно-мозговой травмы.

Задачи

1) Провести анализ данных МРТ для характеристики группы детей с точки зрения структурных повреждений головного мозга;

2) Найти соотношение частот встречаемости нарушений различных высших психических функций у детей в первые шесть месяцев после травмы;

Материалы и методы

В исследовании принимали дети в возрасте от 4 до 17 лет (n=51), которые в разном возрасте перенесли тяжелую черепно-мозговую травму (по Шкале Комы Глазго (ШКГ) ≤8). Дети проходили нейропсихологическую диагностику в течение первых шести месяцев после травмы по классической батарее методик А. Р. Лурия, адаптированной для детского возраста [3;4;2;6].

Все МРТ исследования проводились на МР томографе Achieva Philips Голландия, с индукцией магнитного поля 3.0 Тесла, оснащенные градиентной системой Dual Quasar и 8- канальной приемной радиочастотной катушкой для головы.

Статистическая обработка данных производилась с помощью статистического пакета STATISTICA V. 8.0.

Результаты

1) Анализ данных магнитно-резонансной томографии по структурным повреждениям мозга показал, что наибольший процент составило диффузно-аксональное повреждение (72,55%). Среди очаговых повреждений превалировали повреждения лобных и височных долей.

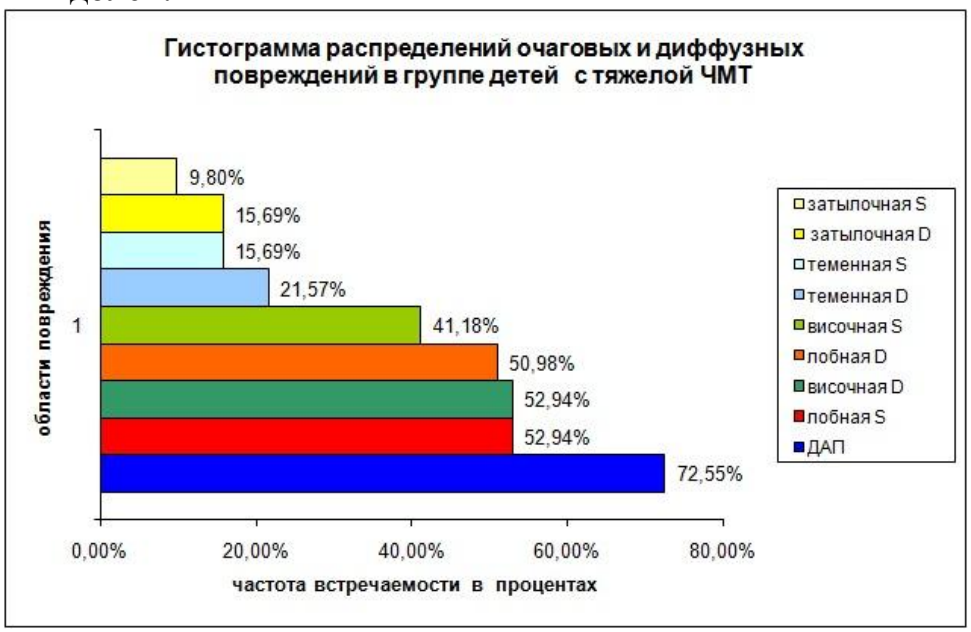


Рис. 1.

2) Для оценки нейропсихологического исхода, было выделено 7 интегративных функций (рис. 2): нейродинамика психической деятельности, функции программирования, регуляции и контроля деятельности, модально-неспецифическая память, нарушения речи, нарушения зрительно-пространственных функций, нарушения гнозиса, нарушения праксиса. Наиболее страдающими функциями являлись:

- нарушения нейродинамики психических процессов(96,08%),
- нарушения функций программирования и контроля деятельности (88,24%),
- модально-неспецифические нарушения памяти (72,55%).

Рис. 2

Таким образом, в картине нарушений высших психических функций на раннем этапе восстановления пациентов после тяжелой черепно-мозговой травмы превалируют симптомы неспецифического снижения психической активности в виде аспонтанности, патологической инертности психических процессов и расстройства сознания по типу нарушения ориентировки в месте, времени, ситуации, собственной личности с последующим регрессом этих симптомов. Данные симптомы становятся мишенью для нейропсихологического мониторинга, включающего в себя оценку нарушений нейродинамики психических процессов, течения посттравматической амнезии с оценкой нарушений памяти и ориентировки в месте, времени и личности, оценку нарушений функций программирования и контроля деятельности.

Литература

1. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме // Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. - Т. 1. - М.: Антидор, - 1998. - 550 с.

2. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. //М.: МЗ СССР, 1983.

3. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека.// СПб.: Питер, 1-е издание – 2008 - 624 с.

4. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников// Под общей редакцией Т.В. Ахутиной, О. Б. Иншаковой. – М.: В. Секачев - 2008. – С.128

5. Потапов А.А., Рошаль Л.М., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Черепно-мозговая травма: проблемы и перспективы // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. — 2009, № 2.

6. Ewing-Cobbs L, Levin H.S., Fletcher J.M., Miner M.E., Eisenberg H.M. The Children's Orientation and Amnesia Test: relationship to Severity of Acute head injury and to recovery of memory//Neurosurgery 27(5) – 1990 - 683-691.

Формирование коммуникативных умений у детей младшего школьного возраста с речевыми нарушениями во внеурочной деятельности (на материале занятий фольклорного ансамбля)

Хвостова Е.В.,
НГГУ, г.Нижневартовск

Гуманизация российского образования, его коммуникативная направленность обусловливает определение коммуникативной компетенции как одной из ключевых, то есть многофункциональной, надпредметной, междисциплинарной, обеспечивающей активную социальную адаптацию. Процесс становления коммуникативной культуры младшего школьника следует рассматривать как организацию управления деятельностью субъекта по освоению необходимых теоретических знаний, практических умений и навыков: слушание, говорение, владение вербальными и невербальными средствами коммуникации. Фольклор в свою очередь представляет собой уникальную кладовую материала для разработки игр и упражнений, направленных на развитие коммуникативных умений учащихся начальных классов. Многообразие жанров, анонимность материала, игровая природа фольклорного действа, коллективность (артельность), традиционность и потенция к сотворчеству и импровизации – качества, позволяющие создать максимально комфортные условия для совершенствования коммуникативных умений и самореализации творческого потенциала ребенка. Демократичность фольклорного материала позволяет использовать авторские, исторические и современные игры и упражнения. Кроме того, фольклор, избегая прямого воздействия, иносказательно, исподволь формирует систему нравственных ценностей ребенка.

Работа по развитию речи как универсального средства коммуникации на занятиях детского фольклорного ансамбля не

предполагает замену систематических занятий с педагогом-дефектологом, логопедом или уроков словесности. Но организованная в системе, она может существенно повлиять на освоение основ традиционной коммуникативной культуры российского народа. Игровая природа фольклорного материала позволяет решать обучающие, воспитательные, развивающие, коррекционные задачи, не создавая стрессовых ситуаций для ребенка.

В творческие коллективы игровой направленности очень часто приходят дети из классов компенсирующего обучения, как правило, не достигающие высоких результатов в учебной деятельности по разным причинам (патологии развития, педагогическая запущенность и др.), и в самодеятельном творчестве оказываются очень успешными. Часто эти дети испытывают дефицит внимания и общения как в отношениях с взрослыми, так и с ровесниками. В условиях репетиций они восполняют этот дефицит. Образование через проживание, познание через откровение, погружение в учебную ситуацию позволяет высвободить сознание учащегося, откорректировать психологические установки и комплексы. Развитие эмоциональной сферы влечет за собой повышение интеллектуального уровня. Успешность самореализации через художественно-творческую деятельность непременно оказывает влияние на результативность деятельности ребенка в других сферах. У ребенка корректируется самооценка и уровень притязаний, формируется активная социальная позиция.

Собственные наблюдения автора в процессе работы с детскими голосами, показывают, что, например, заикание, часто вызвано стрессовой ситуацией, по вине которой формируется комплекс, чувство неуверенности. Ребенок помнит об этом стрессе и, всякий раз, когда он волнуется, начинает заикаться. Но играют и поют дети с удовольствием, не испытывая дискомфорта, волнение исчезает, пропадает и заикание. Задача педагога в этом случае состоит в том, чтобы, сначала отвлекая ребенка от непосильных для него воспоминаний, закрепить состояние удовольствия, а потом помочь ему преодолеть неуверенность и заикание, как ее проявление, способствовать восстановлению коммуникативной функции.

Большое внимание нужно уделить психологическому сопровождению коррекционной работы. Дефекты произношения должны восприниматься и преподноситься не как ужасное уродство, а как недостаточное умение, которому при соответствующем старании можно научиться. В совместной работе по исправлению недостатка речи должен обязательно соблюдаться принцип добровольности:

работать или не работать над проблемой – выбор самого ребенка с пониманием всех вытекающих из этого выбора последствий. Только в этом случае мотивация поступка не будет внешней, навязанной взрослым.

Организация подобной работы во внеурочное время дает значительные преимущества в достижении успеха перед урочными формами. Во-первых, большое значение имеет то, что работа ребенка оценивается, но не выставляются отметки. Неудача не пугает и ни чем не грозит. Во-вторых, задание вообще необязательно выполнять, если ты к нему не готов психологически – ведь это не урок: сиди, слушай, пытайся выполнить мысленно или вполголоса с кем-то. Наступит время, и все получится. В-третьих, занятия в фольклорном ансамбле особенно естественно и легко позволяют решить задачу совершенствования коммуникативных умений ребенка в силу коллективного (артельного) характера бытования фольклора и обязательного присутствия в материале игрового компонента: песни, частушки, даже коротенькие потешки не просто исполнялись, а разыгрывались.

Репетиционные занятия, построенные на фольклорном материале, позволяют привлекать не только народные старинные игры, но и включать современные – авторские и адаптированные, дидактические, коррекционные, развивающие и т.д. Еще лучше, когда в основе игры лежит импровизация самих детей. Анонимность авторов, коллегиальность творческого процесса, присущие народному творчеству, создают для этого оптимальные условия.

Материал, с которым работает ребенок на занятии фольклорного ансамбля, предполагает разнообразие видов исполнительской деятельности. Песни и танцы, театрализация и пантомима, импровизация, скороговорки, загадки, заклички, жеребьевки естественно включаются в ткань игры. В процессе разыгрывания хоровода ребенок осваивает коммуникативный опыт через построение партнерских отношений, получает первые представления о трудовой деятельности; у него развивается пространственное воображение, координация движений. Народное творчество синкретно по своей природе: музыкант, скоморох, поэт, танцор, рассказчик – часто один и тот же человек. Поступившие в фольклорный ансамбль дети узнают, что в подобных коллективах нет «узких специальностей». Актер фольклорного коллектива в идеале должен обладать универсальными способностями: уметь работать со зрителями, вовлекать их в игры и забавы, импровизировать в зависимости от ситуации на площадке, быстро переключаться с пения

на речь и многое другое. Поэтому требуется систематическая и серьезная работа по развитию речевых умений и навыков всех участников ансамбля, по формированию их коммуникативной компетенции.

Совместная деятельность педагога и детей в указанном направлении предполагает освоение в процессе репетиционных занятий всех коммуникативных умений: оценки ситуации предполагаемого общения, вступления в контакт, умения слушать, предполагающее владение нерефлексивным (умение «внимательно молчать») и рефлексивным (выяснение, отражение чувств, резюмирование, перефразирования) слушанием. А также способствует развитию умения владеть вниманием аудитории, владеть вербальными и невербальными средствами общения, избегать конфликтных ситуаций, находить выход из конфликта, оценки процесса общения, внесения необходимых корректив, оценки результатов коммуникативного акта.

На освоение указанных умений направлено множество упражнений, обучающих игр и других дидактических приемов, представленных в соответствующей литературе.

Языковые игры – развлекательные, но всегда содержащие дидактический элемент, по весомости которого и классифицируются на наблюдательные, конструктивные, продуктивные, творческие. В эти группы входят игры словесные, грамматические, буквенные и пр. Функция языковых игр заключается в формировании языковой компетенции детей. Например, игра «Восстанови пословицу». Цели проведения игры: познакомить с новыми пословицами, помочь в понимании скрытого смысла высказываний, научить строить логически завершенное предложение. В таблице на доске (в условиях занятий-посиделок предпочтительнее карточки с написанными частями пословиц) в левом столбце – начала пословиц, в правом – окончание. Нужно найти и соединить начало и окончание пословицы, объяснить смысл высказывания. Если пословица незнакома детям, обсудить ее смысл. Во время занятий можно предложить подвижный вариант игры: раздать детям вперемежку начала и окончания пословиц и по команде составлять целое. Или игра «Бином фантазии», способствующая развитию образного мышления, творческого воображения, импровизации.

Риторические игры, в процессе исполнения которых происходит освоение культуры общения, усваиваются секреты красивой и правильной речи, овладение техническими приемами. Например, игра «Снежный ком». Цель игры: развитие фантазии, умения внимательно

слушать, развитие слуховой и образной памяти. Играют все желающие, сидя в кругу. Первый передает соседу слева ключ (можно имитирующий его предмет или ключ воображаемый) со словами «Я продаю тебе ключ от королевского замка». Сосед передает ключ дальше, быстро повторив эту же фразу, и так далее, пока ключ не вернется к первому игроку. Первый игрок произносит фразу: «Я продаю тебе шнурок, на котором висит ключ от королевского замка». Играющие передают ключ, повторяя слова первого. Третий круг сопровождается словами: «Я продаю тебе мышонка, который перегрыз шнурок, на котором висит ключ от королевского замка» и т.д. Побеждает тот, кто повторил всю фразу быстро, не пропустив ни одного слова. Можно выполнить вариант игры, когда долгоговорка сочиняется по фразе от каждого играющего или придумывается связный и логично завершенный сюжет сказки, стихотворения и пр. Для выполнения этого варианта дети уже должны иметь представление о структуре текста и композиционном строении. На освоение невербальных коммуникативных средств направлены игры «Немое кино», «Говорящая рука» и пр. На основе упражнений по риторике были разработаны диалоговые игры «Ярмарка», «Телефон» и др.

Психокоррекционные игры, способствующие формированию чувства эмоционального комфорта детей, уверенности в своих силах, умения ориентироваться в мире взаимоотношений с окружающими. Например, игра «Знакомство». Группа сидит в кругу. Ведущий бросает кому-либо из участников клубок, оставляя начало нити у себя, и задает вопрос. Например: «Как тебя зовут?» или «Что ты любишь?» Ребенок, поймав клубок, дает ответ и перебрасывает клубок с вопросом следующему игроку, намотав нить на палец. Постепенно все играющие окажутся связанными множеством нитей. Эта игра имеет высокий уровень диагностичности: легкость вступления игроков в контакт, предпочтения и симпатии, стремление завести новых знакомых или тяготение к сложившейся компании, круг интересов и т.д. Игры «Хвост дракона», «Паровозик» и подобные облегчают вступление в контакт в незнакомом обществе. «Животное», «Чужеземец» и прочие – помогают преодолевать аудиторный шок и коммуникативные барьеры. На каждой репетиции проводятся игры каждого типа, но, варьируя уровни сложности и продолжительности, чтобы не перегружать детей.

Для наиболее успешного решения поставленных задач занятия ансамбля организуются в форме посиделок. Этот выбор обусловлен специфическими особенностями такого традиционного для

российского (не только русского) народа времяпрепровождения, как семейного, так и общинного. На занятии воссоздается подобие модели традиционной крестьянской семьи – коллектива, представленного несколькими возрастными группами, обеспечивающего каждому ребенку достаточный спектр взаимодействий с ровесниками и старшими, сохраняющий адекватность усвоения коммуникативного опыта. Посиделки предполагают живое, непосредственное общение, позволяют включить любые виды работы: игры, сказки, загадки, скороговорки, речевую импровизацию. А также пение, элементы хореографии и т.п. Атмосфера посиделок очень демократична, здесь не так явно проявляются иерархические и субординационные отношения, все равны в возможности начать игру или предложить иной вид деятельности. Избранная форма позволяет избежать жесткой регламентации, допускает импровизацию, экспромты по сложившимся на занятии ситуациям, возникающим, как правило, вокруг актуальных для участников ансамбля этических или эстетических проблем. Элементы занятий могут чередоваться свободно, но желательно, чтобы между однонаправленными видами работы не было большого временного разрыва. Например, дыхательная гимнастика, упражнения для развития речевого голоса или распевание и работа над песней не должны надолго отстоять друг от друга, иначе снижается их эффективность. С другой стороны, возрастные особенности участников ансамбля требуют для сохранения активного внимания смены видов деятельности. Следовательно, работа должна быть спланирована таким образом, чтобы достичь максимально возможного результата и не переутомить детей.

Композиционно занятие выстраивается как художественное произведение: вступление, завязка, развитие, кульминация, завязка, финал. Это обусловлено принципами общей и художественной педагогики: комплексный характер задач, образная целостность занятия, отбор материала по признакам художественной ценности и педагогической целесообразности, тематическое построение занятия, научная достоверность информации, доступность, занимательность, связь с жизнью.

Таким образом, внеклассная деятельность, организованная в традициях коллективного (артельного) бытования российского фольклора, безусловно, будет способствовать наиболее успешному развитию коммуникативных умений младших школьников. Она позволит эффективно решить три основные задачи: **конкретно-познавательную**, связанную с образовательной ситуацией,

коммуникативно-развивающую, направленную на освоение основных навыков общения между членами группы и вне ее, **социально-ориентационную**, предполагающую формирование гражданской позиции, необходимой для адекватной социализации индивида в обществе.

В погоне за днями, наполненными смыслом

Царева Н.А.
ГОУ Детский сад № 288, г. Москва

В своем кратком изложении мне бы хотелось поделиться некоторыми наблюдениями и откровениями, которые возникали в ходе работы и совместной жизни с детьми и взрослыми с различными психофизическими нарушениями, а также рассказать об основных принципах теории «Повышения значимости социальных ролей», с которой произошло ознакомление в США на стажировке по программе «Поддерживаемое проживание».

Представим себе такую ситуацию. Молодой человек с множественными нарушениями развития на инвалидной коляске в гостиной у себя дома (домом сейчас я называю место, где человек проводит свою жизнь, это может быть интернат, тренировочная квартира, его собственная квартира). В этом доме он не один, есть рядом другие люди. И вот он захотел в туалет. Сообщил об этом ассистенту. Вопрос: как должен поступить ассистент?

Есть разные ассистенты, и дальнейший сюжет может развернуться по-разному:

1) Ассистент отвезет молодого человека в туалет.
2) Ассистент принесет «утку» и предложит сходить в туалет там же, в гостиной.

Какое из вышеперечисленных решений данного вопроса является более правильным? Почему?

Волонтер/ассистент/нянечка/социальный работник/опекун часто попадают в ситуацию выбора «за» другого. И исход этого выбора может либо повысить значимость/достоинство человека, ради которого он рядом, либо обесценить ее.

Теория «Повышения значимости социальных ролей».

Эта теория кажется полезной для рассмотрения, и именно в том ключе, чтобы применять ее основные положения при подготовке специалистов, которые каждый день принимают решения за другого.

Концепция «Повышение значимости социальных ролей» (The Social Role Valorization) изначально появилась в 60-х годах и в последствие была доработана доктором Вольфом Вольфенсбергером. Она представляет собой хорошо проработанную систему положений, которые объясняют механизм социального обесценивания и последствия этого обесценивания.

Знание этих процессов может помочь выработать более успешные стратегии работы с людьми, находящимися в группе социального риска. С той задачей, чтобы вывести этих людей из статуса «обесцененных», и помочь им иметь доступ к полной жизни, которая включает в себя чувство принадлежности, участие, значимость того, что ты делаешь, настоящий дом, богатые отношения.

Представим себе другую ситуацию.

Дом престарелых. Мужчина среднего возраста, с рассеянным склерозом. Он не может сам вставать и садиться. Парализован. Последние 12 лет он не покидает свою комнату. Вопрос: кто разрешает ситуацию доступности средств передвижения для него на улицу? Нужно ли ему на улицу? Почему?

Концепция «Повышения значимости социальных ролей» широко используется в Северной Америке, Европе и Австралии в качестве основы для развития и поддержания альтернативы специальным учреждениям. Это знание, которое подготавливает людей к работе с людьми, когда необходимо вовлекать семьи, строить отзывчивую систему поддержки, которая сосредотачивается на удовлетворении наиболее срочных потребностей отдельных людей для полной, богатой жизни в обществе.

Приведем некоторые положения.

1) Общество обесценивает определенные качества и состояния → Лица, воспринимаемые как идентифицирующиеся с этими качествами, обесцениваются (то есть переводятся в статус людей, ничего не значащих) → Затем их отвергают, отбрасывают на малоценные роли → Дистанцируют от лиц с ценным статусом → Символически «клеймят» как обесцененных → Подвергают дискриминации самого различного рода, социальному и физическому угнетению, а иногда это заканчивается насилием и убийством.

2) Стратегии преодоления этого процесса формируются исходя из представления о:

A. Силе образа

B. Социальной роли

«Социальная роль» (по определению социолога Талькотт Парсонса) — ожидаемая социумом модель поведения, позиция

ответственности, ожиданий и привилегий. Чем больше у человека ролей, тем более он включен в сеть социального взаимодействия.

«Образ» как облик строения, в котором живут люди с психическими нарушениями. Образ как слово, которое мы используем в речи или в печатной продукции, логотипах на специальных машинах: например, «дауненок», «ДЦПшник», «такси для инвалидов». Образ - фотография, на которой изображен человек с нарушениями на рекламном щите. Образ как форма одежды воспитателей в доме ребенка. Все эти образы приближают нас к человеку, или удаляют от него?

Важно отметить, что на основе данной теории были разработаны критерии анализа качества социального обслуживания («A Tool for Analyzing Service Quality According to Social Role Valorization Criteria»). Если санитарная служба проверяет чистоту помещения, то данная экспертиза выявляет качество услуг, предоставляемых людям, подверженных риску социального обесценивания.

Литература

1. Osburn, J. (2006). An overview of Social Role Valorization theory. The SRV Journal, 1(1), 4-13.

2. Wolfensberger, W., & Thomas,S (2007) PASSING: A tool for analyzing service quality according to Social Role Valorization criteria. Ratings manual (3rd rev. ed.). Syracuse, NY: Training Institute for Human Service Planning, Leadership and Change Agentry (Syracuse University).

3. http://www.socialrolevalorization.com/

Роль надежды в процессе реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга

Шехорина А.В.
МГППУ, г. Москва

Надежда – фундаментальная, универсальная, неотъемлемая часть жизни. Было сказано, что там, где нет надежды, жизнь прекращается (Франкель, 1984). [5, 85] Существует множество определений надежды – от принятия желаемого за действительное, до сложных, хорошо разработанных теоретических конструкций.

В литературе выделяются четыре ключевых компонента надежды:

- надежда фокусируется на будущем;
- надеющийся ожидает, что будущее будет лучше настоящего;
- у надежды есть когнитивные и эмоциональные аспекты;
- надеющийся человек считает, что объект надежды можно реализовать. [5, 86]

Известно, что существуют индивидуальные различия в уровне надежды, особенно в трудных ситуациях.

Цель данной работы – проанализировать роль надежды в такой трудной ситуации, как травма позвоночника или травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ).

По самой своей природе ТБСМ может вызвать чувство безнадежности. После травмы изменяется вся жизнь, она как бы раскалывается надвое – до и после травмы. Человек с ТБСМ становится зависимым, его социальные роли редуцируются. Прежние способы получения удовольствия от жизни часто больше не работают. В такой ситуации важен вопрос: «Что означает надежда для них? И можно ли ее укрепить?»

С 1960-х гг. в литературе по адаптации к хроническим заболеваниям доминировали теории стадий. Эти теории основывались на понятиях, адаптированных из психологии горя и потери или областей психического здоровья. Процесс совладания с болезнью представлен как серия стадий, включающих: шок, отрицание, депрессию, тревогу, гнев, и наконец, достижение кульминации в адаптации. Теории стадий предполагают, что депрессия и горе – естественные этапы на пути достижения удовлетворительной адаптации.

До 1990-х гг. большая часть исследований обращалась к процессам патологизации, а не выявляла факторы, которые способствуют позитивной адаптации. У позитивной психологии есть потенциал, чтобы заполнить пробелы в этом знании и помочь поддержать клиентов, опираясь на их силы и мужество (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Snyder & Lopez, 2002). [5, 85]

Две теории надежды особенно релеванты в отношении адаптации к инвалидности и реабилитации. Это теории Dufault и Martocchio (1985) и теория надежды Снайдера (R. Snyder) и его коллег.

Dufault и Martocchio выдвинули на первый план необходимость понять роль и природу надежды при болезни. Они пишут, что надежда имеет два аспекта: конкретизированная (particularised) и обобщенная (generalised) надежда. Конкретизированная надежда сосредоточена на определенных объектах, в то время как обобщенной надежде присуща широкая перспектива, которая делает жизнь стоящей, оставаясь при этом абстрактной (Dufault & Martocchio, 1985).

Обобщенная надежда обеспечивает предохраняющую среду для человека, когда конкретные надежды поставлены под угрозу или больше не кажутся реалистичными. Обобщенная надежда осмысляется как буфер, который предоставляет комфорт и чувство безопасности. Благодаря ей позже можно развивать конкретные надежды. Это модель дает важное понимание роли надежды в процессе совладания. [5, 86]

Снайдер и коллеги доказали существование устойчивой связи между совладанием и надеждой на лучшее, измеряемой с помощью созданной этими учеными «Шкалы надежды на лучше» (Hope Scale, Snyder, 1994)

Эта модель предполагает, что надежда «отражает убеждение, что можно найти способ реализовать желаемые цели (пути) и стать мотивированным, чтобы использовать эти пути (действие)».

Подобно оптимизму, надежда содержит ожидание, что цели могут быть достигнуты, но надежда также содержит знания об определении и обязательстве достигнуть цели, а также планы и стратегии достижения целей. Надежда больше, чем просто «позитивное мышление», надежда подчеркивает действие человека и способность работать для достижения целей. [4, 944]

Модель надежды Снайдера состоит из трех основных аспектов: цели, пути (pathways) и действия (agency). Согласно теории Снайдера, цели должны восприниматься как достижимые, но могут также содержать компонент неуверенности.

Пути определяются как вера, что можно найти способ достижения желаемой цели и содержат возможность сформулировать, по меньшей мере, один практический способ для этого достижения. Осмысление путей особенно важно, когда есть препятствия для цели.

Когда достижение цели заблокировано, развитие альтернативных маршрутов становится обязательным [5, 87].

Если в некоторых теориях надежда рассматривается как эмоция, то Снайдер определил ее как когнитивный процесс, в котором позитивные эмоции проистекают из восприятия достигнутых целей.

Модель Снайдера была широко исследована. Проводились исследования и с людьми, перенесшими травму позвоночника.

Результаты исследования Эллиот с коллегами показали, что пациенты, которые «надеются на успех», считают себя менее депрессивными по сравнению с пациентами, которые «надеются на лучшее». Исследования проводились с помощью «Шкалы надежды на лучшее».

Как отмечает Снайдер, успешность совладания с трудностями, в том числе связанными с травмами и физическими заболеваниями, во многом зависит от того, настроен ли пациент в неблагоприятной ситуации на лучшее. [3, 256]

P. Dorsett в своей работе «The Importance of Hope in Coping with Severe Acquired Disability» представляет результаты 10-летнего лонгитюдного исследования группы из 46 людей с травмой спинного мозга. В ходе этого исследования были проведены полу-структурированные качественные интервью при выписке из больницы спустя 6, 12, 24 и 36 месяцев после выписки и снова в течение 10 лет после выписки. Результаты показали, что 70% участников определили надежду как существенный фактор, который помог им справиться с их травмой на ранней стадии. Для многих участников надежда продолжала оставаться важным фактором в совладании с долгосрочными последствиями травмы.

Три основных центра надежды были выявлены: 1) надежда на полное выздоровление (т.е., чтобы снова ходить). С медицинской точки зрения это нереалистичные ожидания, отрицание действительности. 2) надежда на лечение, которое принесет свои плоды в будущем; и 3) надежда на удовлетворительное качество жизни. Надежда на выздоровление характерна для ранних сроков после травмы; надежда на лечение и улучшение качества жизни – для более поздних. У тех, у кого была неполная травма, было больше причин для надежды на физическое восстановление. Со временем

надежды могут меняться. После травмы надежда является сильным мотиватором и помогает выжить. Те, кто сначала надеялся на полное выздоровление, позже надеются на успехи в лечении и достижение удовлетворительного качества жизни.

Популярные книги о реабилитации при ТБСМ часто делают акцент на важности упорно трудиться, что питает эти надежды

Люди продолжают надеяться, даже понимая тот факт, что их надеждам не суждено сбыться, или что исполнение этих надежд принадлежит отдаленному и туманному будущему [5, 91-95].

Но чем выше ожидания человека с ТБСМ в отношении результатов лечения, тем сложнее их достичь. Коррекция неадекватных (завышенных) ожиданий – важная задача в ходе работы с пациентом [2, 30-31].

В.А. Качесов пишет о том, что зачастую понятия «лечение» и «реабилитация» смешивают: «Лечение — это комплекс мер, направленных на торможение и остановку того или иного патологического процесса. Лечение — это «тушение пожара» в образном понимании. Ключевое слово здесь — «остановка». Реабилитация — это комплекс мер, направленных на восстановление, улучшение функций органов или замещение функции одних органов функцией других органов после остановки патологического процесса. Реабилитация — это восстановление разрушенного объекта в образном понимании. Ключевое слово здесь — «восстановление» [1] .

При комплексной реабилитации ТБСМ необходимо выстроить баланс целей, путей и действий, если пользоваться терминологией Снайдера, хотя это бывает непросто. Несмотря на очевидные и громадные достижения медицины, сделанные за последнее время, полное восстановление при ТБСМ еще недостижимо. Необходимо в ходе реабилитации научить людей, перенесших травму и оказавшихся в новой жизненной ситуации со множеством физических ограничений, жить дальше и как можно полнее, используя все имеющиеся ресурсы – как физические, так технические, социальные и пр.

Некоторые пациенты сосредоточены на лечении, отодвигая на задний план другие области жизни. Достигаемые ими успехи в ходе лечения часто не могут кардинально изменить качество жизни;

например, эти пациенты все равно вынуждены пользоваться инвалидной коляской со всеми вытекающими отсюда ограничениями.

С другой стороны, забота о физическом состоянии также крайне важна. Например, если пациент, разуверившись в возможностях лечения, пренебрегает им, сосредотачиваясь только на работе, это подрывает его здоровье. Так, у пациентов, много времени проводящих в коляске, часто развиваются пролежни, что в свою очередь, приводит к необходимости серьезного лечения и негативно отражается на качестве жизни и на той же работе.

Как справедливо замечает P. Dorsett, «Физическая реабилитация позволяет клиенту развивать навыки, знание и уверенность, чтобы управлять своим положением. Эти навыки, знание, и уверенность способствуют формированию реалистических целей и мотивируют на достижение желаемых результатов. Даже перед лицом постоянной ТБСМ, надежда может возникать благодаря восстановлению чувства собственного достоинства и самоэффективности, что проявляется в укрепленной компетентности и возобновлении ценных социальных ролей» [5, 97].

Литература

1. Качесов В.А. Основы интенсивной самореабилитации. - М.: Издательская группа «БДЦ-ПРЕСС», 2007. - 174 с.

2. Кокоренко В.Л. Психические факторы оценки качества жизни больных со спинальными нарушениями // Ученые записки СПбГиПср. 2008. №1. С.30-32.

3. Либина А.В. Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации. М.: Эксмо, 2008.

4. Bernardo A. B.I. Extending hope theory: Internal and external locus of trait hope // Personality and Individual Differences 49 (2010) 944–949

5. Dorsett P. The Importance of Hope in Coping with Severe Acquired Disability // Australian Social Work.2010. Vol. 63, № 1, March, p. 83-102

Актуальные вопросы социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья

К обоснованию проблемы формирования рефлексивных умений у детей с ОВЗ

Амвросова О.А.
Череповецкий государственный университет
г.Череповец

Рефлексия, как проявление сознательного и активного отношения субъекта к медико-социальным, коррекционно-педагогическим и психологическим мероприятиям, во многом определяет успешность реабилитации, которая, в свою очередь, нацелена на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социального статуса лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Применимо к детям с ОВЗ, уместней говорить не о восстановлении утраченных функций, а об их изначальном формировании. Приоритетный круг задач в формировании психики детей с ОВЗ определяется первичным дефектом и вторичными отклонениями в развитии. Одним из путей коррекции и компенсации первичного дефекта является формирование рефлексии.

Рефлексия выступает основным механизмом внутренней обратной связи. Без рефлексии, без продуктивного рефлексивного анализа себя, своих смыслов и противоречий, моделей, шаблонов и стереотипов поведения, позитивная динамика в личностно-смысловом и предметно-операциональном планах сознания невозможна. Являясь сложным, многоступенчатым процессом, рефлексия обеспечивает осознание и регуляция деятельности.

Для детей с ОВЗ развитие рефлексивных умений приобретает особое значение. Имеющийся опыт активизации рефлексивного сознания у дошкольников с ОВЗ показывает, что направленность обучения на осознание определенных сторон действительности, которые нормально развивающиеся дети не осознают (связь между движением и работой речевого аппарата у детей с нарушением слуха, звуковые и тактильные характеристики пространства для детей с нарушением зрения, положение органов артикуляции, морфологические характеристики слов, закономерности

продуцирования речи при ОНР и др.), приводит к повышению эффективности коррекции и компенсации основного дефекта.

Тем не менее, несмотря на указанный позитивный опыт, до настоящего времени проблема развития формирования рефлексивных умений у детей с ОВЗ является неразрешенной. До сих пор не определены возрастные границы и закономерности генезиса рефлексивных способностей у детей дошкольного возраста с ОВЗ в сравнении с нормально развивающимися сверстниками; не выявлены структурно-функциональные характеристики рефлексии в дошкольном детстве в условиях нормального и нарушенного развития; не изучены и не описаны дифференциальные признаки в состоянии рефлексивных умений у детей с ОВЗ различных нозологических групп; не определён перечень базовых предпосылок и первичных форм рефлексивных умений у дошкольников и детей с ОВЗ; не исследована выраженность коррекционного и компенсаторного эффекта работы по формированию рефлексии у детей дошкольного возраста с ОВЗ. В то же время в федеральных государственных образовательных стандартах нового поколения развитие рефлексивных умений заложено в качестве основного ориентира педагогической деятельности в обучении младшего школьника. Такая работа, безусловно, должна опираться на некую предшествующую работу в период дошкольного детства и учитывать индивидуальные особенности детей и их возможности в формировании рефлексивных умений.

Таким образом, в настоящее время существует противоречие между практическими и теоретическими разработками в проблемном поле. Следует указать и на имеющиеся эмпирические противоречия (данные о возможности проявления рефлексивных умений у детей дошкольного возраста по-разному представлены в литературе по детской психологии, онтолингвистике и дефектологии).

Значимость рефлексии для развития ребёнка (рефлексия как источник становления механизмов саморазвития и самореализации, средство использования потенциальных возможностей организма и пр.) и ограниченность сведений о состоянии рефлексивных умений у дошкольников с ОВЗ и о влиянии работы по их формированию на коммуникативное, эмоциональное, речевое, когнитивное и социальное развитие детей, позволяет определить проблему значимой и актуальной для дефектологии.

Социокультурная реабилитация детей-инвалидов в художественно-творческой деятельности

Арабкина Н.В.
Центр социальной помощи семье и детям «Сокол» Северного административного округа г. Москвы

Современная практика социокультурной реабилитации особого детства представлена переплетением множественных технологических линий междисциплинарного свойства. Одним из основополагающих социозначимых и культурных комплексов является вовлечение детей с ограниченными возможностями здоровья в процесс активной творческой деятельности.

К сожалению, родители, имеющие детей с ограниченными возможностями, очень часто делают ошибку, стремясь ограничить своих детей тесным кругом общения. Изолируя их от общения со сверстниками, они тем самым препятствуют им утвердиться в обществе, стать его полноценными членами.

Жизнь такого ребенка не должна замыкаться в кругу своей семьи или специализированных учреждениях. Он наряду со своими сверстниками должен по возможности посещать доступные для него кружки, студии, участвовать в проводимых конкурсах и мероприятиях. Особенно важно установить такому ребенку дружеские контакты, научиться общению.

Учитывая данные условия, была разработана программа социокультурной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья «Зеркало души». Целью программы является развитие разнообразных способностей ребенка, не затронутых дефектом, посредством вовлечения его в процесс активной творческой деятельности. Она осуществляется через проведение первичных профориентированных мероприятий, направленных на приоритетное развитие социально-значимых способностей детей с ограниченными возможностями здоровья, где постижение основ языка художественной выразительности выступает не как самоцель, а как средство социализации, создания художественного образа и передачи эмоционального отношения человека к миру и самому себе.

Основные формы работы при этом – пальчиковая гимнастика, художественно творческая деятельность и изотерапия.

Результатом данной деятельности является то, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья получает знания об

основных видах и жанрах изобразительных искусств, овладевает основами изобразительной грамоты (цвет, тон, колорит, пропорции, светотень, композиция). А также используя различные художественные материалы в своем художественном творчестве (соленое тесто, глину, гуашь, акварель), овладевает умениями совместной деятельности и критичного оценивания с точки зрения эстетических и социальных ценностей, оценивает свои достижения и эмоциональное состояние.

Заключением программы является выставка и обсуждение детских поделок.

Такая социокультурная программа реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья способствует более глубокому и всестороннему развитию детей, воспитанию у них интереса к выполнению работ, любви к творчеству, а также помогает положительно решать задачи коррекции и компенсации различных дефектов развития.

Социокультурные аспекты режиссуры в особом театре (Между терапией искусством и эстетическими концепциями искусства авангарда)

Афонин А.Б.

ГОУ Центр детского творчества «Строгино» (структурное подразделение социально-творческой реабилитации «Круг»), г. Москва

В России при упоминании особого театра у людей, с ним незнакомых, часто возникает ответная реакция: «…А, я знаю – это терапия, терапия театральной деятельностью». Так человек пытается неизвестный ему феномен поместить в известную ему ячейку, чтоб не потерять собственную идентичность от встречи с неизведанным, чужим. (Особый театр – устоявшийся за 10 лет существования Всероссийского фестиваля особых театров «Протеатр» термин, обозначающий театры, в деятельности которых принимают участие люди с ограниченными возможностями здоровья [2, 3, 4]).) В Западной Европе театры с участием особых актеров стремятся максимально дистанцироваться от любых упоминаний о терапии и развивающих аспектов творческой деятельности. Попытаемся разобраться в этих полярных тенденциях и наметить своего рода срединный путь отечественного особого театра.

Считается, что психотерапия искусством – это метод лечения посредством творческой деятельности. Собственно сам предтеча современной арт-терапии – психоанализ – задал отношение к творчеству в наиболее радикальной форме: всякое искусство – сублимация, т.е. своего рода психотерапия. При этом сами терапевты считают, что между психотерапией искусством и художественным творчеством существует четкая граница, заключающаяся в том, что для пациента психотерапевтической группы искусство не является самоцелью, а лишь средством, помогающим лучше себя понять. Творческая деятельность интересует психотерапевта и его пациента лишь как процесс, результат же ее – не в создании максимально совершенного произведения искусства, а, в конечном счете, в изменении состояния пациента. Результат творческой деятельности при этом является средством коммуникации между психотерапевтом и клиентом. При этом никак не регламентируется возможность наличия определенных эстетических достоинств у продукта психотерапевтического сеанса, т.к. очевидно, что этот продукт будет разительно отличаться от эстетических критериев доминирующей культуры. (Однако необходимо отметить, что эстетические критерии, тем не менее, присутствуют в психотерапевтическом взгляде в силу того, что сама психотерапия искусством укоренена в эстетике доминирующей культуры. Терапевт как бы оставляет за скобками, но совершенно отчетливо знает, что является «здоровым», а значит «хорошим», а что «не здоровым» – «не хорошим». Собственно, его задачей и является вернуть пациента в «хорошее» русло жизни.)

Неприменение каких-либо эстетических стандартов к оценке произведений, создаваемых в процессе психотерапии искусством, фактически задает критерий их художественной ценности в том смысле, что априори снимает эту художественную ценность. В этом отсутствии двоякая роль: с одной стороны, взгляд терапевта – это, как бы, беспристрастный взгляд, позволяющий увидеть некие сокровенные смыслы, как терапевту, так и самому пациенту через пример терапевта: у пациента должна произойти интериоризация внешнего взгляда. С другой стороны, в этом взгляде терапевта уже присутствует отрицательный эстетический критерий – это не произведение искусства, а значит, определенная часть смыслов данного произведения сразу признается незначимой и не берется к рассмотрению. Терапевт ищет в произведении знаки, указывающие на отклонения от так называемой нормы развития. Он не видит того, что может иметь отношение к универсальному, в том числе к самому терапевту как человеку. Отличие терапии искусством от творческой

деятельности заключается в используемом дискурсе. Терапевту важна работа пациента постольку, поскольку она рассказывает о его сокровенном. Однако терапевт не может себе позволить быть заинтересованным зрителем. Он не может заинтересоваться работой пациента постольку, поскольку она рассказывает и о нем - терапевте, да и вообще о любом. В противном случае он рискует потерять свою профессиональную идентичность. Указанные основы терапии искусством имеют непосредственное отношение к представлениям современной западноевропейской науки о человеке и способах его восприятия и деятельности. Однако, очевидно, что эти представления имеют свои границы и не могут, например, быть использованы в отношении клиентов с выраженной интеллектуальной недостаточностью.

Любое творчество – это выражение человеком себя в мире с целью познания мира, себя в нем, его в себе. И это всегда процесс, если говорить о процессе жизни и творчества автора. Творческая деятельность присуща каждому человеку, однако и в случае терапии, и в случае творчества речь идет об авторитетном взгляде, устанавливающим оценочную шкалу: это – продукт творчества, а это – результат терапевтического процесса. Наличие внешнего зрителя и наличие у того определенных эстетических критериев может свидетельствовать о ценности продуктов творческой деятельности для другого человека. Рискну сделать предположение, что это деление существует лишь в современном обществе стандартов, имеющем склонность к точной дифференциации и классификации каждого конкретного события. Эстетические критерии оценки связаны с социальной компетентностью внешнего зрителя. Они же формируют социальную компетентность автора. Именно внешний зритель может открыть значение артефакта. Когда искусство начинает обрастать критериями внешней оценки, это значит, что оно стало ценным, оцененным, обладающим возможностью быть проданным.

Если при психотерапевтическом сеансе возникает некоторый творческий продукт, то можно сказать, что он не является произвольным творческим актом в том смысле, что автор этого акта и продукта не намеревался что-либо делать в творческой сфере. Более того, его убеждают вообще не ограничивать себя в проявлениях, чтобы снять страх перед внешним взглядом, чтобы освободить этот произвольный акт для высвобождения определенных пластов бессознательного. «В арт-терапии не делается акцент на целенаправленное обучение и, следовательно, овладение навыками и умениями в каком-либо виде художественной деятельности

(музыкальном, изобразительном, театрализовано-игровом, художественно-речевом), как в арт-педагогике» [1].

Интересно, что такого рода деятельность связана в европейской культуре с подходом к искусству дадаистов и сюрреалистов в 10-30-х годах XX века. Андре Бретон отмечал, что для сюрреалиста не важна техника рисунка, но важна лишь психическая реальность, «внутрь которой он заглядывает» (цит. по [5]). Эстетика дадаистов и сюрреалистов – это отрицание традиционного понимания красоты, но декларация поэтического «отношения», «состояния души», формы чувствования. Дадаисты используют случайности, сюрреалисты – «автоматизм». И те и другие противопоставляют себя традиционным художественным школам. В 20-е же годы XX века появляется и искусство душевнобольных, позже названное Ар-брют. Сюрреалисты чувствовали схожесть своего подхода со спонтанным, независящим от культурных шаблонов искусством маргиналов. Для западных художников – наследников сюрреализма и дадаизма – творчество людей с ОВЗ самоценно по определению. Они готовы его всесторонне поддерживать, предоставлять возможности для его реализации.

С возникновением в 1970-е годы особых театров в Западной Европе и их развитием в 1980-90-х годах можно говорить о переносе идей спонтанного искусства и на театральные подмостки. Для авангардного художника спонтанность искусства как раз важна своим результатом. 60-е, 70-е годы XX века добавили еще один аспект к проблеме актуального искусства – его свободу от материальных ценностей. Начиная с Йозефа Бойса, авангардные художники стали активно использовать акционистские художественные действия (перформанс, видеоарт и концептуальное искусство), стараясь уйти от представления о произведении искусства как объекте.

Творческие люди на Западе, занимающиеся поддержкой особого искусства, стараются максимально дистанцироваться от образования и терапии ввиду жестких рамок, ими задаваемых: «ты еще недочеловек, если не выучился»; «ты еще недочеловек, если не прошел курс терапии или реабилитации». Таким образом, они пытаются освободиться от жестких социально детерминированных рамок. Они пытаются допустить существование иного, другого взгляда на мир. Искусство и является этим иным взглядом на мир. А человек с особенностями развития как раз и обладает иным взглядом на мир.

Психотерапевт направляет свою деятельность на пациента, стараясь вернуть его в рамки доминирующего сообщества, из которого он по тем или иным причинам выпал. Авангардный

художник направляет деятельность человека с ОВЗ вовне – на разрушение общественных культурных устоев. Таким образом, можно говорить о принципиальном различии взглядов на один и тот же процесс: один взгляд – консервативный, призывающий к нивелированию различий и введению человека в социум, состояние которого (социума) в настоящее время берется как эталонное – это психотерапия искусством; и взгляд революционный – стремление к разрушению норм и условностей, стремление к реализации каждого именно в его отличии от других – и это авангардное творчество в различных его проявлениях. Таков подход западноевропейской культурной традиции, берущей свое начало в искусстве «да-да», сюрреализме, акционистском искусстве.

В психотерапии искусством деятельность терапевта направлена на оздоровление состояния пациента. Во внимательном взгляде, открытом на принятие другого таким, каков он есть, положительный аспект психотерапии. Здесь присутствует схожесть позиций режиссера особого театра и психотерапевта. Это то, что должен научиться делать режиссер особого театра, чтобы его работа могла быть, в том числе, и терапевтичной. С другой стороны, пробуждение творческой спонтанности особого актера – необходимая часть работы режиссера, берущая свое начало как раз в искусстве авангарда. В акционистском искусстве – важно пробудить спонтанность актера с ОВЗ, но эта спонтанность, как правило, должна укладываться в рамки существующих эстетических представлений авангардиста (даже если это и антиэстетика в отношении доминирующей культуры). И в этом негативная сторона чисто творческого подхода к искусству актера особого театра. Здесь есть риск за яркой внешней формой исполнителя не заметить глубинных потребностей человека.

Режиссер особого театра должен создать благоприятную безопасную среду для выражения человеком своих аффективных (телесно-эмоциональных) проявлений. Он должен быть готовым за любыми проявлениями увидеть индивидуальный акт творчества и работать над тем, чтобы через его собственное толкование как специалиста сокровенное универсальное содержание, транслируемое людьми с ОВЗ, было проявлено, явлено и принято доминирующей культурой в качестве необходимой составляющей. Режиссеру особого театра необходимо пройти по узкому срединному пути между терапией и авангардным искусством: провоцировать творческую спонтанность актера и, принимая ее результат, стимулировать и огранку этого результата. Естественно, при этом осуществляется и

оценка результата, и последующая деятельность, направленная на его улучшение.

Но возникает вопрос об эстетических критериях: что значит это улучшение? Кто и каким образом судит? И это, пожалуй, основной вопрос. В особом театре на него, так или иначе, отвечает режиссер. Важно понять, что речь идет о прицельной работе над результатом – именно в этой работе и заключается отличие от психотерапии искусством. В этом месте наследники дадаистов и сюрреалистов также начинают возмущаться, говоря о том, что творчество спонтанно и не терпит рамок школярства. Но всякий ли спонтанный акт может быть назван творческим? Или, говоря иначе: все ли произведения, созданные одним и тем же человеком одинаково ценны для внешних зрителей? Психотерапевту по большому счету не интересно живое, непосредственное отношение с другим человеком – он всего лишь пациент. Представителю авангардного искусства человек интересен в момент творчества, но не более того. Человек – всего лишь производитель актуального творческого продукта. Для человека с ОВЗ – это уже немало, но недостаточно.

В особом театре режиссер и актер вместе трудятся над созданием новой эстетики, где актеру с ОВЗ отведена роль инициатора форм и смыслов, а режиссеру – транслятора их в современной культуре. Отношения режиссера особого театра и актера с ОВЗ строятся на иных, нежели в психотерапии, и иных, нежели в акционистском искусстве, паритетных основаниях. В силу специфической социальной ситуации в России они вынуждены жить одной жизнью – и эта жизнь также является предметом для творчества. В творческой деятельности режиссер и актер вместе работают над достижением удовлетворяющего их обоих результата. Но для них обоих должен быть важен не только творческий результат, но и результат их человеческой коммуникации. Они переживают взаимную зависимость внутри творческого процесса – ни один не может обойтись без другого. И оба находятся в процессе личностного развития.

Важный аспект деятельности режиссера особого театра – это научение актера с ОВЗ рефлексивному типу поведения, в том числе на собственном примере. Такого рода творческий процесс содержит в себе и определенные социальную и культурную составляющие, реализация которых дает в результате так называемую реабилитацию. Суть и смысл этой реабилитации – в воссоздании устойчивых связей человека с ОВЗ с окружающим его миром людей и вещей и в гармонизации отношений этого человека с самим собой (достижение

максимально возможной для него телесно-аффективной регуляции). Инвалид – не тот, кто чего-то не умеет, а тот, кто никому не нужен.

Театр во многом формирует зритель. Зритель – всегда адресат театральной постановки. Собственно, его наличие и превращает театр в театр. У особого театра особый, чувствительный зритель. Он является супервизором по отношению к режиссеру. Зритель подтверждает или опровергает интуитивные построения режиссера. Если чувства и эмоции зрителя были затронуты ходом театрального действия, задачи постановки можно считать в большей или меньшей мере достигнутыми. Но по отношению к зрителю театр так же может выполнять и образовательные задачи. Особый театр по своей сути – театр особых отношений, это социальное творчество. Более того – это творчество социальности (термин предложен Н.Т. Поповой [6]). Особый театр в этом случае выполняет функции коммуникатора, переводчика между людьми с ОВЗ и зрителями как представителями доминирующего сообщества. Стремление созидать новое в искусстве включает в себя также и созидание нового общества, нового дискурса, новой эстетики. У особого театра своя особая миссия в современной культуре.

Литература

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учебник для вузов / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Академия, 2001.

2. Афонин А.Б. Модель Центра театральной деятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья или зачем инвалиду искусство // Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации. – Сб. статей по материалам научно-практической конференции с международным участием (Москва, 12–13 мая 2010 года, Институт философии РАН, Московский городской психолого-педагогический университет). – М., 2010.

3. Попова Н.Т. Культурный дефицит, субкультура, особое искусство. // Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации. – Сб. статей по материалам научно-практической конференции с международным участием (Москва, 12–13 мая 2010 года, Институт философии РАН, Московский городской психолого-педагогический университет). – М., 2010.

4. Попова Н.Т. В чем особенность особого искусства? // Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации. – Сб. статей по материалам научно-практической конференции с международным участием (Москва, 12–13 мая 2010

года, Институт философии РАН, Московский городской психолого-педагогический университет). – М., 2010.

5. Хопкинс Д. Дадаизм и сюрреализм. Очень краткое введение / пер. с англ. А.А. Крымова. – М.: Астрель: АСТ, 2009.

6. Шеманов А.Ю., Попова Н.Т. Инклюзия в культурологической перспективе // Психологическая наука и образование. 2011. №1. – С. 74-82.

Психологические аспекты интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательное пространство

Баймуратова А.Т.

Национальный научно-практический центр коррекционной педагогики, Республика Казахстан, г. Алматы

Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательное пространство предполагает такую систему функционирования организаций образования, в которой наряду с нормально развивающимися детьми обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья независимо от того, в специальном или обычном классе они учатся. Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья представляет общественные интересы и направлена на повышение интеллектуального потенциала страны.

Специалисты в области инклюзивного образования знают, что количество детей с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в обычных детских садах и обучающихся в общеобразовательных школах, ежегодно растет. Если в Казахстане в 2007 г. было интегрировано 32% детей с различными психофизическими нарушениями, то в первой половине 2011 г. – 50%. Такой прогресс свидетельствует не столько о создании необходимых условий, сколько о позитивных изменениях в общественном мышлении.

В Казахстане интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательную среду осуществляется по государственной программе развития инклюзивного образования на 2011-2020 годы и реализуется по следующим направлениям:

1.Усовершенствование организационно-технического обеспечения процесса интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательную среду:

1) обеспечение вспомогательными (компенсаторными) техническими средствами индивидуального и коллективного пользования;

2) создание безбарьерной и толерантной среды, адаптация объектов образовательной и социальной инфраструктуры для инвалидов;

3) внедрение дистанционного образования детей-инвалидов, обучающихся на дому по индивидуальной программе путем оборудования учебных мест персональным компьютером с подключением к интернету;

2. Совершенствование деятельности специальных организаций образования:

1) ранняя коррекционно-педагогическая поддержка детей с ограниченными возможностями здоровья в кабинетах коррекции и инклюзивного образования, реабилитационных центрах;

2) психолого-педагогическое сопровождение детей в общеобразовательных детских садах и школах с введением должности педагога-дефектолога;

3. Научно-методическое и программно-учебное обеспечение:

1) разработка учебно-методических комплексов для интегрированного обучения детей с ограниченными возможностями в общеобразовательных организациях;

2) подготовка и переподготовка педагогов общеобразовательных организаций для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Интеграция детей с ограниченными возможностями в общеобразовательные организации преследует ту же цель, что и специальное (коррекционное) обучение. Основное отличие состоит в том, что коррекционные организации предоставляют специфический, а значит узкий набор знаний, умений и навыков с параллельным обучением речевому общению и социальной адаптации. Общеобразовательные организации направлены на формирование образовательных, социальных и личностных компетенций, что требует высокого профессионализма и педагогической культуры в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья. По уровню подготовки к самостоятельной жизни детей с ограниченными возможностями здоровья обучение в общеобразовательных

организациях более эффективно, но лишь при отсутствии психологического давления.

В связи с этим встает вопрос о психологических аспектах интеграции детей с ограниченными возможностями в общеобразовательное пространство. Последние концентрируются вокруг отношения субъектов образовательного пространства к процессу интеграции. С точки зрения реализации идей интеграции между сторонниками и противниками этого процесса идет активная борьба, от исхода которой зависят судьбы детей с ограниченными возможностями здоровья. При этом такое противостояние наблюдается как у представителей разных социальных групп, так и внутри группы.

Опыт интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в Республике Казахстан позволяет выделить следующие психологические аспекты этого процесса:

а) у детей с ограниченными возможностями здоровья:

- аспекты стремления к знаниям: формируется уверенность в свои силы, активизируется развитие личности;

- аспекты страха: по разным причинам появляются детские переживания, переходящие в невротические состояния;

б) у нормально развивающихся детей:

- аспекты поддержки: выражается готовность помогать слабым, принять их в свой круг общения;

- аспекты жестокости: выражается неприязнь, порой доходящая до открытой вражды;

в) у родителей, чьи дети с ограниченными возможностями здоровья обучаются вместе с нормально развивающимися детьми:

- аспекты равенства: реализуется право собственного ребенка на получение качественного образования;

- аспекты тревожности: проявляется обоснованное беспокойство, связанное с усвоением учебной программы и негативным отношением со стороны окружающих взрослых и детей;

г) у родителей, чьи дети обучаются вместе с детьми с ограниченными возможностями здоровья:

- аспекты толерантности: принимаются разнообразие и отличие детей с ограниченными возможностями здоровья;

- аспекты недоверия: предъявляются претензии к качеству преподавания учебных дисциплин, выражается возмущение;

д) у педагогических работников общеобразовательных организаций:

- аспекты профессионального роста: развивается профессиональная компетентность;

- аспекты отрицания: высказывается мнение о невозможности совместного обучения;

е) у педагогических работников специальных (коррекционных) организаций образования:

- аспекты профессионального роста: расширяются границы профессиональной деятельности;

- аспекты сомнения: слабо проявляется профессиональная позиция, обусловленная воздействием определенных факторов;

ж) у общественных организаций:

- аспекты гражданского долга: защита прав человека, утверждение национальных и общечеловеческих ценностей (доброта, человеколюбие, гуманность, милосердие и т.п.);

- аспекты кратковременного эффекта: отсутствует долгосрочный контроль за реализацией идей интеграции;

з) у органов государственной и местной власти:

- аспекты конституционного гарантирования: выполняются законы, реализуются подзаконные акты, соблюдаются международные соглашения в области защиты прав ребенка;

- аспекты недостаточности государственного контроля: выполнение государственных программ и планов в области инклюзивного образования отстает от сроков реализации.

Как видно из вышесказанного, влияние психологических аспектов на масштабы интеграции детей с ограниченными возможностями в общеобразовательное пространство крайне велико. За этим влиянием стоит огромная ответственность взрослых людей, причастных к образованию.

Недопустимы манипуляции в отношении детей с ограниченными возможностями здоровья и их родителей, которых привлекают в образовательные проекты без перспективы на дальнейшую помощь со стороны государства. Вся тяжесть психологической нагрузки, лежащая на хрупких плечах ребенка, переносится во взрослую жизнь в виде аффективных состояний, что создает дополнительные трудности на собственном пути.

Одним из способов защиты психологического здоровья интегрированных детей с ограниченными возможностями здоровья является изучение предмета «Самопознание» в общеобразовательных организациях Казахстана, который прекрасно вписывается в рамки жизненных потребностей современных детей. Поставив перед собой цель: осознание каждым учеником своего внутреннего мира,

осмысление своей индивидуальности и гармоничное становление личности, предмет «Самопознание» направлен на самоутверждение и самореализацию детей с ограниченными возможностями здоровья, которые бок о бок учатся и развиваются с обычными сверстниками.

Таким образом, психологические аспекты интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательное пространство играют важнейшую роль в реализации концепции инклюзивного образования. В настоящее время в Казахстане перспективы интеграции направлены на развитие системы ранней коррекционной поддержки детям с ограниченными возможностями здоровья, совершенствование деятельности специальных организаций образования (кабинеты психолого-педагогической коррекции, реабилитационные центры, кабинеты коррекции и инклюзивного образования, логопедические пункты, ресурсные центры), сохранение действующей дифференцированной сети специальных (коррекционных) школ и детских садов, научно-методическое, программно-учебное, информационно-техническое и государственно-правовое обеспечение.

Литература

1. Сулейменова Р.А. История вопроса инклюзивного образования в Республике Казахстан //Специальное образование в Казахстане. – 2008. - №2(23). – с.5-7.

2. Сулейменова Р.А. Методологические подходы к внедрению инклюзивного образования в Республике Казахстан //Специальное образование в Казахстане. – 2008. - №2(23). – с.25-30.

3. Сулейменова Р.А. Система ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями в Казахстане: проблемы создания и развития. – Алматы, 2001. – 320 с.

4. Мовкебаева З.А. Актуальные проблемы подготовки к школьному обучению детей с особыми потребностями //Проблемы включения детей со специальными потребностями в общеобразовательный процесс. – Алматы, 2002. – с.70-79.

5. Оразаева Г.С. О некоторых проблемах инклюзивного образования в Республике Казахстан //Вестник АГУ им.Абая. – 2003. - №2. – с.48-51. – Серия «Специальная педагогика».

6. Баймуратова А.Т. Преодоление тревожности как фактор успешной интеграции детей с ограниченными возможностями в общеобразовательные школы //Тенденции развития специального образования: проблемы и перспективы: Материалы междунар.науч.-практ.конф. – Алматы, 2009. - 435-439.

7. Баймуратова А.Т. О некоторых трудностях детей с нарушением слуха в процессе обучения в общеобразовательной школе //Инклюзивное образование: методология, практика, технология: Сб.материалов междунар. науч.-практ. конф. – М., 2011. – с.164-166.

8. Баймуратова А.Т. Самореализация слабослышащих детей в условиях интеграции в общеобразовательные школы //Вестник университета «Кайнар». – 2009. - №4/1.- с.40-42.

Инклюзивное образование как форма социокультурной реабилитации дошкольников со сложными дефектами развития

Верещагина Н. В.

ГДОУ–ЦРР№23 Красносельского района г. Санкт-Петербурга

В последние годы в России наблюдается рост числа образовательных учреждений, принимающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Особую категорию таких детей составляют дети со сложными, т.е.комбинированными, дефектами развития. Сложные дефекты - это сочетание интеллектуальных, сенсорных и двигательных нарушений, которые часто осложняются врожденными пороками развития внутренних органов и систем, а также нарушениями речи различной степени тяжести (в большинстве случаев моторная и сенсомоторная алалия). Большинство таких детей в силу ограничения двигательной способности (ДЦП), интеллектуальных проблем (УО) и нарушения коммуникативной сферы (РДА) с трудом ориентируются в ближайшем окружении и без помощи взрослого не в состоянии овладеть навыками самообслуживания [1]. Поэтому в коррекционно- развивающей работе на первое место встают вопросы социокультурной реабилитации детей со сложными нарушениями в развитии - комплекса мероприятий медико-психолого-педагогического характера, направленных на повышение адаптации ребенка в обществе.

Инклюзивное образование представляет собой совместное обучение и воспитание нормально развивающихся детей и их сверстников с ограниченными возможностями здоровья. Опыт организации такого образовательного процесса показывает, что не все дети готовы к совместному воспитанию и не каждая группа готова принять ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Для эффективной инклюзии требуется подготовительный период, когда выявляются особенности развития и потенциальные возможности «особого» ребенка и ведется информационно- просветительная работа

с педагогами, родителями и детьми общеобразовательной группы[2]. По результатам этого периода, длительность которого определяется из конкретных условий, можно определить, готова ли группа к приему «особого» ребенка и какой именно ребенок успешно адаптируется в этой группе. Это означает, что процесс адаптации обычных детей и их сверстников с ограниченными возможностями здоровья двусторонний и не всегда одинаково успешный. Поэтому в образовательном учреждении должна функционировать отдельная группа для детей со сложными дефектами, где дефектолог мог бы в первый год посещения таким ребенком детского сада определить возможности адаптации и спрогнозировать успешность инклюзивного образования. Собственный опыт работы показывает, что только около половины детей со сложными дефектами и не на второй год посещения группы ,а позднее, могут быть включены в инклюзивную группу, т.к. особенности развития и поведения нуждаются в медикаментозной коррекции, а родители «особых» детей - в программе педагогической подготовки для обучения и воспитания таких детей в семье [3].

Совместное обучение и воспитание может быть реализовано в трех вариантах: временное, частичное или постоянное[2]. Первоначально логичнее всего приводить «особого» ребенка на прогулку в предполагаемую группу включения для взаимного знакомства с детьми и педагогами. Сопровождающий взрослый должен быть обязательно и всегда! На прогулке дети свободно передвигаются, играют в подвижные игры, в песок, мяч, что знакомо «особому» ребенку и не вызывает тревоги и опасения. По мере привыкания можно посещать детей в группе во время свободной деятельности, музыкальных занятий. Если «особый» ребенок не имеет двигательных нарушений, то физкультурные занятия вызывают у него восторг, хотя он не выполняет многих заданий педагога и передвигается хаотично, но со временем сможет включиться в процесс со всеми детьми. Требуется настойчивость и терпение как от сопровождающего взрослого, так и от детей и педагогов принимающей группы. Перевод на постоянное пребывание «особого» ребенка в инклюзивной группе должен осуществляться только при полном усвоении им правил поведения в различных режимных моментах, иначе образовательный процесс будет поставлен под угрозу и обычно развивающиеся дети не смогут получить те знания, которые им необходимы на данном этапе развития. Следует отметить, что дети с РДА не должны включаться в инклюзивные группы, т.к. поврежденная коммуникативная сфера не сможет позволить ребенку успешно адаптироваться и приведет к невротическим расстройствам с

протестными формами поведения. Сложность организации постоянного пребывания «особого» ребенка заключается в отсутствии сопровождающего взрослого, т.е. вся ответственность ложится на педагогов принимающей группы, которые часто не имеют возможности провести индивидуальные занятия с таким ребенком [1].

Опыт обучения и воспитания детей со сложными дефектами показывает, что наибольшие трудности в инклюзивном образовании испытывают не «особые» дети, а педагоги общеобразовательных групп и логопеды на логопедических группах, которые, не имея специальных знаний по дефектологии, должны организовывать образовательный процесс в этих группах. Конечно, инклюзивный образовательный процесс должен сопровождать педагог-психолог, в обязанности которого должен входить подбор и подготовка «особых» детей к включению в группу, если в детском саду отсутствует группа «Особый ребенок» и дефектологи, а также подготовительная работа с принимающей стороной. К сожалению, на практике получается не так: либо психолога нет, либо сокращена ставка, либо психолог не готов осуществлять сопровождение инклюзивного образования в силу отсутствия специфических знаний. Опять встает вопрос о предварительной подготовке педагогического персонала образовательных учреждений к организации инклюзивного образования, а не после того, как образована инклюзивная группа и никто не знает, что с такими детьми делать.

Несмотря на все сложности организации инклюзивного образования, следует признать достоинства такой формы обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья. Дети получают неоценимый опыт общения со взрослыми и сверстниками, специально организованная среда позволяет раскрыть потенциальные возможности каждого ребенка, семья «особого» ребенка включается в социум, мама получает возможность работать и профессионально совершенствоваться, что положительно сказывается на психологической атмосфере в семье. Особенностью социокультурной реабилитации в инклюзивных группах в отличие от реабилитационных центров является постоянная информационная среда и коммуникативная деятельность «особого» ребенка. Четкий режим дня с запланированной сменой деятельности и постоянными педагогами позволяет ребенку с ограниченными возможностями лучше познать себя и окружающий мир, выбрать взрослого для постоянной коммуникации (эти дети очень избирательны в контактах), научиться самостоятельности и получать удовольствие от продуктивных видов деятельности.

Итак, для организации эффективного инклюзивного образования как формы социокультурной реабилитации дошкольников со сложными дефектами необходимо соблюдать следующие правила:

1) обязательный подготовительный период для «особых» детей, нормально развивающихся сверстников, педагогов, родителей тех и других детей,

2) не каждый «особый» ребенок может быть включен в инклюзивную группу и не каждая группа может принять «особого» ребенка,

3)постепенное включение «особого» ребенка в принимающую группу с обязательным сопровождающим взрослым,

4) повышение квалификации педагогов и специалистов по организации инклюзивного образовательного процесса,

5) обязательное психологическое сопровождение инклюзивных групп.

Литература

1)Верещагина Н.В. «Особый ребенок» в детском саду. – Спб,2009.

2) Верещагина Н.В.Специфика консультирования родителей детей с особыми образовательными потребностями \ В кн. Кулганов В.А., Верещагина Н.В. Консультирование в работе детского практического психолога. – Спб, 2008.

3) Верещагина Н.В. Особенности работы с семьей и консультирования родителей с особыми образовательными потребностями \\ Дошкольная педагогика. – 2009. - №5. – С.29-33.

«Древо ремесел» как ресурс социокультурной реабилитации

Верховская М.А., Попова Н Т.

МГППУ; ГОУ Центр детского творчества «Строгино» (структурное подразделение социально-творческой реабилитации «Круг»), г. Москва

Занятия ремеслами занимают важное место в разных областях педагогики, в том числе специальной, музейной и др. Однако, достаточно часто эти занятия рассматривают под определенным углом зрения – как досуговую деятельность, возможность приобщения к традиции, изготовление сувениров или альтернативу трудовой

занятости для детей с ОВЗ, и тем самым ограничивают пространство педагогического поиска.

Более чем двадцатилетний опыт работы структурного подразделения социально-творческой реабилитации «Круг» показывает, что занятия ремеслами представляют собой значимый ресурс социокультурной реабилитации. Работа ремесленных и творческих мастерских в «Круге» организована как целостный, внутренне связанный комплекс деятельности [1]. В обращении к ремеслам и выборе их конкретных видов мы исходим из специфики каждого конкретного ремесла, связанной с его происхождением, историей, мифологией, традициями, местом в культуре и истории человечества. Эта специфика – «культурный портрет» ремесла. Он задается особенностями используемых материалов, инструментов, характерным набором осваиваемых движений, т.е. всем строем деятельности.

В разработке и организации комплекса программ ремесленных и творческих мастерских мы обращаемся к органической метафоре – образу «Древа ремёсел». Такая метафора позволяет, с одной стороны, максимально использовать по отношению к каждому конкретному ребенку социокультурный потенциал данного комплекса ремесел с учетом их генезиса и взаимосвязанности. Ребенку предлагается поэтапное освоение целого комплекса ремесел, что способствует повышению его общей социокультурной компетентности. С другой стороны, педагогу предоставляется возможность, увидеть свое ремесло в более широкой перспективе - в ряду других ремесел, в их развитии и взаимосвязи. Это позволяет ему отойти от узкоспециального подхода к собственной деятельности.

«Корень и основание ствола древа» будут представлять древние, архаичные виды ремесел, такие как керамика и войлоковаляние. В них основным инструментом является рука человека, работа ведется непосредственно с природным материалом, а базовые движения этих ремесел формируют руку. На более высоких уровнях «древа» находятся ремесла, в которых между рукой и материалом возникает посредник - инструмент различной степени сложности, создающий дистанцию между рукой и материалом, требующий освоения более сложных действий и систем контроля над ними. «Ветви, цветы и плоды» - это такие ремесла, как лозоплетение, основы ткачества, столярного, швейного дела. Каждое из этих ремесел может быть представлено в своем развитии. В этом случае образ древа помогает

педагогу найти истоки, корни своего ремесла. Простые формы взаимодействия с материалом, которые он видит в других ремеслах в более представленном виде, дает возможность в любом ремесле найти этап его становления (доинструментальный). Так, в ткачестве обычно используются станки, но важным является и этап завязывания узелков, плетения кос, освоения плетения на пальцах, изготовления «дерганцев», т.е. различных способов непосредственного взаимодействия с материалом, которые в каждом ремесле особым образом формируют руку.

Такой подход позволяет педагогу увидеть генезис данного конкретного ремесла, его развитие в истории, связь с другими ремеслами, дает возможность расширить представления о собственном конкретном ремесле, его целях и задачах, не ограничиваясь задачами обучения конкретным навыкам. Сам навык осваивается, являясь одним из результатов социокультурного развития ребенка.

С другой стороны, образ «древа ремесел» позволяет представить этапы или уровни освоения каждого конкретного ремесла. Так, «корень и основание ствола» соответствуют первому этапу – коррекционно-развивающему, целью которого является включение ребенка в совместную с педагогом и другими детьми деятельность, а также освоение базовых навыков ремесла. Базовые навыки включают познание свойств материала – речь идет о развитии перцепции и сенсорного синтеза. Например, в войлоковалянии происходит развитие тактильного, зрительного, обонятельного, кинестетического чувства, слухового анализатора. Важно отметить, что на этом этапе действия и движения возникают непосредственно от взаимодействия с самим материалом. Для ребенка важно их переживание и осознание в процессе коллективной деятельности; у детей еще нет нацеленности на результат, ценностью для них является сам процесс. Этот этап включает сенсорную игру (а также отход от нее) и освоение коллективной деятельности. На этом этапе важен эмоциональный фактор: чувство удовольствия, радости взаимодействия, сопереживания; результат же появляется как следствие коллективной деятельности.

Тем самым органично решается задача формирования социальности детей, в том числе с ОВЗ. Речь идет не о социализации как форме присвоения уже имеющегося социального опыта какой-

либо группы, а о рождении опыта социальности в процессе самостоятельного освоения ими ремесленной деятельности.

«Ствол и ветви древа» представляют второй этап – образовательный, посвященный освоению универсальных учебных действий, таких, как умение видеть процесс деятельности целиком и планировать его, ориентироваться на результат. На этом этапе происходит формирование позиции ученика, а педагог перестает быть частью коллектива, принимает роль Учителя.

«Цветы и плоды древа» соответствуют третьему этапу - собственно творческой деятельности, развитию индивидуальных способностей.

Задачи инклюзивного образования требуют личностного, индивидуального подхода к каждому участнику образовательного процесса. Это ведет к необходимости не только учета его актуального и потенциального уровня социальной компетентности, но и к повышению роли работы с группой как с коллективом, так как «любая педагогическая практика, проявляющая тенденцию к индивидуализации преподавания, должна бы одновременно основываться на интенсификации социальных взаимодействий» [4, с.211].

Мы предлагаем рассмотреть в данной работе некоторые моменты первого этапа. На коррекционно-развивающем этапе ставятся задачи выработки и усвоения сенсорных эталонов – «эталонизации», развития сенсорных способностей, формирования и развития перцептивных действий и целостного восприятия [2], а также задачи освоения основных видов движения и навыков конкретного ремесла.

Внешне занятия на этом этапе напоминают игры и упражнения, способствующие сенсорной интеграции. Так, в процессе войлоковаляния происходит развитие зрительного, тактильного восприятия, обоняния, слуха. На занятиях дети используют шерсть разных видов животных (овца, верблюд, як, альпака), которая отличается разнообразием цвета, фактуры, плотности, структуры, степени обработки и других качеств материала. Также используются различные температурные режимы, виды мыла и ароматических масел. Войлоковаляние способствует развитию руки и ее функций: формируется мышечный тонус, развивается общая моторика,

дифференцируется деятельность пальцев, и осваиваются тонкие движения пальцев рук [3]. Базовые движения в войлоковалянии естественны и органичны руке человека. В процессе деятельности переживаются и формируются пространственные представления, связанные с плоскостью и объемом, формой и размером. Эмоционально окрашенные, совместно с группой переживаемые действия, поддерживаемые ритмическим речевым сопровождением, помогают включить ребенка в общий процесс и обрести положительный опыт коллективной продуктивной деятельности. Навык запечатлевается в положительно окрашенном эмоциональном опыте тела одновременно с рождением социального чувства и опыта.

Данный подход позволяет учитывать специфику человеческой социальности, социального опыта, путей его возникновения и передачи в их органической связи с культурой.

Навык в ремесле обычно представляют как наиболее рациональную пространственно-временную последовательность действий, а освоение навыка сводится к пошаговому освоению последовательности операций. Однако даже конкретный навык и процесс его усвоения в разных культурах и на разных этапах их становления имел разный культурный смысл. Мы являемся наследниками культуры Нового времени, когда на первый план выступает практическая целесообразность навыка, создается видимость того, что навык сводится к практическому результату. Возникает прагматичное отношение к навыку: на дальний план уходят формально-эстетические признаки, ритуальная форма, символическое значение – фактически, все то, что связывает навык с его носителем. Навык может быть отстранен от носителя, а значит, он может быть усвоен в общем виде, и уже не важно, кто им владеет, – это может быть любой человек, и даже машина. В историко-культурном развитии процесс освоения разных граней навыка происходит постепенно, с их постепенной интериоризацией.

С нашей точки зрения, в отношении детей с нарушением интеллекта невозможно - (а в отношении условно здоровых детей крайне нежелательно) - освоение практического навыка, нацеленного по преимуществу только на результат. В таком случае навык оказывается, не пережит ими как процесс, тем более – как эстетически значимый процесс. Это происходит, если он не переживается ребенком как культуросообразное действие, связывающее его с группой, имеющее для него культурный и личный смысл.

Это проблема не только специальной педагогики, но общепедагогическая проблема, требующая от педагога активного социального творчества, дерзновения, особой включенности. В этом случае основной акцент делается на усвоение механизмов культуры, функциональности культурных форм, на создании условий для включения каждого ребенка в активную социальную и культуротворческую деятельность, а не только на освоение ремесленных навыков и социальных ролей.

В этом контексте первостепенной задачей педагога становится введение ребенка в мир человеческой культуры, человеческих отношений.

Литература

1. Верховская М.А., Попова Н.Т. «Древо ремесел» как модель формирования индивидуального образовательного маршрута в инклюзивном дополнительном образовании. // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии: Материалы международной научно-практической конференции 20-22 июня 2011, Москва. – М.: МГППУ, 2011. 244 с.
2. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге. – М.: Теревинф, 2010. 240 с.
3. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга. – М.: Педагогика, 1973. 144 с.
4. Перре-Клермон А.-Н. Роль социального взаимодействия в развитии интеллекта детей. – М.: Педагогика, 1991. 248 с.

Формирование сознательного отношения к выбранной профессии у неслышащих студентов театрального факультета ГСИИ в процессе обучения

Вострова И.М.
Институт проблем интегративного (инклюзивного) образования МГППУ
Государственный специализированный институт искусств

Данная проблема рассматривается на основе более чем 25-летнего опыта работы автора с неслышащими студентами в Высшем театральном училище им. Б.В. Щукина (1984–1991 гг.) и

Государственном специализированном институте искусств (1991–2011 гг.). Излагаемые положения сделаны на основе общения со студентами во время учебного процесса и вне его, а также на основе анализа письменного анкетирования и устного (на жестовом языке) интервьюирования (с записью на видео) студентов I, III и V курсов театрального факультета ГСИИ.

Компоненты сознательного выбора профессии: знания о содержании будущей работы; ее привлекательных сторонах и предстоящих сложностях и трудностях; знания о месте, роли, значении выбираемой профессии в жизни общества; об оценке (оплате) государством труда в ней.

Полное отсутствие знаний о театре вообще и актерской профессии в частности у 96-97% и очень фрагментарные знания у 3-4% неслышащих студентов, поступающих на 1 курс.

Факторы, формирующие сознательный выбор профессии – собственный активный (участие) и пассивный (ознакомление) опыт; опыт родителей и родственников; профессионально-ориентационная, разъяснительная работа.

Участие в художественной самодеятельности в школах-интернатах, домах культуры и других творческих коллективах – единственный фактор, дающий неслышащему человеку некоторые (чрезвычайно неполные) представления, о профессии актера. Факторами, которые не способствуют формированию представлений об актерской профессии, выступают ограниченность жанров, в которых работают с неслышащими, чрезвычайно малое количество собственно театральных коллективов, сокращение сети домов культуры Всероссийского общества глухих. Таким же негативным фактором является отсутствие зрительского театрального опыта (99% первокурсников были за все время до поступления в вуз в театре не более двух раз).

При выборе актерской профессии неслышащими, поступающими в ГСИИ, доминирует роль случайных, второстепенных, побочных факторов: ограниченное число учебных заведений, где принимают лиц с нарушениями слуха; невозможность, из-за слабой подготовки, поступить учиться куда-либо еще; желание уехать из своего города, поселка учиться, а впоследствии жить в Москве; совет, а очень часто и волевое решение, родителей и другие факторы.

Особая ответственность в этих условиях ложится на экзаменационную комиссию. Ей необходимо, кроме оценки актерского материала поступающих, оценить способности

поступающих, произвести отбор людей, которые увлекутся актерской профессией («заболеют театром»), смогут выбрать эту профессию вторично в процессе обучения уже сознательно.

Углубленное освоение выбранной профессии – важный компонент окончательного, по-настоящему сознательного выбора профессии любым человеком. Для неслышащего человека обучение – это единственно возможный путь от случайного прихода в актерскую профессию к сознательному ее выбору (либо сознательному уходу из нее).

В процессе познания профессии студенты получают возможность удовлетворить присущую им потребность публичной творческой самореализации (именно ее стараются обнаружить экзаменаторы при приеме). Это является наиболее существенной привлекательной стороной актерской профессии для любого актерски одаренного человека, именно это «заражает» его театром.

Объем учебной аудиторной и внеаудиторной работы, предъявляемые к студентам профессиональные требования на всех предметах, на всех этапах обучения (дисциплинарные, этические, эстетические) позволяют студентам на своем личном опыте понять трудности, сложности этой очень непростой профессии.

Регулярное посещение театров, концертов, выставок, просмотр кино и видеозаписей – обязательное средство обогащения пассивного опыта студентов.

Для понимания студентами своих профессиональных перспектив после окончания института имеет значение тесная связь с выпускниками факультета, работающими в театрах Мимики и жеста, «Недослов» и «Синематограф», школах и домах культуры.

Процесс формирования сознательного отношения к актерской профессии у неслышащих студентов – длительный, что подтвердило проведенное анкетирование.

За 20 лет работы ГСИИ его театральный факультет закончили 38 человек. Сразу после окончания вуза в профессии остались 32 человека.

Социокультурная реабилитация молодёжи с ограниченными возможностями

Гончарук А. Ю.
Российский государственный социальный университет,
Академия права и управления (институт)
г. Москва

Актуальность подготовки студентов-гуманитариев как в теоретико-методологической, так и в технологических сферах социокультурной реабилитации молодёжи с ограниченными возможностями заключается в том, что существует проблема преодоления противоречий между насущной потребностью государства, социума в организации, максимально полноценной жизнедеятельности таких юношей и девушек и отсутствием эффективных социокультурно-образовательных разработок практического характера. Преподавая в РГСУ и АПУ(И) предметы «Социокультурная реабилитация», «Рекреационные технологии», мы рассматриваем их фундаментальную методологическую основу в синтезе в анализируемом комплексе целостную систему теоретических, эмпирических процедур, способствующих получению нового знания об исследуемом объекте для решения конкретных теоретических и практических общественных проблем. Социокультурная реабилитация молодёжи с ограниченными возможностями здоровья осуществляется нами с целью решения конкретной общественной проблемы, чем данные социокультурно-образовательные разработки отличаются от фундаментальных исследований, задача которого – приращение научно-теоретического знания в данной гуманитарной области. Мы выделяем два основных типа социокультурной реабилитации молодёжи с ограниченными возможностями. К первому из них относятся исследования, специализированные по проблемам, требующим последовательных, нередко долгосрочных управленческих воздействий на определенную сферу общественной жизни. Примером здесь может служить проводимое кафедрой общей и семейной педагогики РГСУ комплексное изучение социально-экономического механизма активизации экономического поведения различных социальных групп в современном российском обществе, переживающем сложный и трудный переход к социально ориентированной рыночной экономике. Ко второму относятся такие из них, которые проводятся по разовым запросам заказчиков; в качестве таковых выступают в нашем опыте властные структуры, государственные организации, учреждения,

предприятия, фирмы, общественные организации. Именно такой характер носили проведенные педагогами-культурологами в 2003-2011 годах исследования отношения населения к развитию страховой медицины, к возможности осуществления реципиентами-молодыми людьми с ограниченными возможностями статуса медицинского и фармацевтического работника. Организация социокультурной реабилитации в данном социокультурно-образовательной опыте обладает определенной технологичной спецификой. Успешность его осуществления во многом зависит от установления атмосферы взаимопонимания с заказчиком, одинакового понимания целей, задач и ожидаемых результатов исследования. Последние должны быть представлены заказчику во взаимосогласованные им и исполнителем сроки. Информация, полученная педагогами-исследователями в процессе осуществления социокультурной реабилитации – это собственность заказчика (государственного органа, фирмы, банка и т.п.), который волен поступать с ней так, как считает нужным: сдать в архив или библиотеку, принять к сведению, разрешить или запретить публикацию, внедрить в практику. Своеобразие прикладной социокультурной педагогики, рекреационных технологий заключается в её значительно большей интегрированности в экономическую и политическую системы общества по сравнению с общей общественно-гуманитарной теорией. Наши результаты влияют на принимаемые заказчиком социальные и управленческие решения. Для крупного предприятия это – выбор экономической стратегии, комплекс мероприятий, связанный с совершенствованием трудовой деятельности молодёжи с ограниченными возможностями, повышением ее производительности, эффективности, решение о путях и географических регионах распространения того или иного вида продукции, принимаемое на основе результатов маркетинговых исследований и т.п. Результаты социокультурной реабилитации широко используются в борьбе за депутатские места в местных органах власти и в парламентах, применяются в межпартийных спорах, в борьбе оппозиции против правительственных структур. В отличие от педагога-культуролога академического типа, работающего в академическом исследовательском институте или вузе и являющегося чаще всего специалистом в одной узкой области (скажем, в социологии культуры, в экономической социологии и т.п.), гуманитарий-прикладник чаще всего является многопрофильным исследователем. При этом меняются не только его клиенты, но и тематика его исследований. Сегодня он может заниматься изучением рынка труда, состоянием безработицы в стране либо в одной из

отраслей производства, завтра – изучением уровня и характера религиозности или ценностных ориентаций молодежи с ограниченными возможностями, состоянием преступности или художественно-творческих предпочтений различных возрастных и профессиональных групп рассматриваемых юношей и девушек. По содержанию, направленности, формам и способам технологии социокультурно-реабилитационной деятельности чрезвычайно разнообразны, поэтому существует довольно много видов таких исследований, их определенная типология. Так, например, в зависимости от масштабности, сложности решаемых нами исследовательских задач, от требуемой глубины анализа полученных эмпирических данных социокультурно-реабилитационные технологии подразделяются нами на: пилотажные, описательные и аналитические. Пилотажное исследование представляет собой пробное исследование преимущественно методической направленности, цель которого – проверка качества подготовленного инструментария для сбора первичной социокультурологической информации, определение валидности, т.е. надежности применяемых опросных листов (анкет), бланков интервью и т.п. При этом определяется возможная мера искажения полученной информации из-за вероятности барьеров языкового, психологического или иного характера, возникающих в процессе общения социолога с молодыми людьми с ограниченными возможностями как респондентами, т.е. с теми лицами, которые отвечают на вопросы анкеты или у которых берут интервью. Такое исследование чаще всего охватывает небольшие обследуемые совокупности (до 100 человек), проводится по упрощенной программе и посредством сжатого по объему социокультурно-образовательного инструментария. Однако, при этом мы стремимся, чтобы в состав выборки (т.е. в совокупность людей, подлежащих изучению) были включены все значимые для целей исследования представители различных групп молодёжи с ограниченными возможностями. Более сложным видом социокультурно-образовательного исследования является описательное. Оно ориентировано на получение эмпирической психолого-педагогической информации, дающей возможность педагогу-гуманитарию подготовить относительно целостное непротиворечивое описание изучаемого явления или процесса, его основных структурных компонентов и качественных характеристик. Чаще всего такое исследование применяется при изучении относительно многочисленных общностей молодёжи с ограниченными возможностями, отличающихся разнообразными характеристиками. Самым углубленным типом социокультурной

реабилитации является аналитическое исследование, цель которого заключается не только в описании структурных элементов, характеристик изучаемого социального объекта, но и в выявлении причин, обусловливающих его особенности и сущность. По используемым методам информации такое исследование имеет комплексный характер, в нем могут применяться различные социокультурно-образовательные методы: включённое наблюдение, контент-анализ документов, массовый опрос, интервьюирование экспертов. Другая типология социокультурной реабилитации строится на основе различения статического и динамического подходов к изучаемым объектам. Если экспериментатора вполне устраивает моментальный, статический срез явлений или процессов, даваемый именно в конкретный момент времени, он применяет либо монографическое, либо точечное (разовое) прикладное социокультурно-образовательное исследование. Монографическое исследование – такой вид социокультурно-реабилитационной деятельности, при котором в качестве объекта изучения выступает только одна единица какого-либо класса рекреационных процессов или явлений. При этом данный объект рассматривается в качестве характерного для всего класса изучаемых процессов. Монографическое исследование не претендует на получение репрезентативной информации, а ограничивается детальным анализом одного нового явления, отсутствие достаточной информации о котором делает невозможным проведение широкого выборочного исследования. Точечное (разовое) социкультурно-реабилитационное исследование дает возможность получить сиюминутную картину основных характеристик, компонентов изучаемого процесса (явления) и не получает ответа на вопрос об изменяемости его развития. Именно такой характер носит чаще всего маркетинговое исследование, имеющее целью выяснить, какие именно виды товаров и почему предпочитают те или иные группы покупателей именно в данное время, или исследование электоральных предпочтений, позволяющее установить, какой из претендентов на депутатское кресло или президентский пост имеет наибольшие шансы в данное время. Совершенно иной характер и направленность имеют повторные исследования, цель которых – изучение одного и того же объекта или его различных компонентов, проводимое несколько раз через определенные интервалы времени, в одинаковых или видоизменяющихся условиях. Повторные социокультурно-рекреционные исследования требуют высокой методологической и методической подготовленности проводящих их педагогов-

социокультурологов. Основные требования к таким исследованиям – сравнимость их основных характеристик и получаемых результатов, обоснованность существенности различий по сравниваемым показателям. Повторные социокультурно-педагогические исследования в зависимости от изучаемого контингента респондентов, от характера и периодичности их проведения, подразделяются нами на несколько видов. Основные из них таковы: 1) трендовые; 2) панельные; 3) лонгитюдные исследования. Трендовые исследования проводятся в рамках единой генеральной совокупности (т.е. всего множества изучаемых социальных объектов в пределах, очерченных программой социокультурной реабилитации молодёжи с ограниченными возможностями) или на аналогичных выборках с определенным интервалом во времени и имеют своей целью анализ изменений, происходящих в данной изучаемой социальной группе, совокупности. В свою очередь, такие исследования подразделяются в данном опыте на когортные и исторические тренды. Когортные трендовые исследования ориентированы на изучение определенной возрастной группы (когорты) молодёжи с ограниченными возможностями, которая остается постоянной на всем протяжении повторных исследований. При этом выборка на различных этапах исследования не обязательно должна состоять из одних и тех же индивидов, но очень важно, чтобы включаемые в выборку респонденты были представителями изучаемой когорты юношества. Исторические трендовые исследования ориентированы нами на изучение определенной возрастной группы, например, молодежи с ограниченными возможностями в возрасте 16-29 лет, которая обследуется через определенные промежутки времени. В таком случае, постоянными остаются группы, а сами когорты и время проведения исследования изменяются. Так, например, ценностные ориентации российской молодежи в возрасте 16-29 лет исследовались учёными-педагогами кафедры ЮНЕСКО Академии права и управления (института) в 2011 году; при этом давались неизменными возрастные границы респондентов, а сам состав возрастных когорт изменялся в связи с тем, что со временем они перемещались в другие, более старшие по возрасту группы. Такое исследование позволяет выявить исторически изменяющиеся характеристики ценностных ориентаций молодёжи определенного возраста с ограниченными возможностями и уловить основные тенденции подобных изменений. Панельные исследования, в отличие от трендовых, ориентированы на изучение не групповых особенностей жизненного пути определенной возрастной когорты молодежи с ограниченными возможностями, а на

обследование одних и тех же индивидов, по одним и тем же программе, методике через определенные временные интервалы, т.е. имеют своей целью выявление тенденций развития и динамики социального процесса или явления во времени. Главным недостатком панельных исследований являются сложность сохранения идентичности выборки при переходе от одного этапа к другому. Кроме того, неизбежны некоторые потери в первоначально отобранной совокупности. Поэтому, объем выборки при таком исследовании на каждом из его повторных этапов следует увеличивать до 20% против статистически обоснованной. При проведении исследований такого типа целесообразно выбирать такие интервалы, которые позволяют сохранить в максимально возможной степени стабильность исследуемой совокупности по её величине и составу. Количество повторных обследований, интервалы между ними определяются содержанием и целями исследовательской программы. Лонгитюдное исследование – вид повторного социокультурно-реабилитационного исследования, при котором ведется длительное периодическое изучение одних и тех же молодых людей с ограниченными возможностями, по мере достижения обследуемой совокупностью определенной стадии своего развития. В отличие от панельных исследований, где объектом изучения могут быть любые возрастные когорты инвалидов, лонгитюдные исследования ориентированы преимущественно на молодежь с ограниченными возможностями, которая является наиболее динамично развивающейся возрастной группой. В процессе лонгитюдных исследований фиксируются динамика и взаимообусловленность внутренних факторов (индивидуальных или групповых) при более или менее выраженном сохранении (или, наоборот, при существенном изменении) внешних факторов, прежде всего социальных.

Предварительные результаты социокультурно-реабилитационных исследований, проведённых нами среди студентов с ограниченными возможностями РГСУ и АПУ(И) показывают, что при научно-продуманной, технологически-гибкой системе из художественно-творческого воспитания, развития, самосовершенствования могут нивелироваться и даже исчезать различные «комплексы неполноценности», порождённые их врождёнными или приобретёнными недугами. Социокультурно-образовательная реабилитация, таким образом, является важнейшей гуманитарной системой.

Отношение педагогических работников к развитию инклюзивного образования в Новосибирской области

Горбунова А.Ю., Плотников С.Г.
Институт повышения квалификации и переподготовки работников образования, г. Новосибирск

В последнее время мы слышим много рассуждений об инклюзивном образовании. Это понятие и слово, его обозначающее, часто слышат педагоги в ходе обучения на курсах повышения квалификации, на педсоветах, его можно услышать в радиоэфире, с экранов телевизоров. Об инклюзивном образовании говорят с высоких трибун представители общественности и представители власти.

Образование города Новосибирска и Новосибирской области уже находится в процессе изменений, связанных с инклюзией, то есть процессом более активного «включения» в общую образовательную систему детей, характеризующихся рядом трудностей, барьеров в обучении и воспитании.

Отрадным является то, что в настоящий момент эти изменения входят в управляемое русло и регулируются рядом региональных документов. Это - ведомственная целевая программа «Развитие образования детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов Новосибирской области на 2011-2013 годы» [2]. А также приказ Минобрнауки Новосибирской области «О развитии инклюзивного образования на территории Новосибирской области в 2011-2013 годы» [3]. На местах изменения стимулируются участием образовательных учреждений в региональном проекте «Обучение и социализация детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном образовательном пространстве Новосибирской области» [4].

Развитие инклюзивного образования предполагает изменение всей парадигмы образования. В системе дополнительного профессионального образования работников образования сложилось понимание того, что это сложный процесс, требующий серьезного осмысления имеющейся практики работы ряда образовательных учреждений, функционирующих в инклюзивном режиме, учета возможных трудностей и рисков при трансляции этого опыта в другие образовательные учреждения. Также очень важны планирование и последующая реализация системы последовательных действий по

формированию инклюзивной культуры, инклюзивной политики и инклюзивной практики [1], как на уровне образовательного учреждения, так и в образовательной системе на уровне районных, муниципальных образований, на уровне Новосибирской области как субъекта РФ.

Важным считаем также изучение социальных аспектов развития инклюзивного образования. Как же к этому процессу относятся те, кому непосредственно предстоит воплощать концепцию инклюзивного образования на практике, то есть педагогические работники? Каким образом эта информация может быть учтена в процессе повышения уровня профессиональной компетентности педагогов и, соответственно, служить обеспечению эффективности инклюзии?

Для того чтобы ответить на эти вопросы научно-методическим отделом инклюзивного образования НИПК и ПРО было проведено социологическое исследование. В ходе исследования опрошено 170 человек - специалистов, работающих в сфере образования – это учителя, социальные педагоги, учителя-логопеды, педагоги-психологи, директора и их заместители в 8 населенных пунктах Новосибирской области. Результаты первого этапа данного исследования хотелось бы представить широкой педагогической общественности.

В целом довольно неожиданным при тех сложностях, которые сейчас испытывают образовательные учреждения, реализующие инклюзивное образование, был тот факт, что у большинства специалистов отмечаются положительные ожидания от введения инклюзивного образования (см. табл. 1). Большинство респондентов положительно оценивают процесс развития инклюзивного образования - 73,7%. 55,1% опрошенных считают, что развитие инклюзивного образования изменит ситуацию в системе образования Новосибирской области в лучшую сторону. Крайне мало негативных ожиданий: лишь 20,3 % опрошенных педагогов не ожидают от введения инклюзивного образования положительных результатов, не так много и тех, кто считает, что инклюзивное образование это лишь дань моде – 26,9%.

Более 70% респондентов считают инклюзивное образование хорошим начинанием как для российского образования вообще (70,3%), так и для той местности, в которой они проживают (71,8%), и для образовательного учреждения, в котором работают (72,1%).

Однако по оценкам тех же специалистов отмечаются и серьезные проблемы: менее трети всех образовательных учреждений готовы к введению инклюзивного образования – 31,6%, лишь 30,6% согласны с тем, что сообщество их населенного пункта готово к принятию идеи инклюзивного образования.

Таблица 1

Оценка педагогическими работниками концепции инклюзивного образования (в %)

	Полностью согласен	**Скорее согласен**	**Нейтрально**	**Скорее не согласен**	**Полностью не согласен**	**Затрудняюсь ответить**
1.Развитие инклюзивного образования изменит ситуацию системе образования НСО в лучшую сторону	17,2	37,9	11,2	18,1	5,2	10,3
2. Образовательное учреждение, в котором я работаю, готово к введению инклюзивного образования	11,1	20,5	7,7	27,4	13,7	19,7
3. Инклюзивное образование						

хорошее начинание для						
• ОУ, в котором я работаю	9,3	62,8	11,6	7,0	0,0	9,3
• той местности, в которой я проживаю	26,1	45,7	6,5	4,3	4,3	13,0
• российской системы образования в настоящей ситуации	22,2	48,1	11,1	7,4	1,9	9,3
4. Сообщество нашего населенного пункта готово к принятию идеи инклюзивного образования	5,4	25,2	19,8	26,1	8,1	15,3
5. Я положительно оцениваю концепцию инклюзивного образования	26,3	47,4	10,5	7,9	3,5	4,4
6. В нашем ОУ (населенном пункте) уже	17,9	47,9	8,5	6,8	5,1	13,7

осуществляется стихийная инклюзия						
7. От введения инклюзивного образования я не ожидаю положительных результатов	5,3	14,0	24,6	29,8	15,8	10,5
8. Инклюзивное образование это просто дань моде, и как другие подобные начинания, оно перестанет существовать и всё вернется на круги своя	5,2	21,7	13,9	28,7	18,3	12,2

Следует признать довольно негативной тенденцией и то, что 64,8% респондентов сообщают о так называемой стихийной инклюзии, осуществляемой на местах, и, особенно, то, что лишь 30,6% опрошенных хотят, чтобы дети с ограниченными возможностями здоровья были в том классе, в котором они работают.

Если обратиться к таблице 2, то можно увидеть, чем, по мнению педагогов, объясняется низкая готовность образовательного учреждения к реализации инклюзивного образования. Прежде всего, это недостаточное финансирование, отсутствие методического и нормативного обеспечения процесса введения инклюзивного

образования, а также нехватка педагогов со специальной (дефектологической) подготовкой и недостаточный уровень компетентности педагогов.

Таблица 2

Барьеры и сложности в развитии инклюзивного образования по степени их влияния на ситуацию

Степень влияния	Барьеры (сложности)
1.	· отсутствие финансового обеспечения
2.	· отсутствие методического обеспечения
3.	· нехватка персонала с соответствующей подготовкой
4.	· отсутствие нормативной базы
5.	· недостаточная компетентностью педагогов
6.	· сопротивление родителей учащихся обычных школ
7.	· индивидуальные особенности детей с ОВЗ
8.	· сопротивление учителей
9.	· сопротивление администрации и персонала ОУ
10.	· сопротивление учащихся обычных школ
11.	· сопротивление родителей учащихся с ОВЗ

12.	· сопротивление учредителей ОУ
13.	· сопротивление педагогов специальных (коррекционных) школ

Тем не менее, 60% опрошенных считают, что развитие инклюзии в Новосибирской области способно изменить ситуацию в образовательном комплексе области в лучшую сторону и решить некоторые из имеющихся проблем.

Представляя далее результаты опроса (см. табл. 3), можно сказать, что, по мнению педагогов наиболее полезным включение в среду общеобразовательной школы будет для самих детей с ограниченными возможностями - так считают 78,6% педагогов.

Таблица 3

Для кого более всего полезно включение детей с ОВЗ в среду общеобразовательной школы (в %)

Варианты ответа	Количественные данные
Все варианты	1,8
Для улучшения финансового обеспечения ОУ	17,9
Улучшения социальных отношений в нашем обществе	73,2
Для администрации и персонала школы	3,6
Для учителей	8,9
Для обычных детей	27,7

Для самих детей с ОВЗ	78,6

Большое значение придается улучшению социальных отношений в нашем обществе (73,2%). Следует обратить внимание и на то, что подавляющее большинство (более 90%) опрошенных не видит большой пользы от введения инклюзивного образования для самих образовательных учреждений и педагогических коллективов школ.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для преодоления пропасти между пониманием значимости и готовностью реализовывать на практике идеи инклюзивного образования, необходима серьезная работа.

Сегодня для преодоления этого разрыва специалисты научно-методического отдела инклюзивного образования НИПК и ПРО продолжают активное сотрудничество с образовательными учреждениями г. Новосибирска и Новосибирской области. Оно развивается в направлении научно-методического и организационного сопровождения данного процесса, в решении многих неоднозначных и трудных вопросов, связанных с инклюзивным образованием, среди которых организация учебного процесса и его психолого-педагогическое сопровождение.

Литература

1. Показатели инклюзии: практическое пособие / [принимали участие: Мэл Эйнскоу и др.; пер. Игорь Аникеев]. – М.: РООИ Перспектива, 2010.
2. Приказ Минобрнауки Новосибирской области от 20.10.2010 №1779 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие образования детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов Новосибирской области в 2011-2013 годы».
3. Приказ Минобрнауки Новосибирской области от 03.06.2011 №1103 «О развитии инклюзивного образования на территории Новосибирской области в 2011 – 2013 г.г.».
4. Приказ Минобрнауки Новосибирской области от 12.08.2011 №1435 «О проведении конкурсного отбора общеобразовательных учреждений Новосибирской области на реализацию регионального проекта «Обучение и социализация детей с

ограниченными возможностями здоровья в инклюзивном образовательном пространстве Новосибирской области» в рамках комплекса мер по модернизации общего образования.

Социокультурная реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного обучения в колледже

Евдокимова В.В.
СПК МГППУ, г. Москва

Воспитание нового поколения представляет собой важнейшую задачу современного образования, становящуюся делом национальным. Сегодня молодого человека надо ввести в практику личностного самоопределения, формирования собственных взглядов и позиций, готовности нести ответственность за результаты своей деятельности.

Воспитание учащихся и студентов в системе СПО, ориентированное на формирование базовой культуры личности, может и должно включать в себя:

- дальнейшее развитие социального и жизненного опыта личности, мотивационной сферы, социально-коммуникативных навыков и умений;
- формирование навыков принятия решений в последовательном и ответственном осуществлении своих социальных функций;
- поддержку профессионального роста;
- гражданское самоопределение;
- осознанное формирование социально приемлемого образа жизни и пр.

Реализация указанных целей предполагает:

- разработку содержания, форм и методов воспитания, адекватных функциям учреждений профессионального образования различных типов и видов, а также модели специалиста, которого они готовят;
- сочетание личностных интересов и профессиональных возможностей;
- создание необходимых условий для самореализации личности обучающихся в различных сферах (клубная деятельность,

вторичная занятость, спорт, туризм, реализация педагогических наклонностей и др.).

Важным практическим аспектом формирования личности будущего успешного профессионала является профессиональная ориентация учащейся молодежи, которая не прекращается с поступлением молодого человека в учреждение профессионального образования.

Молодежи характерно стремление к современным социокультурным процессам и личностному самоопределению. Это свидетельствует о том, что желание молодых людей к получению профессионального образования выходит за рамки простого овладения узкопрофессиональными знаниями и навыками. Поэтому перед учебным заведением встает задача создания оптимальных условий для развития личности обучающихся, оказания им помощи в самоопределении, самовоспитании, нравственном самосовершенствовании, освоении широкого круга социального и профессионального опыта. Эти важнейшие задачи решаются и в системе среднего профессионального образования.

Полноценное профессиональное образование лиц с ОВЗ реально только в том случае, когда при организации обучения действительно созданы специальные образовательные условия. Студентам с ОВЗ зачастую свойственны неадекватные способы профессионального самоопределения, у одних это отсутствие собственных профессиональных намерений в связи с низкой самооценкой здоровья, пассивностью и личностными особенностями, у других – недооценка тяжести своего заболевания, когда студент считает себя вполне здоровым и убежден, что вскоре излечится, строит нереальные планы, не достижимые по его физическим возможностям.

Решая данную проблему Социально-педагогический колледж МГППУ совместно с МЦЗМ «Перспектива» участвует в молодежном социальном проекте «Вместе к успеху». Данный проект реализуется на территории ЦАО г. Москвы в рамках организации помощи молодым людям с ОВЗ в социализации и адаптации к современным условиям жизни, а также реальной практической помощи в становлении личности и социально-трудовой адаптации. Цель проекта: содействие в развитии и становлении личности учащихся с ОВЗ. Задача проекта: создать социально-активное окружение, благодаря которому участники проекта смогут приобрести: положительный опыт социально-трудовой адаптации и занятости; инструменты для самостоятельного и ответственного выбора профессии. Основные идеи основываются на принципах объединения совместных усилий по

преодолению нарушений у участников проекта с ОВЗ и интеграции их в общество. Участниками проекта «Вместе к успеху» выступают молодые люди с особыми образовательными потребностями, которые не безразличны к вопросу выбора своей будущей профессии и трудоустройства, а также ощущают потребность в общении, независимости, самостоятельности.

Организуя свое собственное мероприятие, участники проекта «придут» к ситуации успеха, которая создаст у них понимание своей значимости и своих возможностей, раскроет внутренний потенциал, что позволит им стать в будущем независимыми и успешными людьми.

Ежегодно, реализуя профессиональное воспитание во внеучебном процессе, Социально-педагогический колледж МГППУ совместно с Московским отделением общероссийской общественной организации «Ежегодно, реализуя профессиональное воспитание во внеучебном процессе Социально-педагогический колледж МГППУ совместно с Московским отделением общероссийской общественной организацией Российским союзом молодежи (МОО ООО РСМ) и Московским центром занятости молодежи (МЦЗМ) «Перспектива» готовит студентов педагогических специальностей для работы в летних оздоровительных лагерях. С этой целью на базе СПК МГППУ была разработана и апробирована программа «Школа вожатых».

Ежегодно, реализуя профессиональное воспитание во внеучебном процессе Социально-педагогический колледж МГППУ совместно с Московским отделением общероссийской общественной организацией Российским союзом молодежи (МОО ООО РСМ) и Московским центром занятости молодежи (МЦЗМ) «Перспектива» готовит студентов педагогических специальностей для работы в летних оздоровительных лагерях. С этой целью на базе СПК МГППУ была разработана и апробирована программа «Школа вожатых».

Ежегодно, реализуя профессиональное воспитание во внеучебном процессе Социально-педагогический колледж МГППУ совместно с Московским отделением общероссийской общественной организацией Российским союзом молодежи (МОО ООО РСМ) и Московским центром занятости молодежи (МЦЗМ) «Перспектива» готовит студентов педагогических специальностей для работы в летних оздоровительных лагерях. С этой целью на базе СПК МГППУ была разработана и апробирована программа «Школа вожатых».

Ежегодно, реализуя профессиональное воспитание во внеучебном процессе Социально-педагогический колледж МГППУ совместно с Московским отделением общероссийской общественной

организацией Российским союзом молодежи (МОО ООО РСМ) и Московским центром занятости молодежи (МЦЗМ) «Перспектива» готовит студентов педагогических специальностей для работы в летних оздоровительных лагерях. С этой целью на базе СПК МГППУ была разработана и апробирована программа «Школа вожатых».

Ежегодно, реализуя профессиональное воспитание во внеучебном процессе Социально-педагогический колледж МГППУ совместно с Московским отделением общероссийской общественной организацией Российским союзом молодежи (МОО ООО РСМ) и Московским центром занятости молодежи (МЦЗМ) «Перспектива» готовит студентов педагогических специальностей для работы в летних оздоровительных лагерях. С этой целью на базе СПК МГППУ была разработана и апробирована программа «Школа вожатых».

Российский союз молодежи» (МОО ООО РСМ) и Московским центром занятости молодежи (МЦЗМ) «Перспектива» готовит студентов педагогических специальностей для работы в летних оздоровительных лагерях. С этой целью на базе СПК МГППУ была разработана и апробирована программа «Школа вожатых».

Целью программы является приобретение участниками знаний, умений и навыков практической работы с детьми в условиях детского оздоровительного лагеря (ДОЛ).

Программа ставит перед собой задачи: формирование и развитие у студентов умений и навыков самостоятельной работы с детьми во время летних каникул; создание условий для овладения технологией организации и проведения творческого досуга детей; формирование у студентов навыков групповой и индивидуальной работы с детьми; создание условий для совершенствования коммуникативных, организаторских, аналитических и других профессионально важных педагогических качеств у студентов; ознакомление с законодательной базой и функционалом вожатого в ДОЛ; создание условий для практического применения полученных теоретических знаний.

Сущность программы состоит в том, что она имеет практическую направленность. Молодые люди с ограниченными возможностями здоровья на равных со своими здоровыми сверстниками участвуют во всех мероприятиях, получают теоретические и практические знания по работе в детском и подростковом коллективе, знания возрастных особенностей детей и подростков, навыки профессионального общения, навыки решения проблемных ситуаций внутри коллектива, организаторский опыт и опыт самоорганизации.

Из опыта воспитательной деятельности колледжа можно сказать, что данная программа повышает профессиональную компетентность студентов, развивает их социально-значимые и деловые качества, такие как коммуникабельность, активная жизненная позиция, организованность, умение «преподнести себя» и многие другие.

Студенты старших курсов, успешно прошедшие летнюю педагогическую практику, активно включаются в организационную группу по проведению Социально-педагогическим колледжем выездного мероприятия по адаптации студентов первого курса «ШАНС» - школа адаптации «новых» студентов.

В задачи данного мероприятия входит: реализация потребностей и интересов студентов; формирование социально и профессионально значимых качеств у студентов; изменение отношения к студентам с ОВЗ и принятие их сверстниками, не имеющими инвалидность; изучение психологических особенностей адаптации студентов с ОВЗ, проявляющихся в их индивидуальном характере, динамике, личностных качествах; формирование положительной установки на будущую профессию. В программу включены тренинги, элементы веревочного курса «ЭВК», тематические дискотеки, коллажи, творческие «Капустники», упражнения. Процесс совместного проживания, творчества, преодоления трудностей (в виде различных заданий и «ЭВК»), поддержки, обсуждения и просто общения преподавателей и студентов дает свои результаты.

Отзывы студентов, в том числе студентов с ОВЗ, подтверждают эффективность проведения школы адаптации и показывают, что «ШАНС» помогла им справиться со многими трудностями, возникающими в начале процесса обучения. А также они получили заряд энергии на весь учебный год, узнали много новых людей, получили личный и профессиональный опыт, а многие даже открыли в себе совершенно неожиданные способности.

Включение студентов с ОВЗ в мероприятия программы способствует их успешной интеграции и самореализации в совместной деятельности со здоровыми студентами, что в свою очередь создает основу для дальнейшего общения и выстраивания отношений в колледже. Полученный опыт позволяет студентам с ОВЗ успешно интегрироваться в общество, повысить свой статус в студенческой среде, способствует активному участию в общественной жизни.

Использование подобных интерактивных форм социального обучения и воспитания помимо личностного роста и профессионального становления учащихся, создает в колледже

атмосферу открытости, свободного общения, дружелюбия, способствует позитивному эмоциональному единству всех студентов СПК, развитию их профессиональной компетентности.

Особенности формирования языковой компетентности подростков с интеллектуальной недостаточностью в учреждении дополнительного образования

Загрядская В.Н.

Московский городской психолого-педагогический университет (МГППУ), ГОУ Дворец творчества детей и молодёжи на Миуссах (ДТД и М на Миуссах)

Современная педагогика в целях своей деятельности ориентируется на собирательный тип «современного человека» развитого индустриального или постиндустриального, информационного (знаниевого), демократического общества. Это творческий, социально ориентированный, на ответственные решения и самостоятельное ведение жизни, здоровый и активный член общества (гражданин), готовый и способный учиться на протяжении всей жизни, с развитой интеллектуальной, эмоциональной и волевой сферами. В дополнительном образовании в настоящее время задача развития (формирования) человека данного типа также является определяющим вектором всей педагогической работы. Однако, в современных условиях программно-методические комплексы развития (формирования) личности ребёнка с интеллектуальной недостаточностью в системе дополнительного образования ещё не достаточно изучены и представлены педагогическими наработками отдельных структурных подразделений и детских объединений. Правомерен вопрос, какие формы, методы и содержания обучения в дополнительном образовании будут наиболее полно соответствовать задаче развития (формирования) личности ребёнка с интеллектуальной недостаточностью?

Различные педагогические системы отвечают на этот вопрос по-разному. Поиск решения данного вопроса в процессе работы с детьми с умственной недостаточностью (в том числе с тяжёлыми психофизическими недостатками) во Дворце творчества детей и молодёжи на Миуссах привёл к разработке и созданию интегрированных программно-методических комплексов по различным направлениям педагогической деятельности. Практика

показывает, что одной из ведущих видов педагогической (социокультурной) деятельности в системе дополнительного образования, способствующей росту и развитию личности ребёнка, являются занятия художественным словом. Как правило, дети с интеллектуальной недостаточностью имеют тяжёлые нарушения речевого развития, во многих случаях, не позволяющих им заниматься совместной творческой социокультурной деятельностью, в том числе художественным словом. С другой стороны, отсутствие культуротворческой деятельности значительно снижает реабилитационный ресурс детей с интеллектуальной недостаточностью. Как отмечают ведущие учёные в области исследования социокультурной реабилитации лиц с ОВЗ (Н.Т. Попова, А.Ю. Шеманов, А.М. Щербакова), рассматривая проблему формирования личности ребёнка с ОВЗ, личность человека формируется только при его активном творческом участии в культуре [2, стр. 165]. Успешность включения детей с интеллектуальной недостаточностью (в том числе с тяжёлыми психофизическими нарушениями) в культуру в системе дополнительного образования во многом определяется качеством создания целостной среды речевого развития, способствующей формированию языковой компетенции ребёнка, его личностному росту. Каков механизм реализации творческой активности ребёнка с интеллектуальной недостаточностью в процессе занятия художественным словом?

Любая деятельность, связанная со словом, имеет специфические особенности, направленные на социально-биологический и культурно-исторический контекст, глубоко связана с традициями народа, ценностями и смыслами общества. Характеристика речевой деятельности включает телесное, душевное и духовное измерения, отношение к окружающему миру, прежде всего к взрослым, характеристики мышления, чувства и воли в их взаимосвязях. В теории и практике вальдорфской педагогики большое значение придается формированию особой образовательной среды (коллективное творчество сверстников), а вопрос уникальности и неповторимости отдельной личности, успешное развитие и рост индивидуальности ребёнка решается посредством создания условий для различных направлений творческой деятельности. Под развитием вальдорфская педагогика понимает процесс изменений во времени совокупности телесно-душевно-духовного состава человека во взаимосвязях всех этих элементов по направлению к типической модели современного человека. Любое выделение отдельных секторов развития: когнитивного, эмоционального, личностного, морального

и т.д., как самоценности, без связи с другими элементами, представляет собой искажающую картину целого, далекую от реальности абстракцию. В соответствии с этой принципиальной методологической позицией неверно рассматривать телесное, когнитивное, эмоциональное и т.д. развитие сами по себе, но в каждом элементе развития (телесном, когнитивном, эмоциональном, личностном и т.д.) следует видеть и взаимосвязи всех остальных элементов. В соответствии с этим меняется и диагностика результативности, в частности, речевой деятельности, оценка её успешности. Учёт данных взаимосвязей в процессе организации занятий художественным словом способствует созданию модели, позволяющей ребёнку с интеллектуальной недостаточностью последовательно овладеть навыками речевой деятельности и заложить основы языковой компетентности. Важной общей точкой зрения, определяющей выбор форм, содержания и методов работы в вальдорфской школе является представление о содержании и методах, оказывающих негативное воздействие на ту или иную составляющую развития. Это такие педагогические мероприятия, которые следует избегать в силу их вредного психологического или физиологического воздействия на (слои) уровни человеческой организации (телесный, психосоматический, психический и личностный) на длительную перспективу. Применительно к теории и практике обучения детей с интеллектуальным нарушением в качестве общего подхода к проблеме развития следует выделить максимально полное включение в образовательный процесс социокультурных практик, увеличения социокультурных подходов, позволяющих развивать творческую активность и фантазию, демонстрировать самостоятельность и способность личностного роста. Это означает, что в процессе организации занятий художественным словом, необходимо учитывать индивидуальные и возрастные особенности личности ребёнка на длительную перспективу (не менее семи лет), определённую последовательность развития речевой функции. Исследуя развитие речевой функции у детей с нарушенным развитием, австрийский врач Геор фон Арним подчёркивал: «… при слушании, восприятии речи и понимании мыслей речь идёт о трёх совершенно различных чувственных процессах» [1, стр. 63]. Наблюдения за развитием речи детей с тяжёлыми психофизическими нарушениями позволяют выделить три последовательных и относительно обособленных этапа, способствующих постепенному проявлению речевой способности ребёнка, и представить модель организации речевой деятельности в виде картины (образа) «трёх концентрических кругов».

– В соответствие с представленным образом самым широким является «первый концентрический круг» – восприятие детьми мелодики речи окружающих людей. В практической работе на этом этапе интенсивное использование эвритмических (гармоничных движений) с особым акцентом на гласные звуки, упражнений на формирование пространственных представлений и координации, пространственное слушание, позволяет расширить у детей с интеллектуальной недостаточностью возможности восприятия речевых звуков, мелодики речи взрослого окружения. Это этап промежуточного формирования слухового восприятия у ребёнка, результатом которого является образование внутренних предпосылок восприятия звуков речи. Многие наши дети долгое время (вплоть до подросткового возраста) выражаются лишь похожими на слова образованиями, но при этом совершенно ясно узнаётся речевая мелодия. Из практики известно, чем выразительней у ребёнка развита речевая мелодика, тем успешнее и интенсивней у него будет проходить развитие речи в дальнейшем. Методы работы по развитию речи, используемые на данном этапе, позволяют в целом увеличить реабилитационный ресурс образовательной среды.

– «Второй концентрический круг» – овладение ребёнком речевой структурой на уровне отдельных слов и использование их в речи. Из неопределённого моря звуков речевой мелодики «первого концентрического круга» в виде отдельных волн, едва различаемых речевых образований, постепенно проявляются слова и отдельные звукосочетания. Часто это хорошо артикулированные звуковые образования, воспринимаемые на основе речевого подражания, смысл которых ещё не понятен ребёнку. Для детей с умственными нарушениями отношение «слово – предмет» и формирование соответствующего предмету понятия остаётся долгое время неопределённым. У наших детей подобная ситуация может сохраняться в будущем (вплоть до подросткового возраста). В качестве реабилитационных мероприятий следует рассмотреть конкретные речевые упражнения, выполненные на основе телесно-физического опыта ребёнка, занятия на развитие чувственной области и эмоционально-волевой сферы, учёт особенностей проявления лечебно-педагогических конституциональных типов развития ребёнка. За счёт последовательного включения элементов рецитации (формирование звука) на данном этапе речевого развития постепенно в дальнейшем ребёнок с интеллектуальной недостаточностью имеет шанс приблизиться к следующему третьему этапу.

– «Третий концентрический круг» – период от переживания воспринятого звучания слова до окончательного, связанного с соответствующим предметом употребления слов. На данном этапе речевого развития появляется важное психологическое новообразование: вещи окружающего мира получают имена, ребёнок приобретает способность осмысления предметного мира, формирует причинно-следственные отношения и связи. Ребёнок приобретает умение строить предложения. Для детей с умственной недостаточностью данный период развития речевых навыков является непростым периодом, так как не всегда удаётся проникнуть в смысл вещей, долгое время наши дети могут находиться в безымянном мире образов. Основным методом работы с детьми на данном этапе речевого развития является речевые упражнения с опорой на основные элементы как рецитации, так и декламации, используемые, в том числе, в сценической речи; инсценировка различных историй, сказок, элементов фольклора. «Третий концентрический круг» является внутренним кругом, задача которого, с одной стороны – доставить новые «волны» на поверхности следующих кругов», с другой стороны – принять от них и удержать новый импульс развития. Образное восприятие и создание картины, соответствующей данному образу, является ориентиром успешности формирования целостной среды речевого развития, направленной на развитие речевой компетенции детей с интеллектуальной недостаточностью.

Следует заметить, что работа над формированием художественного слова в соответствие с принципами как вальдорфской, так и классической педагогики должна активно отвечать на запросы актуальной стадии развития ребёнка. Опыт показывает, что наиболее интересным с точки зрения развития речевой компетенции, на взгляд автора статьи, является подростковый период развития ребёнка. К актуальным личностным запросам ребёнка с умственной отсталостью подросткового возраста, как и его здорового сверстника, относится стремление к развитию, желание учиться, преодолевать трудности и т.д. Из этого следует, что нужно предлагать ребёнку в переходном периоде развития такие содержания деятельности, которые они как раз в состоянии полноценно переработать, чтобы пережить в процессе обучения чувство – «Я могу это сделать хорошо!». В процессе формирования речевой способности это чувство следует укреплять всеми возможными способами на всех ступенях обучения. Одной из активных форм, отвечающих этим требованиям, является социокультурная деятельность и её коммуникативно-речевая составляющая. Речевая деятельность – это

возможный путь нормализации душевно-духовной области подростка, который находится в ситуации важного переходного периода. На этот раз переход связан преимущественно с телесным развитием и отражением этого развития в душевно-интеллектуальной области. До этого возраста в теле главенствовали (преобладали) ритмическая система и динамика мышц, в связи с чем ребенку более близкими были понятия из живой природы. Это – физиологическая основа склонности детей к живому, образному мышлению. Теперь, по Р. Штайнеру, на передний план выходит костная система, скелет. Возникает импульс роста конечностей и минерализации всей костной системы. Впервые ребенок переживает свое тело, как ощущение внутреннего препятствия. Параллельно с этим постепенно начинают вступать в игру гормональные изменения, связанные с половым созреванием. Эти физиологические процессы вместе ведут ко второму изменению облика. Социальные связи должны быть установлены заново на всех уровнях – с друзьями, учителями, родителями. На душевном уровне подросток переживает окончательную утерю чувства детства. Нарастает разлад между телесными и душевными процессами. Перед ним возникают вопросы о загадках собственного существования, смысле человеческой жизни и своем месте в ней. Начало пробуждения бурной жизни чувств, связанное с половым созреванием, которое идет параллельно со скачком в развитии интеллекта, способности независимого суждения и потребности в нем приводит подростка к остро ощущаемым вопросам о места человека в мире и о своем индивидуальном смысле жизни. Импульс индивидуализации переживается преимущественно на чувственном уровне. Индивидуальная биография – индивидуальный профиль человеческой жизни – вступает в свои права и начинает осознаваться ребёнком. У здорового подростка на душевно-интеллектуальной плоскости эти процессы отражаются в способности и склонности к образованию (пониманию) понятий, относящихся к неживой природе, к абстрактным понятиям, свободным от образности, к самостоятельному, критическому суждению, особенно к поиску причинно-следственных связей в природе, истории и человеческой жизни.

Преодоление негативных последствий возраста посредством включения в актив занятий художественным словом, основным содержанием которых является рецитация с опорой на гимнастические упражнения по пятиборью: бег, прыжки, борьба, метание диска и метание копья. Исследуя связь движения и речи известный лечебный педагог, врач К. Кёниг, пишет: «В

последовательности этих упражнений мы непосредственно переживаем речевое движение снизу вверх» [1, стр. 26]. Делается акцент на постепенное понимание подростком известного соотношения двигательных и речевых упражнений. В результате ребёнок с новой силой должен пережить бег, ходьбу и услышать, какая последовательность звуков соответствует ходьбе («А,Э,И,О,У»), делает её более плавной, ритмичной, легкой. По-новому ребёнок может пережить прыжки, например, в совокупности со звуком «Н», почувствовать, как дыхание помогает преодолеть силу сопротивления в прыжке. Гимнастическое упражнение сознательно и целостно направлено на усиление образования звуков речи. На занятии подросток сознательно переживает силу сопротивления, необходимую для борьбы, определённое речевое упражнение (звук «Р», ритм) помогает пережить эти физические усилия. Метанию диска и копья тоже есть соответствующие речевые упражнения (противоположные – глухой «П» – звонкий звук «Б», целенаправленность движения), способствующие не только образованию звука, но создают предпосылки для фразовой речи, подросток начинает понимать обращённую к нему речь окружающих, а затем использовать её в собственном активе. Для подростка данный метод – это возможность найти новые решения проблем, поддержать его стремление к преодолению существующих трудностей. Таким образом, создаётся целостная среда речевого развития, где подросток способен пережить чувство «Я могу это сделать хорошо!». В результате подросток с умственной недостаточностью приобретает способность как телесного, так и духовного развития. Опыт работы с детьми с тяжёлыми психофизическими нарушениями во Дворце творчества детей и молодёжи на Миуссах показывает, что посредством создания целостной среды речевого развития подростки шаг за шагом приобретают разные уровни речевой компетентности и постепенно включаются в различные виды совместной культуротворческой деятельности.

Литература

1. Кёниг К., фон Арним Г., Герберг У. Понимание речи. – Киев: Наири, 2006.

2. Шеманов А.Ю. Особенности культурологического подхода в реабилитации людей с ОВЗ // Сборник статей по материалам научно-практической конференции «Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации». – М.: Круг, 2010 г.

Программа социокультурной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями

Захматова И.А.

Московский Государственный Университет Технологий и Управления, г. Москва

Социокультурная реабилитация, на наш взгляд, заключается не только в том, чтобы адаптировать социум к подростку, создав для него комфортные условия и приспособившись к его особенностям, но и в том, чтобы повысить его устойчивость к негативным воздействиям изменчивой социальной среды. Поэтому в развивающей и коррекционной работе особое место следует отводить перестройке установок ребёнка относительно собственной личности и социума, самопознанию. Развитие самопонимания, осознание своих ресурсов развития, выступает важным фактором социокультурного развития личности и расширяет её возможности через творческую деятельность. Благодаря творчеству человек преодолевает психическую депрессию, чувства тоски, одиночества, подавленности, робости, фрустрации. Кроме того, происходит излечение от рассеянности, невнимательности, восстанавливается и укрепляется память, интеллектуальная и речевая деятельность. Иными словами, происходит коррекция явлений, связанных не только с психикой, но и физиологией человека, а также его поведением в целом. С помощью творчества можно не только снимать утомление и напряжение детского организма в целом, но и способствовать психологическому, духовному развитию.

В качестве примера удачного опыта социокультурной реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями можно привести опыт работы Программы **Спартианские игры.**

Авторское название проекта выбрано как производное от английских слов: «Sport» – спорт, «Spirituality» – духовность и « Art» – искусство: **Спартианские игры** [1]. Гармоничное развитие личности предусматривает её приобщение к ценностям культуры, как своей, так и других стран. Воспитание этой культуры – важная задача педагогической и социальной деятельности. Решение этой задачи предусматривает развитие у детей таких качеств личности, как дружелюбие, способность к сотрудничеству. Важно, с одной стороны, развитие интереса к культуре и обычаям других стран, с другой стороны, интереса к национальным видам спорта, народным играм и

развлечениям, национальным и народным культурным традициям, видам искусства, что содействует патриотическому воспитанию. К числу важных задач относится и воспитание культуры соперничества, культуры игрового соперничества.

Системообразующая идея проекта – *инновационные формы интеграции спорта и искусства*, основанные на принципах гуманизма, духовности, нравственности и предназначенные для людей разного возраста, пола, уровня духовного и физического развития, разных профессий. Цель этой интеграции – целостное (гармоничное и всестороннее) развитие личности, преодоление разрыва между физическим и духовным развитием человека. В связи с этим важное значение в проекте придаётся повышению интереса детей и молодёжи к спорту и искусству, приобщение спортсменов к миру искусства, а тех, кто увлечён искусством – к миру спорта, развитию форм художественной деятельности, направленной на осмысление спорта средствами искусства.

Центральное место в системе *средств, форм и методов* занимает игровая деятельность, ставится задача поиска и внедрения таких форм игровой деятельности, в том числе и новых моделей игрового соперничества, которые не противодействуют, а эффективно содействуют решению задач системы. Эти новые формы предусматривают не только соперничество, но и сотрудничество участников; не допускается использование антигуманных игр, которые способны как-то унизить, оскорбить участников, нанести им не только физический, но даже психологический ущерб, являются антиэстетическими и аморальными.

В *программу* Спартианских игр включается комплекс соревнований и творческих конкурсов. Они могут быть традиционными (например, по футболу, в беге, плавании, в пениях, танцах и т.п.), так и новыми, необычными. Игры должны позволять каждому участнику оценить себя с другими о оценить себя не в каком то одном, личном качестве, а по комплексу разнообразных качеств (физических, психических, духовных) и способностей (таких, например, как спортивное и художественное мастерство, юмор и т.д.). От участников требуется не узкая специализация в каком-то одном виде деятельности, а многосторонние способности, связанные с различными видами деятельности. Новые соревновательные формы позволяют привлекать к участию в играх детей с ограниченными возможностями, и значительно расширяют границы социально-педагогических возможностей воспитания.

Очень важным моментов в системе спартианских игр являются *критерии выставлении оценок,* не похожие на традиционные: это учёт духовно-нравственных и эстетических аспектов поведения участников. Результат, показанный каждым участником, сравнивается с общепризнанными нормами, образцами результатов в том виде деятельности, который лежит в основе проводимого соревнования, с результатами других участников соревнования, а также (если есть возможность) с тем наивысшим результатом, который сам участник показывал ранее, и с задачей, поставленной организаторами соревнования. При выставлении оценки следует обязательно принимать во внимание возраст участников, пол, наличие и характер инвалидности, а также уровень подготовленности.

Основываясь на собственных наблюдениях за подготовкой и проведением спартианских игр, можно сделать следующий вывод: представленная Программа наиболее эффективна для семей с детьми с особенностями развития, которые как никто нуждаются в развивающей и коррекционной деятельности. Участие в программе помогло многим из них найти своё место в жизни, новых друзей, поддержало в трудную минуту. Одно то, что ребёнок с особенностями развития, преодолевая себя, выходит на сцену, то, что ему аплодируют, то, что он, несмотря ни на что, получает медали, оказывает огромное созидательное влияние на психику. (Можно вспомнить, например, «Театр простодушных» в г. Екатеринбурге). В некоторых соревнованиях принимают участие как здоровые дети и взрослые, так и с особенностями в развитии. Оригинальные и нетрадиционные критерии оценки победителей выводили на первое место детей и взрослых с особенностями в развитии.

Современной России в новых социокультурных условиях в первую очередь нужны психологически и духовно здоровые, активные, творчески одарённые, разносторонне развитые люди, выдвигающие на первый план духовно-нравственные ценности в своём отношении к другим людям, к природе и к самим себе. Когда мы говорим о творчестве в общении, социальном измерении творчества, то предполагаем, что наряду с процессами овладения предметом происходит и включение личности в социум: развивается эмпатия, обретаются коммуникативные умения, формируются способы конструктивного сотрудничества. Особенно важным это становится, когда вследствие тех или иных физических и психологических причин нарушен процесс социализации детей и подростков с ограниченными возможностями и требуется их социокультурная реабилитация.

Литература

1. Программы и проекты спартианских игр, клубов, школ, игротек, оздоровительных лагерей (1991-2008 гг.) / методическое пособие// под ред. В.И. Столярова, Е.В. Стопникова. М., 2008. Часть 1.С.8.

Крупная польза мелкой моторики: Развитие мелкой моторики при помощи основных цирковых жанров

Калачев С.Г.

Благотворительный фонд «имени Преподобного Сергия Радонежского», г. Сергиев Посад, Московская область

Совсем недавно в Японии, стране передовой по части разных новшеств, был замечен следующий парадокс. Дети, сызмальства усаживаемые за компьютеры и овладевающие письмом с помощью клавиатуры, перестали разговаривать.

Разбираясь в причинах происходящего, напуганные всерьез ученые выяснили – дело в том, что, пользуясь клавиатурой, а не обычными ручкой-карандашом при письме, ее воздействие приходится на точки руки, не имеющие связи с головным мозгом, не стимулирующие развитие определенных мозговых зон. А ведь именно от этих зон и зависит своевременное и правильное формирование и развитие речевых функций. Таким образом «дедовские» методы обучения грамотности были срочно возвращены назад. Вот почему в последнее время развитию мелкой (тонкой) моторики педагоги и психологи уделяют все большее значение.

Моторик на самом деле две: мелкая и крупная. Обе одинаково значимы для развития детей. Мелкая моторика – это точные хорошо скоординированные движения пальцами, крупная же – движения тела (корпуса, рук, ног).

Остановимся на мелкой моторике. В головном мозге человека центры, отвечающие за речь и движения пальцев рук, находятся совсем рядом. А величина проекции кисти руки, расположенной в коре головного мозга, занимает около трети всей двигательной проекции. Именно эти два уже подтвержденных научных факта позволяют рассматривать кисть руки как «орган речи» наряду с артикуляционным аппаратом. Вот почему при обучении малыша речи недостаточно только тренировок артикуляции, а необходимо развитие движений пальцев рук.

Хорошо развитая моторика активно взаимодействует также со вниманием, мышлением, координацией, наблюдательностью,

воображением, пространственной ориентацией, памятью (зрительной и двигательной). Да разве хорошо развитая рука приносит мало пользы? Ведь именно благодаря ей человек всю жизнь делает много нужных вещей: пишет, рисует, застегивает пуговицы и завязывает шнурки, работает на том же компьютере, наконец.

«Не интеллектуальные преимущества сделали человека властелином над всем живущим, но то, что одни мы владеем руками – этим органом всех органов», – писал Джордано Бруно. В процессе эволюции кисть становится не только исполнительницей воли, но и созидательницей, воспитательницей мозга. Территория проекции кисти и особенно большого пальца в передней и задней центральных извилинах коры больших полушарий мозга имеет почти такую же протяженность, как все остальное тело. Функция кисти уникальна и универсальна. Рука настолько связана с нашим мышлением, с переживаниями, трудом, что стала вспомогательной частью нашего языка.

Все то, что не находит слов, ищет выражения через руку. Жест, как слово, может возвысить человека, успокоить, оскорбить, приласкать, вселить веру в правое дело, подтвердить слова, сделать их более весомыми. Между мелкой моторикой и умственной деятельностью прослеживается более тесная связь, нежели между умственной деятельностью и двигательной сферой в целом. «Рука – этого своего рода внешний мозг!», – писал Кант.

Сухомлинский писал, что истоки способностей и дарований детей находятся на кончиках их пальцев. От них, образно говоря, идут тончайшие ручейки, которые питают источник творческой мысли. Чем больше уверенности и изобретательности в движениях детской руки, тем тоньше взаимодействие руки с орудием труда, чем сложнее движения, необходимые для этого взаимодействия, тем ярче творческого стихия детского разума. Чем больше мастерства в детской руке, тем ребенок умнее.

Движения организма и речевая моторика – единые механизмы. Именно поэтому пальчиковая гимнастика должна занять прочное место в занятиях с детьми, перенесшими инсульт, черепно-мозговую травму, родовые травмы, а также детей с ЗПР, синдромом Дауна, умственной отсталостью, олигофренией, ДЦП…

У многих детей с проблемами развития отмечается недостаточность двигательных навыков:

– скованность, плохая координация, неполный объем движений, нарушение их произвольности;

– недоразвитие мелкой моторики и зрительно-двигательной координации: неловкость, несогласованность движений рук.

В процессе выполнения двигательных заданий дети получают знания о свойствах разных предметов и объектов (цвет, форма, качество материалов); знакомятся с особенностями передвижения и ориентировки в пространстве; возможными направлениями движения, определяют местонахождение одних предметов по отношению к другим и к самому себе.

Мелкая моторика развивается игрой, а наиболее подходящим приемом, отвечающим всем требованиям по развитию мелкой моторики, является жонглирование. Жонглирование – это способность человека манипулировать предметами, подбрасывая их в воздух, ловя и снова подбрасывая. В переносном смысле слово «жонглировать» может также означать способность выполнять задачи, требующие постоянной смены направления внимания, переключения с большой цели на маленькие подзадачи. Важно отметить, что дело не ограничивается простым подбрасыванием одного или нескольких шариков, здесь огромное значение имеет подключение двигательных центров коры головного мозга.

Обучение новым трюкам в жонглировании может заметно улучшить «электропроводку» головного мозга. Британские ученые показали, что жонглирование улучшает работу участков мозга, связанных с речью, а связи проводящих путей и нервных функций не только улучшаются, но и формируются заново. Эффект сохраняется даже после того, как человек перестает практиковаться [2].

Один из авторов этой работы Хейди Йохансон-Берг говорит: «Принято считать, что мозг останавливается в своем развитии и начинает вырождаться из-за заболеваний нервной системы и патологии (ДЦП, ЗПР, Даунизм, олигофрения, родовые травмы, ЧМТ и т.д.) как у детей, так и в результате старения организма. На самом деле он остается готовым к переменам, которые позволят ему работать эффективно» [1].

Практика жонглирования улучшает координацию, чувство ритма, равновесия, связь между зрительными и моторными отделами головного мозга. Собственные ошибки предоставят достаточно возможностей для импровизации, так как ронять шарики в процессе обучения первое время придется очень часто, а практически неограниченные возможности жонглирования по усложнению помогут поддержать «состояние потока». Эмоциональное состояние и удовольствие приносит не столько сам процесс жонглирования, сколько постоянное совершенствование и изучение новые трюков и

комбинаций. Невозможно описать то ощущение, ту радость и морально-психологическое удовлетворение, когда получилось то, что не получалось долгое время, а динамика обучения жонглированию очень интенсивная, отсюда кроме реальной пользы и положительные эмоции, что очень важно.

Даже простейшее жонглирование – чаще всего просто перекладывание мячика из одной руки в другую – используется для работы с нервозностью с середины 1980-х годов.

Для развития координации, пространственной ориентации и чувства равновесия используются также такие приемы, воспитывающие мелкую моторику рук, как вращение тросточкой одной или двумя руками – упражнения пальчиковой и кистевой гимнастикой. Благоприятно влияет на вестибулярный аппарат и упражнения в балансировании (удержание равновесия). Однако эти приемы сложнокоординационные и могут использоваться на дальнейших этапах развития мелкой моторики, а также участков головного мозга, отвечающих за равновесие и ориентацию в пространстве.

Методика использовалась для развития и обучения сложнокоординационных движений у спортсменов национальных сборных различных видов спорта (акробатика, спортивная и художественная гимнастика, прыжки в воду, прыжки на батуте, фристайл и др.). Положительная динамика обучения с использованием вышеописанных приемов, а также более сложных упражнений говорит о том, что эффективность их использования неоспорима.

Разработанная нами методика развития мелкой моторики, ЦНС и центров головного мозга, ведающих двигательными функциями, а также речевым центром, в настоящее время апробируется среди воспитанников детских социальных учреждений Сергиево-Посадского района: детского дома, интернатов, больницы для детей, имеющих особенности развития (психического, нарушения речи, потерю слуха, зрения, нарушения церебральной и нервной системы и т.д.)

Литература

1. Возраст не влияет на развитие мозга. [Электронный ресурс] Режим доступа URL: http://www.mk.ru/science/news/2009/10/12/365808-vozrast-ne-vliyaet-na-razvitie-mozga.html

2. Scholz J., Klein M.C., Behrens T.E.J., Johansen-Berg H. Training induces changes in white-matter architecture // Nature Neuroscience. 2009. V. 12. pp. 1370-1371

Опыт организации работы по сохранению социального здоровья детей с ОВЗ на муниципальном уровне

Козлов Е.С.,
ЧГУ г. Череповец
Научный руководитель – О.Л. Леханова;
Пименкова О.М., «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Преодоление» г. Череповец

В основе реабилитации лежит возвращение к здоровью, устранение последствий нежелательных состояний. Особое внимание в реабилитации уделяется компенсации утраченных социально-адаптивных качеств, сохранению социального здоровья.

Здоровье занимает одно из ведущих мест в системе ценностей и приоритетов современного человека. Наряду с понятием индивидуального здоровья сегодня широкое распространение приобретает понятие социальное здоровье.

Социальное здоровье – это результат гармоничного социального развития человека, заключающийся в способности выполнять социальные роли, принимать социальные нормы и ценности данного общества. Дети, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, в большинстве случаев оказываются в ситуации социального неблагополучия, провоцирующей нарушения в состоянии их социального, психологического, а, нередко, и физического здоровья.

Социальное здоровье лишь частично связано с медицинскими факторами. В большей степени на него влияют разнообразные причины социального характера: социально-экономические трудности развития страны (низкий уровень заработной платы, относительно высокий показатель безработицы, потенциальная угроза утраты рабочего места и социального статуса, неудовлетворительные жилищные условия, недостаточная обеспеченность качественными продуктами питания и т.п.); уровень развития культуры и воспитания человека и семьи; качество и доступность медицинской помощи и социальных услуг; уровень загрязнения окружающей среды (радиационного, химического, микроэлементного); особенности образа жизни, в том числе наличие вредных привычек (табакокурение, алкоголизм, наркомания); ослабление механизмов самосохраняющего поведения и др. [2].

В контексте рассматриваемой проблемы особую тревогу вызывает состояние социального здоровья подрастающего поколения.

Современный ребенок является обладателем целого ряда проблем, находящихся в плоскости социального, физического и духовного здоровья. Особенно острой остаётся проблема организации комплексной реабилитационной детей из социально уязвимых слоев населения. В соответствии с Федеральным законом РФ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» таких детей определяют как находящихся в трудной жизненной ситуации. В их число входят те, кто проживает в малоимущих семьях и семьях беженцев, остался без попечения родителей, дети-инвалиды, жертвы насилия и вооруженных конфликтов.

Особую роль в нарушении социального здоровья детей играет семья. Именно в ней ребёнок реализует усвоенные социальные идеалы; формируется отношение к самому себе и окружающим его людям; в ней происходит первичная социализация личности, осваиваются первые социальные роли, закладываются основные жизненные ценности.

Состояние социального здоровья накладывает серьезный отпечаток на семью и ее благополучие, на динамику состояния интеллектуального и психического здоровья детей

Ограниченные возможности здоровья затрудняют процесс социализации детей, обусловливая трудности в воспроизводстве и усвоении культуры общества, его норм, установок и ценностей. В подобных условиях спонтанное формирование социально здоровой личности оказывается невозможным.

Наряду с наличием специфических черт социально-личностного развития детей с ОВЗ определено, что развитие детей с ограниченными возможностями здоровья протекает по общим с нормальным онтогенезом закономерностям, определяя гиперсензетивность дошкольников с ОВЗ к социокультурным условиям воспитания.

Учитывая важность социального здоровья и серьезность ограничений, которые накладывает его дефицит на социальное функционирование человека, необходимой становится организация его охраны, основанная, в частности на профилактике и реабилитации социальных аспектов жизнедеятельности отдельного человека и в целом семьи. В этой связи с начала 90-х годов в России начали создаваться специализированные учреждения, в которых появилась возможность средствами социальной работы – нового вида профессиональной деятельности – оказывать позитивное влияние на разнообразные аспекты социального благополучия семьи и детей.

Одним из вариантов такой поддержки является помощь, оказываемая специальными социально-реабилитационными центрами. В городе Череповце существуют разные центры, которые оказывают подобные услуги. Это муниципальные учреждения «Центр социальной помощи семье и детям», «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних ″Росток″» и «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями ″Преодоление″». Функции этих центров во многом взаимно дополняют друг друга, но с целевой точки зрения достаточно дифференцированы.

Комплексную реабилитацию детей и подростков с отклонениями в умственном и физическом развитии с 1998 года осуществляет МУ »Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями »Преодоление».

Основными целями деятельности учреждения являются оказание детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья квалифицированной социально-медицинской, социально-психологической и социально-педагогической помощи, обеспечение их максимально полной и своевременной социальной адаптации к жизни в обществе.

Основными задачами работы учреждения являются:

- Оказание социальных услуг семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, в соответствии с государственными стандартами Российской Федерации;
- Реабилитация детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья от рождения до 18 лет;
- Постреабилитационное сопровождение молодых людей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 17 до 18 (включительно) лет.

Работа с родителями в центре организована через следующие формы:

- «Школа для родителей»
- Индивидуальные и групповые консультации
- Психологические тренинги
- Работа по программе «Комфорт»
- Группы поддержки родителей

На базе Реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Преодоление» реализовывается программа «Семья +»

Цель проекта: профилактика социального сиротства (предупреждение отказа от детей с патологиями в психофизическом развитии)

Формы работы:

Компьютерная диагностика внутрисемейных отношений

Работа на группах краткосрочного пребывания, совместного пребывания ребенка и взрослого.

Проведение психологических тренингов и организация «Школы для родителей»

Семейные встречи и «Группа поддержки родителей»

Промежуточные итоги программы:

- У 62% семей улучшились внутрисемейные отношения
- 85% родителей овладели методами развития ребенка в домашних условиях
- 9 семей отказались от решения отдать ребенка в специализированные учреждения
- 1 мама отказалась от решения прервать беременность в связи со страхом родить ребенка инвалида
- 27 детей с ограниченными возможностями здоровья интегрированы в образовательные учреждения
- 2 супружеские пары прекратили бракоразводный процесс
- у 74% детей зафиксирована положительная динамика в психофизическом развитии
- у 8 детей была снята инвалидность.

Таким образом, на данный момент в реабилитационном центре «Преодоление» ведется работа с семьями детей с ОВЗ. Но при этом не существует ческой системы нормативов и правил для такой работы.

Поэтому мы бы хотели выступить с инициативой разработки подобных норм и правил, попытаться дать рекомендации в подобной работе, которая могла бы оказаться полезной как специалистам нашей профессии, так и других профилей.

Опыт организации кулинарных мастерских с людьми, имеющими ограниченные возможности передвижения

Курочкин А. В., Белкина Ю.А.
МГППУ, Москва

Введение

В настоящее время существует проблема

социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Одним из путей решения данной проблемы может служить создание условий, при которых человек с ограниченными возможностями здоровья сможет реализовать свои способности в социально значимой деятельности.

Летом 2011 года во Франции (г.Марсель), во время участия в международном волонтерском проекте по сопровождению людей с ограниченными возможностями передвижения, предложенном Международной Гражданской Службой (Service Civil International), нами были организованы кулинарные мастерские, в которых участвовали резиденты центра проживания M.A.S. « Bellevue » (люди с инвалидностью). Данному мероприятию предшествовало изучение социальной ситуации в данном центре в течение двух лет (во время краткосрочных волонтерских проектов). Обнаружилось, что, несмотря на высококачественную медицинскую и техническую оснащенность центра, частую организацию развлекательных и досуговых мероприятий, присутствует недостаточность социальных мероприятий, способствующих повышению (или поддержанию) автономности людей с ограничениями по здоровью.

В связи с этим, *целью* нашей работы было создание условий, обстановки, в которой люди, имеющие ограничения передвижения смогут эффективно участвовать в социально значимой деятельности.

Мы предположили, что при наличии соответствующих моторных навыков, а также при создании Зоны Ближайшего Развития (ЗБР), то есть таких условий, при которых человек с инвалидностью, будучи не способен выполнить действие в одиночку, является способным его выполнить при наличии некоторой поддержки со стороны, человек с инвалидностью способен эффективно участвовать в социально значимой деятельности. Например, такой как приготовление пищи.

В *задачи* работы входило:

a. Составление списка продуктов, необходимого оборудования, прописывание процесса приготовления на французском языке

b. Выделение основных операций в приготовлении пищи

c. Выделение моторных навыков, владение которыми способствует успешному осуществлению деятельности.

Участники: ведущий, помощники (волонтеры – участники проекта), сотрудники цента (медико-психологическая помощь), резиденты центра M.A.S. Bellevue (n_1=6, возраст 20 - 40 лет, диагнозы: генетические аномалии = 1, церебральный паралич = 2, травма ЦНС =

3; женский пол = 4; n_2= 6, возраст 20-40, диагнозы: церебральный паралич = 2, генетические аномалии = 1, травма ЦНС =3; женский пол = 3)

Методика организации кулинаркой мастерской на примере приготовления яблочного пирога «Шарлотка»

Перед тем, как начать реализацию мероприятия, программы действий была согласована с руководством и персоналом учреждения (повара, сотрудники медико-психологической помощи). Были оговорены принципы, цели, задачи работы, зона ответственности, условия, необходимые для успешной реализации деятельности. После, мы рассчитали и закупили необходимые продукты, и, в предварительно выбранный день, пригласили резидентов для участия в приготовлении пищи.

Непосредственно перед приготовлением пищи было организовано пространство (убраны столы, расставлено кулинарное оборудование). Резидентам, изъявившим желание участвовать в кулинарной мастерской, было предложено вымыть руки*, после чего следовало приготовление яблок (мытье*, вырезание косточек*, резка*) и теста (открытие пакетов с мукой и сахаром, разбивание яиц в блюдо для взбивания теста, высыпание сахара, взбивание массы, добавление муки, размешивание*), форм для выпечки (растопка сливочного масла в кастрюле на плите и смазывание этим маслом форм для выпечки, разложение яблок в формы, добавление изюма, заливание тестом*). После этого пироги были доставлены на кухню для выпечки, использовавшееся оборудование было вымыто и убрано. Спустя несколько часов, пироги были сервированы и поданы к столу.

Методика организации кулинаркой мастерской на примере приготовления «пельменей»

Методика проведения мастерской по приготовлению пельменей имела те же организационные позиции, что и при приготовлении пирогов.

После того, как с руководством были оговорены организационные аспекты деятельности, были закуплены необходимые продукты в соответствии с религиозными аспектами отношения к пище**, и подготовлено рабочее пространство (на столах были разложены заранее приготовленные пласты теста, стояла емкость с фаршем и несколько стаканов), затем, резиденты были приглашены к участию в мастерской.

В процессе участия, резидентам удалось вырезать круги теста стаканами*, класть в центр каждого круга фарш* и слеплять края теста для создания формы пельменя*. Далее, пельмени были отправлены в морозильную камеру до охлаждения, затем сварены и поданы к столу.

Результаты

Результатом осуществления кулинарных мастерских, помимо приготовления пищи (5 яблочных пирогов «Шарлотка» и 200 пельменей) стала успешная организация ЗБР, в контексте которой люди с ограничениями по здоровью смогли успешно участвовать в предложенной деятельности.

Обсуждение результатов

Организация подобных кулинарных мастерских может представлять один из путей социокультурной реабилитации в аспекте повышения автономности человека с ОВЗ.

Один из аспектов повышения эффективности проведения кулинарных мастерских – использование специального дополнительного оборудования, способного повысить степень участия людей имеющих проблемы моторного характера.

Полученные результаты требуют дальнейших, лонгитюдных исследований с применением формально-диагностического инструментария с целью измерения эффективности реабилитационной программы.

Примечание:

Знаком * помечены те операции, в которых требовалась помощь

** был приобретен фарш из халяльного мяса для людей, исповедующих Ислам

Волонтёрство как средство социокультурной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья*

Леханова О.Л., Чистянова М.Н.

ФГБОУ ВПО ЧГУ, г. Череповец

** в рамках Гранта ГК № 14.740.11.0776*

Одной из актуальных проблем современного российского социума является включение детей с ограниченными возможностями здоровья в общество. Это связано в первую очередь с всё возрастающим числом таких детей. Современное российское законодательство, формирующее определенный уровень толерантности к детям с ограниченными возможностями здоровья, отвечает общепризнанным международным стандартам и имеет гуманистическую направленность.

Преобразования, происходящие в общественной жизни нашей страны, существенно меняют объективные условия социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. До недавнего времени работа по социализации детей с ограниченными возможностями здоровья осуществлялась главным образом через систему общепринятых средств общения. В последние годы, благодаря реализации идей гуманизации, демократизации в системе образования детей с ограниченными возможностями здоровья появляются новые формы получения образования, инновационные подходы к обучению. В России создается и функционирует сеть реабилитационных учреждений, школ-интернатов, центров социальной помощи семье и ребенку-инвалиду, спортивно-адаптивных школ для инвалидов и т.д. Тем не менее, существующая государственная система реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья недостаточно эффективно решает их социальные проблемы и требует разработки нового подхода.

При обсуждении вопросов жизнедеятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья основной акцент ставится на социальную защиту инвалида, но не всегда принимается во внимание необходимость многопрофильной социализации, использующей социальные, экономические, психологические, образовательные и другие необходимые технологии. С позиций деятельностного подхода к социализации детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо создать условия для постепенного усвоения детьми социально значимого опыта поведения, норм культуры общения с

окружающими людьми, нравственной и трудовой культуры. Проблемы социальной адаптации и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья решаются в условиях целенаправленного социально-педагогического воздействия через их включение в доступные области бытовой, индивидуальной и общественно значимой деятельности с учетом личных интересов и возможностей детей.

Ограниченные возможности здоровья затрудняют процесс социализации детей, обусловливая трудности в воспроизводстве и усвоении культуры общества, его норм, установок и ценностей. В подобных условиях спонтанное формирование социально здоровой личности оказывается невозможным. Дети с ограниченными возможностями здоровья испытывают воздействие не только средовых и внутриличностных факторов, но и внутренних эндогенных факторов, отягощающих их социальное развитие, затрудняющих социализацию и интеграцию в социум. В соответствии с этим, на современном этапе особенно актуальным становится поиск педагогических возможностей формирования и сохранения социального здоровья дошкольников и детей с ОВЗ и ранней профилактики его нарушений у детей на этапе дошкольного детства.

Дети с нарушениями слуха составляют особую группу детей с ОВЗ [1,2,3]. Вследствие нарушения общения с миром слышащих, они менее адаптированы в обществе. Усвоение социального опыта детьми с нарушением слуха значительно затруднено, и тот обширный познавательный материал, который приобретается слышащим ребенком спонтанно, естественно и сравнительно легко, им дается при условии специального обучения и серьезных волевых усилий. Неблагоприятный опыт ранних этапов онтогенеза, незрелость первоначальных форм социального поведения, невозможность осуществления полноценного общения и разнообразной совместной деятельности со сверстниками и взрослыми провоцирует появление у глухих детей дезадаптивных поведенческих реакций, социальных девиаций, а нередко и асоциальных форм поведения. Особенно отягощается развитие глухих детей в условиях их пребывания в учреждениях интернатного типа.

В подобных условиях основная проблема социализации связана с отклонениями от нормального становления личности. Это проявляется в эмоционально-волевой сфере, нарушении социального взаимодействия, неуверенности в себе, снижении самоорганизованности и целеустремленности, что приводит к значительному ослаблению «силы личности». Личностная

депривация воспитанников детских домов и интернатов заключается в нарушении отношения к самому себе, в формировании своего «Я». У них преобладает либо заниженная самооценка, либо завышенная. **Негативные тенденции развития личности сохраняются во всех возрастных группах и проявляются в нарушении совместной деятельности, трудностях социального взаимодействия, в повышении конфликтности и отклонениях в формировании общепринятых норм поведения.** Воздействие массы неблагоприятных факторов обусловливает необходимость организации систематической и целенаправленной работы по обеспечению их социализации, социальной адаптации и социокультурной реабилитации глухих детей, воспитывающихся в условиях интернатного учреждения.

Изменения в теории и практике воспитания детей с недостатком слуха требуют переосмысления форм и средств, условий и содержания воспитания детей. В последние годы в системе специального образования появились новые формы обучения, инновационные подходы и технологии, ориентированные на решение задач социализации в системе специального образования. В настоящее время проблемы социальной адаптации и реабилитации детей с ОВЗ решаются в условиях целенаправленного социально-педагогического воздействия через их включение в доступные области бытовой, индивидуальной и общественно значимой деятельности с учетом личных интересов и возможностей детей.

С целью уточнения и конкретизации данных об особенностях социального развития глухих учащихся школы-интерната нами был проведён констатирующий эксперимент. На основе анализа психолого-педагогической документации, индивидуальных профилей развития детей, анкетирования педагогов, наблюдения за детьми были выделены основные проблемы социального развития, требующие не столько помощи специалистов, сколько организации особой социальной среды существования. Перечислим наиболее острые проблемы: 1) дети не умеют правильно организовывать свой быт, распоряжаться деньгами; 2) дети не знают, как правильно ухаживать за своими вещами, телом и волосами; не умеют завязывать новые знакомства (особенно в кругу слышащих); 3) дети не хотят сотрудничать между собой и со слышащими, принимать участия во внеклассных, развивающих мероприятиях, научиться чему-нибудь новому; 4) дети не заинтересованы в общении со слышащими людьми, в жизни за пределами интерната, в получении новых знаний, в саморазвитии и самосовершенствовании; 5) дети не ценят труд других

людей, свои вещи. Таким образом, мы имеем потребность в интеграции детей с нарушениями слуха в общество слышащих, а так же потребность в профилактике и коррекции социальной дезадаптации.

Наличие потребности глухих детей в полноправной жизнедеятельности в обществе и недостаточная разработанность вопроса о системе специальных условий, способствующих социализации детей данной категории побудили нас разработать и реализовать проект студенческой волонтёрской деятельности по социализации и социокультурной интеграции глухих детей.

Для реализации проекта была создана рабочая группа, в которую вошли студенты 4 курса, обучающиеся по специальности 050717 при кафедре Дефо ФГБОУ ВПО ЧГУ. Основная часть эксперимента была реализована в рамках внеурочной деятельности детей. Идея проекта строилась с учётом основных характеристик и признаков волонтёрской деятельности, её идеологии и принципов. Мы исходили из имеющегося в мировой и отечественной практике опыта преодоления социальной дезадаптации детей посредством помощи волонтёров. Волонтёр в данном случае выступает как связующее звено между внешним миров и миром глухих детей, реализуя позитивные и гуманные установки общества. Волонтерство таким образом в рамках нашего проекта выступило как форма помощи в социализации детей с нарушениями в развитии, а также как одна из форм интеграции детей с нарушениями в развитии. Посредством волонтерской деятельности мы стремились совершить наиболее «безболезненную» интеграцию детей с нарушениями слуха в общество слышащих. Второй базовой идеей стала идея проектной деятельности. Ограниченность сроков реализации, возможность достаточно быстро оценить правильность выбранных ориентиров и эффективность подобранных средств делает проект удобным средством социального развития социума на микро и макро уровнях. Помимо этого проект позволяет обеспечить учёт психологических и индивидуальных особенностей детей с нарушением слуха, подготовить их к самостоятельной жизни, поддержать и оказать помощь при вступлении во «взрослую жизнь». Мы стремились разработать содержание проекта таким образом, чтобы помочь детям в приобретении и усвоении определённых ценностей и общепринятых норм поведения, необходимых для жизни в обществе.

Волонтёрская проектная деятельность по социализации и социокультурной интеграции глухих учащихся, воспитывающихся в школе-интернате I вида была ориентирована на решение трёх блоков

задач: 1) задачи, связанные с организацией среды обитания детей - «Мир вокруг меня» (научить детей правильно организовывать свой быт, приспосабливаться к самостоятельной жизни; следить за своими вещами; декорировать одежду; изготавливать элементы интерьера своими руками); 2) задачи, связанные с самоорганизацией и саморазвитием детей - «Мир ″Я″» (научить детей ухаживать за своим телом, волосами; прививать интерес к прекрасному, развивать эстетические чувства; работать над повышением самооценки детей; 3) задачи, связанные с самореализацией детей «Мир других» (прививать интерес к жизни за пределами интерната; мотивировать на общение со слышащими; обеспечить формирование мотивации к познанию нового, к овладению новыми навыками).

В соответствие с выделенными задачами было разработано содержание и выделены организационные условия. Проект был реализован на базе МОУ «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат I вида» г. Череповца в течение 3,5 месяцев. Мнения экспертов, самоотчёты детей и наши наблюдения позволили оценить эффективность проделанной работы и определить результаты реализации проекта. В целом можно констатировать, что в результате реализации проекта: дети стали более уверенно чувствовать себя в коллективе слышащих людей; они усвоили некоторые правила и нормы организации социальной среды и существования в ней; у многих учащихся появилось стремление к саморазвитию и самоорганизации; дети научились эффективно и продуктивно сотрудничать друг с другом; они освоили ряд социально-бытовых умений, необходимых для успешной социальной адаптации и интеграции.

Таким образом, в проведённом исследовании проблема сохранения социального здоровья глухих учащихся, обучающихся в школе – интернате I вида нашла своё теоретическое обоснование и практическое решение. Результатом исследования стало выделение особенностей социального развития детей с нарушениями слуха, воспитывающихся в закрытом образовательном учреждении; логическое обоснование, разработка и содержание студенческой волонтёрского проекта, направленного на обеспечение сохранения социального здоровья глухих учащихся. Практическая значимость исследования заключается в возможности многократного использования разработанного проекта в работе по обеспечению социализации, социокультурной интеграции и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, в привлечении учащейся молодежи к решению острых социальных проблем общества, а также

в расширении спектра средств интеграции глухих детей в общество слышащих.

Литература

1. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети. – М., 2003.
2. Розанова Т.В., Соловьев И.М. Психология глухих детей. – М., 2001.
3. Цукерман И.В. Глухота и проблема общения. –СПб., 1980.

Театральная анимация в системе социокультурной реабилитации молодых инвалидов

Моздокова Ю. С.
Российский государственный социальный университет, г. Москва

В формировании адекватности и комфортного психологического самочувствия личности современного человека, как здорового, так и с ограниченными возможностями здоровья, немаловажное значение занимает внешность, часть которой составляет такое явление как мода, влияющая не только на внешний облик, но и на степень психологической уверенности в различных вариантах коммуникации. Отсутствие желаемого образа, а также осознание причин, мешающих его достижению, создает ощущение неполноценности и отчужденности.

Термин «мода» (лат. «modus» - мера, правило, подписание, способ, образ) в словаре В.И. Даля определяется как «ходячий обычай; временная, изменчивая прихоть в обществе, в покрое одежды и в нарядах».

Мода - явление целостное и универсальное, оно отражается на самых разных областях жизнедеятельности человека: экономической, психологической, эстетической, социальной и пр.

Углубление в мир знаний о формировании личного образа, о тенденциях моды и грамотном включении ее элементов в среде молодых инвалидов осуществляется путем разнообразия форм занятий в системе реабилитационных учреждений. Один из таких – городской социально-культурный центр «Надежда» (ВАО г. Москва). Данная работа имеет ярко выраженный анимационный эффект, активно влияющий на успех реабилитационного процесса. Таким образом, путем изучения, осмысления видов и направлений моды в разные исторические периоды и на современном этапе мотивирует не

только интерес, но и рождает мотивацию модно и грамотно формировать личный имидж, помогающий достижению желаемого социального статуса, определению возможной ролевой модели в социуме, результаты которых создают ощущение самодостаточности, психологического спокойствия, равновесия, уверенности.

Стремительно меняющиеся условия современной жизни требуют от человека умения соответствовать выдвигаемым требованиям, поэтому каждая личность (в том числе человек с инвалидностью) должна овладеть технологиями психологической устойчивости, чтобы успешно реализовывать себя в разнообразных жизненных ситуациях и в необходимых видах деятельности. Этому помогает мода как форма личного самовыражения и демонстрации избранного образа жизни, который позволяет человеку чувствовать себя комфортно в различных условиях. Поэтому такое существенное внимание уделяется молодыми людьми внешнему виду, манерам, стилю одежды и поведения. Предпосылкой любой деятельности человека, в том числе инвалида, является комплекс потребностей – в труде, созидании, познании, самореализации, общении, нравственные и духовные потребности. Удовлетворению данных потребностей во многом способствует мода.

В ГСКЦ «Надежда» создан уникальный коллектив Дизайн-театр «Лотос» (авторы и руководители: Сергеева Любовь Александровна, Эрднеева Валентина Александровна, Руцкая Жанна Юрьевна). Целью деятельности коллектива является реализация программы социально-культурной реабилитации молодых инвалидов, основанной на театральной анимации. Она имеет художественно-эстетическую направленность с акцентом на психолого-педагогические способы работы специалистов. Путем углубления знаний о значении костюма в жизни народов и тенденциях развития модных течений анимационная направленность позволяет осознанно подойти к формированию личного имиджа, преодолеть психологические комплексы, связанные с физическим дефектом здоровья у молодых людей с инвалидностью.

Используемый на занятиях в «Дизайн-театре» моды игровой компонент способствует созданию позитивного мироощущения, комфортной коммуникативной среды.

Анимационный результат прослеживается уже в самом функциональном наборе направлений моды.

Функция социализации – мода как средство приобщения инвалида к социальному и культурному опыту социума. Участие в развитии модных направлений взаимосвязано с усвоением основных социальных норм и ценностей. Благодаря творческой деятельности по

созданию модных образцов одежды, аксессуаров и других элементов, облегчается процесс формирования социально-культурной состоятельности молодых людей.

Коммуникативная функция – способность передавать информацию средствами семиотической системы, отраженной в современных стилях модной одежды, тем самым способствовать более полной реализации личности в процессе общения. Иными словами одежда несет информацию о своем носителе, создавая то или иное представление о нем.

Функция релаксации – преодоление монотонности повседневной жизни путем привнесения в личный образ новых, порой смелых и неожиданных решений, тонизирует психологический настрой, позволяет взглянуть на себя иначе, оценить все «за» и «против». Модные элементы становятся средством получения анимационных результатов.

Воспитательная функция моды реализуется в стремлении грамотно и адекватно, в меру и к месту в каждой конкретной ситуации применять тот или иной стиль, акцентируя «выигрышные» элементы, руководствуясь нравственно-эстетическими принципами культуросообразности.

Инновационный компонент анимационной работы «Дизайн-театра» состоит в перенесении созданных молодыми инвалидами личных образов на различные сферы их социально-экономической и культурной жизни в социуме.

В содержание регулярных занятий, которые проводятся в соответствии с разработанной руководителями коллектива программой «Воспитание модой» (срок реализации: 3 года) входит тематический подбор - «Демонстрация коллекции: дефиле», «Демонстрация одежды: хореография», «Создание коллекций: рисование и конструирование». Введение занятий хореографией и дефиле - необходимая составляющая в создании необходимого образа.

На занятиях молодые люди апробируют себя в танцевальных видах движения (спортивные, эстрадные, бальные танцы), постигая личные физические и психологические возможности, приобщаются к своеобразию танцев народов мира, которые часто используются для показа коллекций и в показательных мероприятиях ГСКЦ «Надежа». Дефиле (демонстрация одежды на подиуме) помогает освоить премудрости поведения на сцене, формируют навык свободного движения в образе, умения демонстрировать себя и свой костюм на аудиторию.

Хореография позволяет уделять особое внимание осанке, положению корпуса, плеч, головы, рук во время движения и в состоянии покоя. Музыкальное сопровождение помогает не только ритмично двигаться, но и создавать позитивное настроение при формировании модельного образа. Движение способствует выравниванию психологического самочувствия молодых людей с инвалидностью, которые получают не только эстетическое, но и психофизическое удовольствие от его красоты и легкости.

Театр моды - современный жанр сценического искусства (синтез моды, музыки, эстрады и театра), а также интерактивный вид анимационной деятельности в досуге современной молодежи.

Теоретический ряд содержания программы включает изучение понятия «стиля», отражающего социально-историческую природу моды, поскольку в коллекциях присутствует использование разных стилей, появляется широкая тематика, сюжеты, образы как отражение культурных приоритетов, материального быта человека того или другого времени, которые все вместе и определяют стиль жизни.

Анимационная цель программы:

- преодоление признаков социального и духовного отчуждения, основанного на развитии творческого отношения к себе, окружающему миру и формирование навыков художественно-эстетического анализа средствами моды.

Задачи программы:

- развитие мотивации каждой личности молодых инвалидов к общению, познанию и социальному творчеству, основанному на активном преобразовании окружающей действительности;
- развитие коммуникативных навыков в совместной деятельности;
- формирование компетенций, необходимых для самореализации в современном обществе;
- содействие профессиональному самоопределению;
- коррекция психофизической недостаточности;
- содействие поиску индивидуального образа и выработке собственного стиля. *Срок реализации* программы: три года.

Оценочный механизм эффективности проведения театральной анимации:

- устные формы проверка определения прочности и осознанности знаний (опрос, беседы, игровые формы, конкурсы);
- деятельностное оценивание в практических заданиях (задания, качество творческих работ, степень личного участия в коллективной деятельности, техничность);

• психологическое оценивание коррекционно-анимационного воздействия (комплекс психологических методик, с участием психолога).

Основные *критерии оценки*:

• соответствие созданной творческой работы гигиеническим, эргономическим, эстетическим и др. требованиям;

• степень самостоятельности выполнения, креативности;

• соблюдение технологической последовательности трудовых приемов;

• уровень технической грамотности в применении теоретических знаний;

• соблюдение правил техники безопасности и гигиены труда.

Оценка творческих работ складывается из следующих *критериев:*

• самостоятельность в поисках путей самовыражения;

• навык мыслить, найти нетрадиционное, неординарное решение проблемы;

• грамотность применения теоретических знаний в творческих работах.

Анимационные результаты работы по программе**:**

- владение достаточным объемом коммуникативных навыков, умение адекватно строить отношения с различными коллективами и отдельными индивидуумами,

- определение возможной социальной роли в соотнесении со своими психофизическими возможностями;

- отсутствие (или значительное снижение) психологических признаков социальной отчужденности;

- активизация жизненной позиции, основанной на прочности поставленной жизненной цели и программы ее достижения;

- проявление признаков психологической самодостаточности в творческой деятельности и позиционировании ее результатов;

- владение комплексом приемов и методов выхода из психологически трудной жизненной ситуации и другие.

Эффективность проведения программы достаточно определенная – получение ожидаемых результатов, соответствующих возможностям конкретной личности молодого инвалида, овладение им набором знаний и навыков, достижение того или иного уровня адекватного психо-эмоционального самочувствия. Другой оценочной категорией программы является и та степень востребованности ее в среде инвалидизированной молодежи. Учитывая, что ГСКЦ «Надежда» представляет собой интегрированную модель проведения

социокультурной реабилитации, популярность описываемого коллектива и его программного обеспечения пользуется популярностью и среди здоровых молодых людей, посещающих данное учреждение.

Литература

1. Гофман А.Б. Мода и люди. - С-Пб.: Питер,2004.
2. Короткова М.В. Культура повседневности. История костюма. – М.: Владос, 2002.
3. Современная энциклопедия. Мода и стиль. – М.: «Аванта+», 2002.
4. Театр, где играют дети / Ред. А.Б. Никитиной. – М.: Владос, 2001.
5. Титов В.А. Общая психология. – М.: Триор-издат, 2002.

Возможности применения арт-терапии на разных этапах лечебно-реабилитационной работы при психических расстройствах

Назарова Н.Р.

ПНД №5 Красногвардейского р-на г. Санкт-Петербурга, Санкт-Петербургский государственный университет культуры и искусств

По мнению М.М. Кабанова [3], задача сегодняшней реабилитации состоит в том, чтобы, опираясь на личность больного, восстановить (сохранить) его индивидуальную и общественную ценность. В связи с этим, по мнению М. Бурно [1], необходимо использовать различные приемы лечения вдохновением, творчеством и средствами культуры. Мы рассмотрим возможности применения арт-терапии в лечебно-реабилитационной работе с пациентами, имеющими различные психические расстройства.

Вслед за многими авторами и, придерживаясь взглядов А.И. Копытина, будем определять арт-терапию как «совокупность приемов лечебно-реабилитационного и психопрофилактического воздействия, связанных с изобразительной деятельностью пациентов с разной психической и соматической патологией» [4, с.3].

К. Вуд [7] считает, что особенно активно арт-терапия в западных странах внедрялась в деятельность больниц и реабилитационных центров в период с конца 1930-х до начала 1950-х гг. и использовалась в русле реабилитационного подхода для военнослужащих, пострадавших в годы войны. По словам К. Вуд, арт-

терапия связывает представление об исцеляющих возможностях изобразительного искусства с его способностью быть средством передачи внутренних конфликтов, в особенности «страхов, преследовавших многих людей на рубеже веков. Две мировые войны убедили людей в том, что невинный фасад человеческого существования скрывает весьма серьезные проблемы» [7, p. 151]. В те годы арт-терапия использовалась лишь как вспомогательное средство в лечебном процессе. Пациенты могли приходить в студии для занятий изобразительным творчеством, но основное лечение проводили психиатры или психотерапевты.

Послевоенный этап развития арт-терапии связан с именами таких западных художников, как А. Хилл, Э. Адамсон, Р. Саймон, Э. Ульман, Э. Крамер, организовавших художественные студии в госпиталях, больницах для взрослых и лечебно-коррекционных учреждениях для детей в Великобритании и США. Теория арт-терапии развивалась в 1950-1960-е гг. под влиянием медицинских взглядов больниц, на базе которых использовалась эта форма лечения. Наблюдения за тем, какое влияние оказывают занятия изобразительным творчеством на состояние человека, помогая его излечению и развитию, способствовали тому, что арт-терапия стала постепенно рассматриваться в качестве самостоятельного психотерапевтического метода.

Термин «арт-терапия» в настоящее время используется для обозначения сильно различающихся практик в образовании, реабилитации и психотерапии.

В нашей стране в два последних десятилетия проводились и проводятся исследования, изучающие диагностические и лечебно-реабилитационные возможности арт-терапии в различных психиатрических учреждениях (авторы Хайкин Р., Бурно М., Ионов О., Копытин А., Борщевская И. и Шереметова С., и др.). По данным исследования Ионова О., рост уровня психосоциальной адаптации в ходе арт-терапевтического процесса является результатом улучшения саморегуляции, самопонимания и развития возможности самовыражения, усиления личностной автономии, стабилизации системы социально-значимых взаимоотношений и формирования творческих интересов [2].

Копытин А. [4] предлагает системный подход к арт-терапии (САТ), разрабатывая теорию и методологию данного подхода. В рамках данного подхода он исследует лечебно-реабилитационные и психопрофилактические воздействия арт-терапии на больных с различными психическими расстройствами и дестигматизирующие

эффекты, связанные с пропагандой и показом творческих достижений душевнобольных в обществе. Важнейшими теоретико-методологическими элементами САТ являются следующие:

- концепция личности как системы отношений человека с окружающей его средой;

- концепция творчества как специфически человеческого, личностного способа деятельности (культурного производства) и универсального механизма адаптации и защитно-приспособительного поведения личности, реализуемого в ситуации психического расстройства [4, с.71].

По мнению А. Копытина, в процессе арт-терапии личность может проявиться наиболее целостно, во всей полноте своих патологических и здоровых проявлений, реализовать свой внутренний саногенный потенциал, активно использовать компенсаторные механизмы, либо скорректировать и развить сохранные функции. В творчестве, считает автор, проявляется индивидуально неповторимый комплекс эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих особенностей личности, своеобразие ее отношения к себе и другим людям, болезни и лечению. А. Копытин в рамках САТ говорит о личности как субъекте культуры, не только являющейся продуктом данной культуры, но и творцом, участвующим в процессах культурного производства [4, с.72].

По данным исследования Копытина А., значимым фактором устойчивой психосоциальной адаптации при проведении системной арт-терапии у больных с различными психическими расстройствами является усиление творческой направленности личности посредством вовлечения пациентов в тот вид творческой деятельности, который в наибольшей степени соответствует их индивидуальным наклонностям и культурному опыту [4, с.308].

В ходе исследования, проведенного Копытиным А.И. совместно с Богачевым О., подтвердилось предположение о целесообразности проведения длительного курса арт-терапии, охватывающего этапы стационарного лечения, реабилитации и постстационарного сопровождения. Используются три варианта арт-терапии: арт-терапия как форма образовательного воздействия, арт-терапия как исцеляющая практика и арт-психотерапия. Проведённые исследователями наблюдения и полученные результаты, показывают, что пролонгированный характер арт-терапевтической программы, варьирование на этапах лечебно-реабилитационного процесса различных приёмов работы и поощрение самостоятельной творческой

активности за пределами группы делают эти практики дополняющими и усиливающими друг друга [4, с.303].

По мнению Назырова Р.К. [6], транстеоретическая основа арт-терапии позволяет использовать большое разнообразие способов арт-терапевтической работы в соответствии с той средой, в которой находится пациент. Так на этапе обострения заболевания (кризисная среда) автор предлагает использовать арт-терапию как терапию занятостью, помогающую снизить психологическое напряжение, вызванное болезнью и нахождением в больничной среде, и повысить мотивацию к лечению. На этом этапе арт-терапия ставит своей целью вовлечение пациентов в творческую, изобразительную деятельность. Наш практический опыт показывает важность раннего начала арт-терапии в госпитальной среде, что позволяет пациенту быстрее и легче адаптироваться в больничных условиях, включиться в творческую деятельность, преодолеть апатию, начать «оживать» эмоционально.

На следующем этапе (лечебная среда) арт-терапия выступает как психотерапия, направленная на решение следующих задач: прояснение отношения пациента к себе, к своему заболеванию, к лечению, работа над взаимоотношениями пациента с другими пациентами и с медицинским персоналом лечебного учреждения.

На данном этапе в зависимости от нозологии пациентов возможно применение разных вариантов групповой арт-терапевтической работы. Обобщив опыт разных специалистов, Копытин А. отмечает, что студийный вариант арт-терапии может быть показан пациентам с хроническими психическими заболеваниями, при наличии у них умеренного либо выраженного снижения эмоционально-волевых и коммуникативных возможностей. Динамический вариант групповой арт-терапии, предполагая более важную роль групповых отношений и вербальной обратной связи и неоднократно меняющийся на протяжении занятий характер процесса взаимодействия, может быть показан пациентам с пограничными психическими расстройствами. Тематический вариант построения занятий, благодаря богатым возможностям для регулирования ведущим интенсивности и направленности взаимодействия, может рассматриваться как имеющий достаточно широкое применение к использованию. Он допускает участие как пациентов с хронизированными, так и подострыми психотическими состояниями (после купирования психотических симптомов), а также с пограничными психическими расстройствами [4, с.60].

Наш практический опыт показывает возможность комбинирования студийного и тематического подходов [5], что дает определенные преимущества в работе с пациентами. Студийные арт-терапевтические группы с элементами тематического подхода обладают значительными возможностями: позволяют вовлекать в арт-терапевтический процесс максимально широкий круг пациентов, гибко варьировать материал, темы и формы художественной практики в зависимости от состояния и потребностей больных. Такие группы, на наш взгляд, могут выступать одной из наиболее оптимальных организационных форм арт-терапевтической работы, ориентированной на решение задач реабилитации.

На лечебном этапе арт-терапия подразделяется на два подвида: арт-терапия как часть системы клинической психотерапии, и арт-терапия как психосоциальная терапия. Этот этап направлен на развитие социальных навыков и возможностей пациентов, включается в программы повышения социальной компетентности.

На третьем этапе (реабилитационная среда) арт-терапия выступает в роли психосоциальной реабилитации, решая задачи прояснения и формирования отношения пациента к своей социальной роли, к труду, работая над отношениями пациента с его родными и близкими, взаимоотношениями пациентов между собой. На данном этапе арт-терапия становится частью процесса развития автономного существования пациента, помогая сформировать модель самостоятельного функционирования личности.

Важную роль на данном этапе играет поддержка специалистом творческих занятий пациентов за рамками индивидуальных и групповых арт-терапевтических сеансов. Одной из форм поддержки, по мнению Копытина А., может выступать организация выставок художественных работ пациентов, их вовлечение в творческие объединения, издание сборников и каталогов с их работами [4, с.309]. При этом чрезвычайно важно показать, что творчество душевнобольных является частью культуры человечества, и что культура обогащается и получает новые стимулы для своего развития благодаря «диалогу» и взаимообмену между различными ее составляющими, разными сообществами людей и разными сферами человеческого опыта [4, с.285].

Мы согласны с мнением Копытина А., что при реализации выставочных проектов представляется ценным не выделение особенностей художественных работ пациентов с психической патологией, а подчеркивание того, что может сближать «особых художников» с аудиторией, в частности, наличие у них общего опыта,

верований, установок и ценностей. К таким, считает Копытин А., можно отнести признание ценности творческой деятельности, позволяющей достичь большей самореализации, справиться с болезнью и сложными жизненными ситуациями. Следует отметить важность личностной позиции авторов, позволяющей, несмотря на обстоятельства, создавать нечто уникальное, выражать свое отношение к миру, а также обращение к духовной культуре как важнейшему ресурсу и фактору достижения более высокого уровня психосоциальной адаптации и качества жизни [4, с.284].

Наш практический опыт показывает, что длительная арт-терапевтическая работа, охватывающая все этапы лечебно-реабилитационного процесса, хоть и не решает всех проблем пациентов с психическими расстройствами, но значительно воздействует на улучшение функционирования таких пациентов в обществе. Отметим случаи возвращения пациентов к работе по специальности, создание прочных личных взаимоотношений, активное участие в творческих коллективах разной направленности, продолжение самостоятельного творчества за рамками лечебно-реабилитационного учреждения.

Литература

1. Бурно, М.Е. Терапия творческим самовыражением. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Академический Проект, 2006. – 432 с.

2. Ионов, О. А. Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных: автореф. дис. … канд. мед. Наук: 14.00.18 / О. А. Ионов; ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. – М., 2004. – 27 с.

3. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных. – Л.: Медицина, 1978. – 232 с.

4. Копытин, А.И. Арт-терапия психических расстройств. – СПб: Речь, 2011. – 368 с.

5. Назарова, Н.Р. Арт-терапия как средство психосоциальной реабилитации психически больных// Практическая арт-терапия: лечение, реабилитация, тренинг/ под ред. А. И. Копытина. – М.: Когито-Центр, 2008. – С. 213-231.

6. Назыров, Р.К. Место арт-терапии на этапах лечебно-реабилитационного процесса. Лекция, прочитанная в СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Март, 2011.

7. Wood, C. The history of art therapy and psychosis 1938-95 // Art, Psychotherapy and Psychosis / ed. K. Killick and J. Schaverien. – London: Routledge. – 1997. – P. 144-175.

Особенности эмпатии как составляющей эмоционального интеллекта у подростков с задержкой психического развити

Окулова Е.Л.

Вятский государственный гуманитарный университет
г.Киров, Кировская область

Современный этап развития общества и системы образования характеризуется усилением внимания к детям, имеющим особые образовательные проблемы. В этой связи вполне понятен интерес, который все более актуализируется в исследованиях, посвященных вопросам развития духовного потенциала личности. Среди них особенное значение имеют психологические разработки проблемы эмпатии, которая является ведущей социальной эмоцией и оказывает значительное влияние на характер отношений личности к внешнему миру, к себе, другим людям. А так же изучение эмоционального интеллекта, который в наибольшей степени реализуется в партнерских отношениях и проявляется в умении понять ощущения других, обращаться к чувствам другого, в возможности показать собеседнику, что его понимают. В структуру эмоционального интеллекта П. Лазарус относит пять составляющих: самосознание, эмоциональная саморегуляция, мотивация, эмпатия, социальные навыки [7]. Эмпатия при этом рассматривается как необходимая и обязательная составляющая в структуре тех способностей, которые обеспечивают индивиду успешность в общении, в личной жизни и профессиональной деятельности.

Актуальность выбранной темы определяется актуализацией взаимоотношений между людьми, построенных на гуманистической основе. Особую значимость приобретает процесс формирования эмоциональной стороны отношений в системе «человек-человек», развитие личности, способной к сочувствию, сопереживанию, восприятию эмоциональных проявлений других людей. Проблема изучения эмоционального интеллекта, а в частности эмпатии и ее влияния на развитие личности особенно важна для детей с особыми образовательными потребностями, в частности для подростков с задержкой психического развития. Специальная психология в настоящее время уже располагает значительными сведениями о конкретных проявлениях, особенностях развития лиц с задержкой психического развития. Специфика эмоционально-волевой регуляции лиц с задержкой психического развития в значительной мере

выражает собой сущность специфики задержки психического развития как аномальной формы развития психики.

Интерес к изучению проблемы эмпатии, и в частности эмпатии подростков, неугасающий в течение многих десятилетий продиктован огромной важностью этого механизма в развитии личности и нравственных чувств человека, общении. Помощь в решении проблем общения, взаимопонимания является важнейшей задачей социального воспитания подростков. Одним из условий успешности общения человека с другими людьми является развитость его эмоциональной сферы, проявляющаяся в способности сопереживать другим людям: прежде всего, чувствовать их боль как свою, их радости и горе как свои. Проявление этой способности в значительной мере связано с тем, каков круг людей, включаемых человеком в категорию «мы», каково его окружение.

В подростковом периоде особенно велика потребность в дружеских отношениях, которые предполагают стремление к полному пониманию и принятию другого, определяя интимно-личностный характер общения со сверстниками, а позднее и со значимыми взрослыми. При этом эмпатия в большинстве исследований рассматривается как условие, необходимое для успешного осуществления процесса межличностного взаимодействия. Способность к эмпатии является основой для дружеских отношений, которые занимают огромное место в межличностном общении подростка.

Недооценка важности развития эмпатии у подростков, что возникают затруднения во взаимоотношениях подростков не только с разным уровнем психического развития, но и среди нормально развивающихся сверстников. Особенно ярко это проявляется в процессе обучения в среднем и старшем звене школы. Поэтому проблема развития эмпатии в подростковом возрасте сегодня так важна. Лица с задержкой психического развития, завершая обучение, вынуждены покинуть привычную для них среду общения и устанавливать новые социальные связи с малознакомыми сверстниками. Чем выше у них уровень эмпатии, тем больше возможностей установить дружеские отношения, найти поддержку и понимание среди сверстников. В данной работе мы исследуем особенности эмпатии лиц с задержкой психического развития в подростковом возрасте.

Целью нашего исследования выступило изучение психологических особенностей эмпатии у подростков с задержкой психического развития (ЗПР).

Сравнение полученных результатов у подростков с ЗПР и нормально развивающихся сверстников показало совпадение направленности эмпатии на качественном уровне: обе группы испытуемых показали наибольшую выраженность эмпатии к родителям, и наименьшую ее выраженность к животным.

Качественный анализ данных, полученных с помощью методики экспресс-диагностики эмпатии И.М. Юсупова, не выявил различий в направленности эмпатии у двух групп испытуемых.

Количественный анализ данных показал значимый уровень различий общей выраженности эмпатии, более низкой у подростков с ЗПР в сравнении с нормально развивающимися сверстниками.

Обратим внимание на распределение выраженности эмпатии у двух выборок: у подростков с ЗПР распределение выраженности эмпатии, главным образом, сосредоточено на очень низком, низком и среднем (нормальном уровне в интерпретации А. Меграбяна, Н. Эпштейна) уровне. У подростков с НПР распределение выраженности эмпатии представлено низким, средним, высоким и очень высоким уровнями. Это даёт нам возможность наглядно зафиксировать значимые различия выраженности эмпатии у двух представленных групп испытуемых.

Таким образом, особенностью эмпатии у подростков с задержкой психического развития является более низкий уровень ее сформированности и направленности по отношению к различным объектам.

Выраженность эмпатии и ее компонентов определяется рядом факторов и условий социального развития подростков:

Незрелость аффективно-волевой сферы подростков с задержкой психического развития и явление психического инфантилизма.

Негрубые нарушения познавательной деятельности.

Воспитание в неблагополучных семьях или в условиях не адекватных возможностям и потребностям ребенка.

Личностные особенности подростков с задержкой психического развития, такие как конфликтность, агрессивность, меньшая потребность в общении со сверстниками, наличие негативных установок на перспективу построения продуктивных межличностных отношений со сверстниками.

По результатам исследования обозначились перспективы дальнейшей работы в направлении психолого-педагогического и коррекционного воздействия в целях полноценного развития эмпатии, как «ядерного» образования личности у подростков, а так же более

подробного изучения взаимосвязей между уровнем развития эмпатии и эмоционально интеллекта.

Список литературы

1. Гаврилова, Т.П. Анализ эмпатийных переживаний младших школьников и младших подростков [Текст] / Т.П. Гаврилова В сб. «Психология межличностного познания» // Под ред. А.А. Бодалева. - М.: Педагогика, 1981. - 178 с.

2. Кузьмина, В.П. Формирование эмпатии у младших школьников к сверстникам в зависимости от детско-родительских отношений в семье [Текст] / В.П. Кузьмина // Автореф. дис. канд. пс. наук. - Н.Новгород, 1999. - 18 с.

3. Ульенкова, У.В. Дети с задержкой психического развития. Изд. Второе, испр. И доп [Текст] / У.В. Ульенкова. - Н.Новгород: НГПУ, 1994. – 230 с.

4. Юсупов, И.М. Психология эмпатии [Текст] // (Теоретические и прикладные аспекты). Автореф. дис. ... д-ра пс. наук./ И.М. Юсупов. - СПб., 1995. - 35 с.

5. Lazarus P. Emotional intelligence: A Paradigm for Education in the New Millennium. //International School Psychology Association XXII Annual Colloguium Kreuztingen /Konstanz Switzerland /Germany Theme and scientific program Global thinkhg - individual acting July 30th to August 3 rd 1999. – C. 66.

География и виды безбарьерного туризма в России

Похилько Д.Н.
Северо-Кавказский Государственный Технический Университет,
г. Ставрополь

В работе рассмотрен процесс развития туризма для людей с ограниченными возможностями в России и за рубежом, проанализированы исследования рынка данного сегмента, приведен опыт работы российских турфирм в оказании услуг для людей с ограниченными возможностями.

Ключевые слова: туризм для людей с ограниченными возможностями, безбарьерный туризм, развитие, люди с ограниченными возможностями, услуги, сегмент, интеграция.

Цель написания статьи состоит в выявлении географии и видов туризма для людей с ограниченными возможностями в России.

В настоящее время, во многих туристически развитых странах, путешествия для людей с ограниченными возможностями являются одним из самых интенсивно развивающихся сегментов туристического рынка. За рубежом, для обозначения этого вида туризма используют термин «доступный туризм» (accessible tourism) или «туризм для всех» (tourism for all). По данным ООН, в мире около 650 млн. инвалидов (около 10%). В странах Европы, по данным Евростата, инвалиды составляют от 22% до 37% населения. 11% всех туристических поездок в Европе и 7% поездок во всем мире совершают путешественники с особыми потребностями. Чаще всего они путешествуют с членами семьи, друзьями или опекунами [1].

В России тему путешествий инвалидов больше знают в теории. В истории российского туризма существует больший пробел относительно требований организации туризма для людей с ограниченными возможностями. И вместе с тем, такой туризм нужен России, как социальное явление, как форма реабилитации и интеграции инвалидов в общество. Ведь путешествия - один из лучших способов почувствовать в себе жизненный тонус. В нашей стране данный сегмент туристического рынка называют «туризмом для инвалидов». Встречаются и другие термины – «туризм для всех», «доступный туризм», «инклюзивный туризм». В последнее время все чаще встречается термин «безбарьерный туризм».

Данная категория туристов составляет около 1.3% от всей массы туристов в России [3]. При этом в нашей стране турист с особыми потребностями лишен возможности осуществить путешествие без сопровождения, что является следствием недостаточно оборудованных для этой категории людей мест общего пользования, транспорта, гостиничных предприятий и т.д. Такие путешественники более тщательно подходят к выбору места отдыха. По мнению экспертов, предоставивших материал сайту Российского союза туриндустрии «Санкуртур» [3], основными причинами малого спроса в данном сегменте являются:

- страх и неизбежный дискомфорт, обусловленный ограниченными возможностями передвижения или когнитивных способностей у людей с нарушениями зрения и слуха;

- недостаточность информирования заинтересованной аудитории;

- не приспособленность туристических объектов, средств размещения и транспорта;

- отсутствие законодательной базы;

- отсутствие источников финансирования.

Как показали исследования экспертов, клиентов безбарьерного туризма интересует, прежде всего, возможность получить квалифицированную медицинскую помощь, уровень доступности в отелях и специальные возможности на экскурсиях. Поэтому, выбрав курорт, который им подходит, они часто возвращаются туда. Кроме того, такие путешественники отдыхают в низкий сезон, чтобы избежать переполненных мест, и отдыхают дольше, чем обычные туристы. Туристы с особыми потребностями вынуждены выбирать отели от 3 до 5 звезд. Отели бюджетного уровня - одна или две звезды - составляют лишь 10,62% рынка доступного туризма. Это обусловлено тем, что только отели высокой категории предлагают адаптированные номера со специальными санузлами [3].

Учет обозначенных выше особенностей данного сегмента туристического рынка, увеличение числа бюджетных гостиниц с адаптированными номерами, а также адаптация туристических достопримечательностей позволят развивать безбарьерный туризм и в России.

О своей приверженности к безбарьерному туризму заявила Российская ассоциация социального туризма (РАСТ), являющаяся членом Международного бюро социального туризма (БИТС), организованного 7 июня 1963 года в Брюсселе. БИТС является одним из присоединившихся членов Всемирной туристической организации. В рамках Всемирной туристической организации (ЮНВТО) и БИТС регулярно проводятся семинары и конференции, посвященные проблемам безбарьерного туризма [5, С. 41].

Туризм для людей с ограниченными возможностями в нашей стране начал формироваться в начале 1970-х годов в рамках всесоюзных инвалидных организаций слепых (ВОС) и глухих (ВОГ). Главной формой мероприятий в этих обществах были соревнования 1

класса и походы выходного дня. В конце 1980-х годов было создано Всесоюзное общество инвалидов, которое с распадом СССР преобразовалось во Всероссийское общество инвалидов (ВОИ). ВОИ способствовало развитию туризма среди инвалидов [4].

Таким образом, идея развития туризма для людей с ограниченными возможностями появилась в 70-х и развивалась в 80-х годах прошлого столетия. Тем не менее, доля безбарьерных туров в общем объеме туристических поездок в мире составляет 7%, в Европе 11%, а в России только 1,3%. Это говорит о необходимости развития инфраструктуры для данного вида туризма (сайт Ежедневной электронной газеты Российского союза туриндустрии).

По оценке Агентства социальной информации, в России на 1 января 2010 года насчитывается более 13 млн. инвалидов, в их числе 545 тыс. детей. В нашей стране около 3 млн. больных сахарным диабетом, которым уже в полете нужно специальное питание. Диализные больные, их в России около 15 тыс., как минимум, три раза в неделю должны пройти процедуру гемодиализа. Около 0,5 млн. людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют ограничения возможности передвижения различной степени и около 1,5 млн. детей живут с диагнозом «детский церебральный паралич». Всего в России, постоянно или временно на инвалидных колясках передвигается около 100 тыс. человек [1].

Путем сопоставления данных социологического исследования Агентства социальной информации, было выявлено, что количество лиц с ограниченными возможностями в нашей стране составляет 8,9% от всего населения страны. Для большинства из них туризм по-прежнему недоступен, что актуализирует проблему выработки направлений развития туризма в данной нише. Не менее актуальным, является развитие безбарьерного туризма для принятия иностранных граждан с особыми потребностями.

На сегодняшний день в Москве около 4 тыс. туроператоров. Из них лишь три - «Национальный центр туризма для инвалидов Инватур», агентство «ВЕЛЛ» и «Экватур» - организуют групповые туры для инвалидов по Москве, храмам Подмосковья, «Золотому кольцу». Этим турфирмам часто приходится решать сложные задачи. Как отметила Ольга Полякова, генеральный директор «Экватур», когда в их туркомпанию обратилась группа слабослышащих, сотрудники фирмы столкнулись со многими проблемами (сайт

Российского союза туриндустрии). Как оказалось, даже в Москве очень сложно найти сурдопереводчика. Однако, компания, имеющая большой опыт организации эксклюзивных туров, нашла выход из этой ситуации, и туристы с особыми потребностями отправились отдыхать. В северной столице России только одна туркомпания организует путешествия без барьеров. Турфирма «Либерти» с 2004 года исследует доступность городских объектов. Работниками этой туркомпании были составлены первые специализированные экскурсионные туры для людей с ограниченными возможностями по городу Санкт-Петербургу и его пригородам (сайт Российского союза туриндустрии).

Сейчас туристский рынок Москвы и Санкт-Петербурга предлагает достаточно широкий спектр подходящих средств размещения. Среди московских гостиниц 13 имеют специально оборудованные номера. В будущем их число значительно увеличится. Связано это с тем, что Москомархитектуры разрабатывает единые нормативные требования к проектам строящихся гостиниц. Отели до 50 номеров будут обязаны оборудовать не менее двух номеров для инвалидов, а крупные гостиничные комплексы должны отводить под них не менее 3% от общего количества номеров. На сегодня, Санкт-Петербург в этом плане более доступен. Доступны и главные музеи страны - Третьяковская галерея в Москве, Эрмитаж и Русский музей в Санкт-Петербурге [3].

Первые попытки создать условия для пляжного отдыха инвалидов в России были сделаны в 2008 году, когда на пляжах поселков Алексино и Южной Озерейке Краснодарского края, появились специальные раздевалки и деревянные пандусы. Кроме того, в 2009 году открылась уникальная зона отдыха для людей с ограниченными возможностями на Суджукской косе, в районе Малой земли города Новороссийска. По словам начальника отдела развития санаторно-курортной сферы и туризма администрации Новороссийска Игоря Куликова, проект необычного пляжа прошел экспертизу не только специалистов, но и местной организации инвалидов-колясочников. В нем продумано все до мелочей. Здесь есть места для парковки автомобилей, лежаки в форме удобных кресел, специальные устройства для размещения вещей, площадки с перилами для спуска в море. Стоимость одной блочной комнаты гигиены составила около 700 тысяч рублей. Как отметила Наталья Гребенюк, начальник отдела по благоустройству города: «Продумано и эстетическое оформление

пляжа, в котором предусмотрены элементы казачьей старины. Даже солнечные зонтики задуманы не обычные, а декоративные. На территории пляжа разместился пункт проката, торговая точка, где работают и инвалиды». Загорать на пляже разрешено членам семей инвалидов и любому сопровождающему. Из муниципального бюджета на обустройство этой зоны отдыха были выделены 4 миллиона 300 тысяч рублей - проект включен в программу курортного развития Новороссийска [2].

Специально оборудованный пляж с поручнями для спуска в воду, антискользящим покрытием на пандусах позволил снизить степень риска для инвалидов-колясочников, создать условия для их самообслуживания и сделать пляжный туризм более доступным.

С начала 2011 года в России реализуется программа «Доступная среда для инвалидов». По официальным данным, сегодня в Москве около 70% объектов городской инфраструктуры доступны для инвалидов. По оценке самих экспертов на колясках - значительно меньше. В Сочи к 2012 году будут введены в строй все олимпийские объекты в соответствии со стандартами доступности сооружений для спорта и отдыха [2].

Из вышесказанного можно заключить, что на курортах краснодарского края уже с 2008 года создаются условия для безбарьерного туризма. В связи с государственной программой «Доступная среда для инвалидов» 2011 года, а также предстоящими олимпийскими играми, безбарьерный туризм получил новый толчок к развитию.

В России постепенно формируются условия для предоставления туристических услуг людям с ограниченными возможностями. Основными регионами, где развивается безбарьерный туризм, являются: Московская и Ленинградская области (познавательное направление) и Краснодарский край (оздоровительное и спортивное направление).

Литература

1. Ежедневная электронная газета Российского союза туриндустрии//сайт. URL:

http://www.ratanews.ru/news/news_14092010_15.stm (дата обращения: 10.04.2011).

2. Лубинец Е. «В Новороссийске появится первый в стране специализированный пляж для инвалидов»/новости дня// «Российская газета Кубань. Северный Кавказ» сайт. URL: http://www.rg.ru/2009/03/27/reg-kuban/plyazh-anons.html (дата обращения: 10.04.2011).

3. Сайт Российского союза туриндустрии «Санкуртур» URL: http://www.sankurtur.ru/press/item/3000/ (дата обращения: 10.04.2011).

4. Свободная энциклопедия «Википедия»/ Инвалидный_туризм// сайт.URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Инвалидный_туризм (дата обращения: 10.04.2011).

5. Дементьева, С.В. Правовые основы отечественного и международного туризма: учебное пособие/ С. В. Дементьева; под. ред. Н.Т.Синельникова. – Томск: Типография ТПУ, 2002. Систем, требования: Adobe Acrobat Reader URL: http://ctl.tpu.ru/files/pravoturup.pdf (дата обращения: 10.04.2011).

6. Сайт «Newdaydigest»

URL: http://newdaydigest.narod.ru/images/01_04c_59.jpg (дата обращения: 10.04.2011).

Проект трудовой интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья для работы на предприятиях России

Силантьева Т.А.

МГППУ, Москва

Состояние проблемы

По оценкам ВОЗ 2011 года, почти 15% населения во всем мире имеет инвалидность (что превышает сделанные ранее оценки ООН на 10%). В 2002-2004 гг. в России 16,4% населения имели ту или иную степень инвалидности, а количество потерянных лет трудоспособной жизни составляло 10 лет на 100 человек в 2004 году. Согласно официальной статистике, в России проживает около 10 млн. инвалидов. По оценке Агентства социальной информации — не менее 15 млн. Официальная статистика учитывает численность инвалидов, имеющих непросроченное свидетельство об инвалидности, в то время

как к ним можно также отнести людей, подпадающих под определение инвалидности, но не знающих об этом или не оформивших соответствующий статус. В 1996 г. в России официально зарегистрированных инвалидов насчитывалось более 6,2 миллионов человек (4,2 % населения). Как утверждает профессор психологии Ричард Зиглер [3], согласно проведенным в Канаде исследованиям, для экономического сообщества, и общества в целом, более выгодно, как в экономическом, так и психологическом плане, интеграция инвалидов в общество, чем их обособленное существование. Дополнительные расходы, связанные с обучением и трудовой адаптацией инвалидов, окупаются за счет получения ими трудоспособного статуса.

Во многих странах сложилась достаточно парадоксальная ситуация с трудоустройством людей с ограниченными возможностями здоровья. Правительства этих стран предпочитают выплачивать огромные средства из государственного бюджета в виде пенсий и пособий по инвалидности вместо того, чтобы создавать рабочие места для инвалидов и способствовать их трудоустройству и тем самым наполнять бюджет, а не брать деньги оттуда. Дискриминационная практика при приеме на работу по-прежнему процветает в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также работников, которые стали инвалидами. Две трети опрошенных безработных инвалидов заявили, что они хотели бы работать, но не могут этого сделать. По оценкам экспертов Международной организации труда (МОТ) 386 миллионов лиц трудоспособного возраста в мире имеют некоторые виды инвалидности. Уровень безработицы среди инвалидов достигает 80% в некоторых странах. К примеру, из примерно 70 миллионов людей с инвалидностью в Индии только около 100 000 удалось получить работу в сфере промышленности. Кроме того, следует учитывать, что неадаптированные инвалиды привязывают к себе своих близких, зачастую и их лишая возможности профессиональной реализации.

В нашей стране нет исследований относительно экономической эффективности трудовой адаптации инвалидов. Несмотря на то, что в последние годы правительством РФ уделяется большое внимание людям с инвалидностью, усилия по их социализации, по большей части сосредоточены на Москве и ограниченном числе больших городов. Также внимание, в основном, уделяется детям и не включает в себя программы трудовой адаптации. Поэтому, даже если человек с

ограниченными возможностями здоровья получает высшее или средне-специальное образование, процент трудоустройства среди выпускников не больше 50%. Это связано с социальной стигматизацией и психологической неготовностью работодателей к приему инвалидов на работу. Инвалиды не могут участвовать в свободной профессиональной конкуренции на рынке труда. Поэтому требуется дополнительная работа и создание специальных программ включения инвалидов в трудовое пространство.

Кроме экономических преимуществ от включения инвалидов в общество, есть и психологических преимущества. Например, особенными, в хорошем смысле слова, становятся и здоровые дети, проходящие через инклюзивное образование. У них появляется больше сочувствия, эмпатии, они становятся общительными и терпимыми, что особенно актуально для нашего общества с его крайне низким уровнем толерантности [1]. Наконец, инклюзивное образование резко снижает иерархические проявления в учебном коллективе.

То есть, включая лиц с ОВЗ в социум, мы, в качестве побочного действия, получаем и снижение уровня проявления агрессии и повышение альтруистических проявлений у здоровых людей.

Возможные сферы трудоустройства инвалидов

При обзоре вакансий в сфере промышленного производства можно заметить, что сейчас для управления огромными производственными цехами требуется участие одного или нескольких операторов, управляющих на компьютере запуском промышленного оборудования. При современном развитии технологий и всеобщей компьютеризации производства профессии, связанные с работой за компьютером и удаленной работой через Интернет. Такая профессия, как «Оператор электронно-вычислительных и вычислительных машин» входит в ***Перечень приоритетных профессий для инвалидов*** **[2]** . Полный список приоритетных профессий для инвалидов можно посмотреть на сайте НКО «Легкость движения» [4].

Нужно заметить, что любая профессия является потенциальной доступной для лиц с ОВЗ. На данный момент в Москве два ВУЗа целенаправленно участвуют в программе инклюзивного образования. Это университет им. Баумана и Московский Городской психолого-педагогический университет. Но для них, опять же, не готовы

трудовые места. Поэтому, мы считаем, что более приоритетны краткосрочные программы профессиональной подготовки с целевым направлением на трудовые места. В качестве удачного опыта мы можем привести подготовку и работу инвалидов в сети московских кондитерских «Волконский». Подобные немногочисленные программы сейчас осуществляются усилиями некоммерческих организаций.

Этапы проекта

1. Анализ возможностей предприятий для трудоустройства лиц с ОВЗ.
2. Мониторинг некоммерческих организаций относительно их готовности и ресурсоемкости поддержки программы трудовой адаптации лиц с ОВЗ.
3. Экономический анализ количества необходимых для дополнительной профессионализации лиц с ОВЗ денежных расходов и их трудового вклада в экономику.
4. Создание конкретных программ для каждого предприятия по дополнительному обучению специалистов с ОВЗ.
5. Создание общей модели трудовой адаптации для инвалидов.
6. Создание интернет-биржи труда для лиц с ОВЗ, где будут собираться заявки от предприятий, готовых принять на работу инвалидов и резюме людей с инвалидностью.
7. Отчет о результате проекта с изданием статей в научных журналах.
8. Возможна съемка кинофильма о данном проекте.

Литература

1. Алехина С.В., Силантьева Т.А. Инклюзивное образование в России.
Справка. http://www.deti.rian.ru/krplanom/20110706/200144120.html

2.Постановление Минтруда России от 8 сентября 1993 г. N 150 «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда»

3.Публичная лекция Ричарда Зиглера в МГППУ 17.05.2010 http://youtu.be/xaIscUk-jWs

4.*Полный список приоритетных профессий для инвалидов* http://www.ldcentr.org/?page=inval7

Особенности эмоционального состояния детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в различных социально-педагогических условиях

Сунцова А.С.
Удмуртский государственный университет
г. Ижевск

Социальный институт, в котором ребенок с проблемами в развитии формируется как личность, вступая в систему социальных отношений, определяет специфику процесса его социализации. Очевидно, что этот процесс должен включать грамотно выстроенное психологическое сопровождение, задачей которого является достижение определенного реабилитационного эффекта. Сегодня дети с ограниченными возможностями здоровья воспитываются в различных социально-педагогических условиях: в специальных коррекционных образовательных учреждениях, в массовых образовательных учреждениях, для некоторых детей семья является единственным институтом социализации. Одним из направлений решения проблемы социализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья является определение эффективных социально-психологических и педагогических условий, исследование которых возможно в контексте выявления особенностей эмоциональных состояний, наиболее характерных для детей. Переживаемые ребенком эмоции свидетельствуют о его психологическом комфорте, либо дискомфорте в конкретных воспитательных условиях.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей эмоциональных состояний детей с нарушениями в развитии, воспитывающихся в различных социально-педагогических условиях: в специальной коррекционной школе-интернате, в условиях семьи и в общеобразовательной школе. В качестве гипотезы мы предположили, что эмоциональные состояния детей с проблемами в развитии будут различны в зависимости от условий их воспитания. Так, дети, посещающие школу-интернат, будут чувствовать себя наиболее эмоционально комфортно в силу созданных педагогических условий, а именно, эмоционального принятия, поддержки, помощи в преодолении физического дефекта. Наибольший дискомфорт, по-нашему предположению, будут испытывать дети, посещающие массовое учебное заведение, так как они переживают «непохожесть»

на других детей, затруднения в процессе обучения и общения со сверстниками.

В качестве базы исследования выступили: специальная коррекционная школа – интернат, средняя общеобразовательная школа, и семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья села Шаркан Удмуртской Республики. В исследовании приняли участие 15 детей с ограниченными возможностями здоровья. Дети имеют диагноз детский церебральный паралич: 4 мальчика и 11 девочек в возрасте от 7 до 11 лет. Из них 5 детей воспитываются в условиях специальной коррекционной школы – интернат. Интернат закрытого типа, с постоянным проживанием, и возможностью общаться с семьей в выходные дни. Есть ограничение в посещении других социальных учреждений. Ещё 5 детей не посещают образовательные учреждения, находятся постоянно в условиях домашнего воспитания и обучения (отсутствие общения со сверстниками). 5 детей посещают общеобразовательную школу, воспитываются в условиях интегрированного педагогического процесса (постоянное общение ребенка со здоровыми сверстниками).

Исследование проводилось в течение 2-х лет, использовались цветовая диагностика эмоций ребенка (проективный тест социальных эмоций «Домики») на основе авторской модели Ореховой О.А., проективная визуально-вербальная методика Рене Жиля, систематизированное наблюдение. Данные методики позволяют вести диагностику степени дифференцированности – обобщенности эмоциональной сферы в области высших эмоций, имеющих социальный генезис и уровня сформированности «ценных» эмоций.

Систематизация результатов диагностики показала, что предпочтение выбора цвета во всех группах прослеживается равномерно, значимое расхождение имеется при выборе коричневого цвета. Высокие баллы по «цветовому градуснику» присуждают дети из школы – интерната и «домашние дети». Это означает, что в данных группах детей присутствуют инверсии (изменение нормального положения компонентов), а именно, дети испытывают большую физическую стесненность (недуг), либо конфликтную атмосферу по сравнению с детьми из интегрированной группы. Можно сказать, что во всех группах испытуемых помимо острого ощущения физического недуга, чувства дискомфорта и стесненности, присутствует выраженная потребность в ощущении доверия к окружающим, желание преодолеть сложившуюся ситуацию и жить более насыщенно, усваивая жизненный опыт.

Полученные средние показатели по цвето–ассоциативному ряду эмоций, имеющих социальный генезис (позитивные и негативные эмоции), свидетельствуют, что в категории «позитивные эмоции» значимых различий нет. В категории «негативные эмоции» значимые различия присутствуют между группами детей «интернат» и «интеграция», а также «домашние» дети и «интеграция». Дети из группы «интеграции» больше придают значение понятию «негативная эмоция», чем дети из двух других групп. Это дает возможность предполагать, что дети группы «интернат» и «домашнее воспитание» испытывают конформность к окружающей их вынужденной ситуации воспитания и обучения. Дети же группы интеграции более дифференцируют негативный социальный опыт в общении и познании.

Анализ данных показателей эмоционального состояния, полученных с помощью методики Рене Жиля, позволяет выделить особенности эмоций ребенка по нескольким параметрам: по отношению к матери, по отношению к другу (подруге), по отношению к учителю, реакцию на фрустрацию, отгороженность. По отношению к матери средние баллы переменных показывают, что группа детей, обучающихся и воспитывающихся в интернате, имеют значительные различия с группами детей домашнего и интегрированного обучения и воспитания. Мы предполагаем, что дети, воспитывающиеся в интернате, тоскуют по матери, поскольку их общение с семьями ограничено, они испытывают эмоциональный «голод» в отношении общения и эмоциональной близости с матерью. В показателях других групп значимых различий по данной переменной нет.

Значимых различий показателей эмоционального состояния по отношению к другу (подруге) во всех группах не наблюдается, однако следует отметить, что у детей группы «интеграция» возможностей для общения со сверстниками больше. Если сопоставить эту переменную с переменной «отгороженность», видно, что группы «интернат» и «интеграция» имеют одинаковое значение. В группе детей «домашние» данный показатель выше. Значит, дети, находящиеся на домашнем воспитании и обучении испытывают больше дискомфорта (тревоги) при контакте со сверстниками, так как они более изолированы, чем дети двух других групп. При этом следует отметить, что все три группы детей имеют высокий показатель по переменной «отгороженность». Это говорит о замкнутости, обособлении и некотором избегании активного общения.

По параметру «отношение к учителю» значимых различий нет, все дети к учителю испытывают позитивные эмоции.

Переменная «реакция на фрустрацию» имеет значительные различия во всех трех группах. У детей, воспитывающихся и обучающихся в коррекционной школе-интернате, имеет место неудовлетворение потребностей, подавленность. Негативные эмоции испытывают в связи с отрывом, «изоляцией» от семьи. В группе детей домашнего воспитания отмечена фрустрация в связи с ситуацией отрыва, «изоляции» от социума. В группе детей из массовой школы - в ситуациях эмоционального реагирования окружающих.

Анализ совокупности экспериментальных данных показал, что все же в группе интегрированного обучения и воспитания показатели имеют положительную тенденцию в сравнении с группами школы - интерната и домашнего воспитания. А значит, интегрированная ситуация воспитания и обучения в целом более благоприятно влияет на эмоциональное состояние ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

По показателям ценностных эмоций, таких как радость, дружба, ссора, справедливость выявлены значимые различия между детьми группы «интеграция» и «домашнее воспитание». Дети из общеобразовательной школы придают им большую значимость. Дети из группы «интернат» отдают большее предпочтение таким социально-ценностным эмоциям как доброта, обида, горе. Отметим, что у детей из группы «домашнее воспитание» эмоции менее дифференцированы и менее разнообразны, чем у детей из двух других групп. Среди видов деятельности для детей из группы «интеграция» большее значение имеют таким видам чтение, музыка, игра. Выявлена их эмоциональная значимость для детей. Для детей из группы «интернат» более эмоционально значимыми являются такие виды деятельности как наблюдение за природой, рисование, танец. Дети из группы «домашнее воспитание» обнаружили эмоционально значимым общение, занятие с домашними животными. Различия объясняются особенностями педагогического процесса и условий, которые были созданы для развития и социализации детей.

Таким образом, во всех трех группах испытуемых есть различия. Наше предположение о том, что более эмоционально комфортно чувствуют себя дети из школы-интерната, не подтвердилось. Особенности их социализации обусловлены изоляцией от социума, семьи; общение со сверстниками внутри школы постоянно - вынужденное. Данная категория детей, адаптируясь к условиям школы, испытывает конформность, но в то же время дети эмоционально напряжены и подавлены (высокая реакция на фрустрацию). Опыт общения и взаимодействия со здоровыми

сверстниками у данной категории отсутствует, также отсутствует «личная» территория, что отрицательно влияет на эмоциональное состояние. Значит, эта группа детей слабо подготовлена к социальной практике.

Группа детей, находящихся на домашнем воспитании и обучении преимущественно имеет общение с членами семьи, что дает детям ощущение защищенности и приносит позитивные эмоции. Но данная категория детей испытывает повышенный уровень отгороженности и фрустрации в связи ограниченными социальными контактами (однако она меньше, чем в группе детей из интерната). Внутреннее напряжение связано с тем, что ребенок не имеет возможности постоянно общаться и играть со сверстниками, его социальный опыт ограничен взаимодействием с близкими родственниками. Виды деятельности ребенка не разнообразны (просмотр телепередач, занятия с учителем на дому). В условиях села не достаточно учреждений дополнительного образования, посещая которые ребенок мог бы удовлетворять потребность в общении и деятельности.

В интегрированной группе эмоции детей более дифференцированы и насыщены. Они обнаруживают широкий спектр переживаемых позитивных и негативных эмоций. По показателям эмоционального состояния эта группа детей наиболее устойчива. По нашему мнению, это связано со стрессовой ситуацией, которая с одной стороны, оказывает травмирующее действие (переживание непохожести на других), а с другой, она же является «социально закаляющий». Это позволяет ребенку формировать опыт преодоления трудностей, обусловленных физическими особенностями. Данные исследования свидетельствуют о том, что, включая детей с ограниченными возможностями здоровья в среду здоровых сверстников, необходимо выстраивать определенные психолого–педагогические условия, заключающиеся в организации поддержки и обусловливающие их эмоционально комфортное состояние. Среда и окружающие люди не должны «центрировать» ребенка на дефекте. Важно позволять ему быть самим собой, быть принятым, включаться в разнообразные виды деятельности, испытывать позитивные эмоции. Это подтверждают проведенные нами наблюдения. Так, Катя и Павел постоянно общаются со здоровыми сверстниками, в классе для них созданы условия приятия, одобрения и помощи, исключается гиперопека как со стороны сверстников, так и со стороны родителей и педагогов. По эмоциональному состоянию эти дети отличаются от других исследуемых детей тем, что позитивно относятся ко всем

предложенным играм, проявляют интерес к подготовке и участию в мероприятиях, конкурсах проводимых в школе. Их отличает жизнерадостность, адекватные реакции на возникающие затруднения. Дети формируют опыт преодоления трудностей, обусловленных физическим недугом, что в целом способствует принятию ими себя как личности.

В связи с проведенным исследованием в данных учреждениях и семьях ведется работа по организации образовательно-воспитательной среды, созданию определенных психолого-педагогических условий, способствующих успешной социализации детей. Особая роль отводится формированию психологически комфортной для детей среды. Она должна способствовать повышению самостоятельности, активности, формированию умений принятия себя и самоконтроля. Важное внимание уделяется построению нравственно-психологического климата в коллективе сверстников, а также помощи здоровым детям в организации их совместной деятельности и общения с детьми, имеющими ограничения здоровья.

Проблема пренебрежения интересами ребенка-инвалида в семье в контексте анимационной работы

Тарасов Л. В.

АНО «ЦСА «Одухотворение», г. Москва

Проблемы социальной поддержки детей-инвалидов обсуждаются в нашей стране уже не один десяток лет, однако множество нерешенных проблем сохраняется до сих пор. В течение длительного времени социальная политика государства в отношении детей-инвалидов имела ряд серьезных недостатков. Во-первых, недооценивалась роль семьи в процессе реабилитации, развития и интеграции детей-инвалидов, во-вторых, не уделялось должного внимания духовной (социально-культурной) сфере жизни детей-инвалидов и их семей; в-третьих, реабилитация детей-инвалидов осуществлялась без связи с их жизнью после 18 лет; в-четвертых, не использовался потенциал общественных организаций, способных создавать благоприятные условия для развития ребенка с инвалидностью, оказывать позитивное влияние на семью. К сожалению, и в настоящее время система социальной защиты детей-инвалидов в этих направлениях продвинулась недалеко.[2]

Сложившийся в нашей стране патерналистский подход к семьям с детьми-инвалидами не отвечает современным требованиям международной социальной политики. Именно семья ребенка-инвалида должна стать основным фактором его развития и социальной интеграции. Необходимо найти те проблемные зоны в ее жизни, где происходит разрушение семейной инициативы по поддержке ребенка-инвалида, утечка сил и ресурсов семьи, которые могли бы быть направлены на его физическое, интеллектуальное и нравственное развитие.[5]

В результате накопленного опыта мы пришли к убеждению, что развитие ребенка-инвалида и молодого инвалида возможно в любом возрасте и при наличии любых заболеваний. Причем имеет значение не только тот результат, который может быть достигнут в результате развития, но и сам процесс развития, который наполняет жизнь человека с инвалидностью смыслом, чувствами, значимыми отношениями. В этом процессе развития человека с инвалидностью реализуется часть жизни его души, которая не ограничивается рамками его физических или интеллектуальных ограничений. В течение многих лет мы создавали условия для удовлетворения и развития душевной жизни молодых людей с инвалидностью, для формирования и реализации их интересов. Именно благодаря интересам их жизнь не только наполнялась смыслом и эмоциями, но происходили удивительные изменения в области их здоровья. Стало понятно, что чем раньше в семье ведется работа по развитию ребенка в соответствии с его душевными интересами, тем больших результатов он достигает в будущем в плане развития и тем полноценнее будет его жизнь. [3]

Анализируя нашу многолетнюю деятельность и результаты социального проекта «Дорога к жизни», мы все больше осознавали одну из ключевых проблем современной семьи, воспитывающей ребенка-инвалида – проблему пренебрежения его интересами. И речь идет не о «законных интересах», закрепленных в международных или отечественных нормативно-правовых актах. Речь идет об интересах духовно-душевных, которые вынашиваются в мечтах и стремлениях человека, заполняют его думы, наполняют его чувства каждый день. Иногда эти интересы кажутся странными, иногда нереалистичными, но они исходят из глубины человеческой души и свидетельствуют о глубокой работе, происходящей там, о жизни, питающей интеллектуальное и нравственное развитие человека.

Именно сфера духовно-душевной жизни очень часто в семье оказывается под угрозой по самым разным причинам. Эти интересы

оказываются вне сферы влияния социальных служб, в отличие от первичных потребностей ребенка. Однако, по нашему мнению, последствия пренебрежения духовно-душевными интересами ребенка-инвалида не менее тяжелы, чем последствия пренебрежения его нуждами. Если невнимание к первичным потребностям грозит смертью физической, то невнимание к интересам – смертью духовно-психологической. Собственно в работе с молодыми инвалидами мы часто сталкивались с ситуациями психологического «умирания» вследствие систематического пренебрежения их духовными интересами.

Неудовлетворенность первичных потребностей и духовно-душевных интересов ребенка-инвалида может быть связана с различными факторами (экономического, социального, психологического характера). Однако часто она связана с субъективными факторами, с небрежным отношением близких взрослых к интересам ребенка. Небрежение – «отсутствие заботливого отношения к кому-нибудь, чему-нибудь» [1, 604]. Пренебрежение – «высокомерное, лишенное всякого уважения и внимания отношение к чему-нибудь» [1, 868]. Пренебрежение настолько проникло в повседневную жизнь современного общества, что воспринимается как нормальное явление.

Конечно, оно проникает и в семью, в отношение к детям. Именно здесь оно приобретает разрушительную силу и становится особенно опасным. Пренебрежение потребностями и интересами ребенка в семье может расцениваться как форма насилия. Если потребность зависима в большей степени от ее предметного содержания, то в интересах эта зависимость проявляется в виде активности субъекта, носящей более свободный и богатый признаками характер.

Интересы ребенка-инвалида – субъективная ориентация ребенка-инвалида на взаимодействие с объектами окружающего мира с целью их познания и преобразования. Удовлетворение интересов ребенка-инвалида определяет его развитие и саморазвитие. От степени открытости ребенка-инвалида к окружающему миру зависят также успехи реабилитационного процесса.

Пренебрежение интересами ребенка-инвалида – это отсутствие заботливого отношения, высокомерное невнимание к интересам ребенка-инвалида, значимым для его интеллектуального и духовно-нравственного развития. [4]

Конечно, потребности и интересы человека не могут быть удовлетворены раз и навсегда, так как в этом случае прекратится

нормальное функционирование организма и развитие личности, более того, потребности и интересы сами должны развиваться, подниматься на более высокие уровни – приоритет физиологических потребностей должен уступать приоритету духовных потребностей. Однако отсутствие необходимых условий для удовлетворения интересов ребенка-инвалида способно затормозить развитие личности и привести к ее деградации. Именно поэтому пренебрежение интересами и потребностями ребенка так же страшно, как и другие формы насилия, так как оставляет личность в социально-психологической изоляции, лишает необходимой поддержки и помощи в ее лучших побуждениях и стремлениях, определяющих развитие.

Однако пренебрежение потребностями ребенка-инвалида в семье можно только условно относить к форме насилия в связи с тем, что фиксация его затруднительна, а многообразие факторов, вызывающих его, делает его оценку неоднозначной процедурой. Пренебрежение может быть как сознательным действием (или бездействием), так и неосознанным. Ответственность за пренебрежение ложится не только на семью, но и на ближайшее социальное окружение, общество и государство. Отнесение пренебрежения к форме насилия условно еще и потому, что диагностика пренебрежения интересами ребенка важна не столько для наказания, сколько для оказания помощи.

Пренебрежение интересами ребенка-инвалида в семье всегда происходит в особых условиях конкретной семьи и находит свое выражение в действиях или бездействии родителей, которые могут фиксироваться как факты пренебрежения, на основе которых и проводится дальнейший анализ случаев.

Факт пренебрежения интересами и потребностями ребенка-инвалида в семье – это подтвержденное самим ребенком, ближайшими родственниками и/или диагностическими методиками невнимание и бездействие родителей в отношении ухода, воспитания и всестороннего развития ребенка-инвалида.

Помимо фактов пренебрежения, важно диагностировать риски пренебрежения интересами ребенка-инвалида в семьях – ситуации, которые потенциально угрожают ребенку и которые можно оперативно устранить. Риск пренебрежения интересами и потребностями ребенка-инвалида в семье – это опасность попадания ребенка в ситуации пренебрежения его интересами, связанная с разрушением семьи как поддерживающего развитие ребенка-инвалида неформального сообщества и социального института.

Литература

1. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. – М.: ООО «Издательство “Оникс”», 2010
2. Тарасов Л.В. Социокультурная анимация: истоки, традиции, современность: монография. – М.: Одухотворение, 2008. – 132 с.
3. Тарасов Л.В. Социокультурная анимация молодых инвалидов: методическое пособие. – М.: Одухотворение, 2003. – 72 с.
4. Тарасов Л.В. Анимационная работа со случаями пренебрежения интересами ребенка-инвалида в семье: методическое пособие. – М.: Одухотворение, 2010. – 69 с.
5. Тарасов Л.В. Анимационная добровольческая помощь семьям, воспитывающим детей-инвалидов: методическое пособие. – М.: Одухотворение, 2011. – 69 с.

Работа с инвалидами психоневрологического профиля в этнографическом музее (из опыта Российского этнографического музея)

Филимонов А.А.
Российский этнографический музей, г. Санкт-Петербург

Сотрудники лечебных учреждений психоневрологического профиля все чаще к занятиям со своими подопечными подключают работников самых разных культурных учреждений. Им порою свойственно уповать на то, что приобщение их подопечных к этнической культуре позволит пациентам психоневрологических учреждений более длительное время противостоять их недугу. В ответ на предложение сотрудничества со стороны психотерапевтов, психиатров и социальных работников психоневрологических диспансеров (ПНД) №1 и №9 г. Санкт-Петербурга, сотрудники Научно-методического отдела Российского этнографического музея (НМО РЭМ) в 2010–2011 гг. предложили им в рамках проходивших в это время фестивальных программ, посвященных культурам еврейского и финского народа, подготовить своих пациентов к участию в показе в РЭМ миниспектаклей. Близко к датам проведения фестивальных мероприятий был отведен специальный день, когда музей могли в качестве гостей посетить близкие родственники и друзья наших подопечных для того, чтобы посмотреть представление с их участием и познакомиться с музейными экспозициями.

Работники лечебных психоневрологических учреждений (ПНД) с большим интересом отнеслись к нашему предложению, поскольку вовлечение их пациентов в театрально-сценическую деятельность в значительной мере их организует и позволяет проводить с ними групповые занятия. Своим участием в выступлении перед публикой инвалидам психоневрологического профиля свойственно гордиться. Им также льстит, когда им показывают красивые, дорогие предметы, а их самих одевают в нарядные костюмы и разыгрывают с их участием яркие, пышные действа. Из-за низкого уровня как своей социализации, так и познавательных потребностей, они часто не могут освоить те контексты, которые за вещами, выставленными в экспозиции, примечают обычные посетители. Поэтому, в интересах привлечения внимания пациентов реабилитационных отделений ПНД к музею, сотрудники НМО РЭМ пошли на организацию и проведение с ними своего рода ролевой игры в театр (говоря словами наших подопечных – «игры в настоящих артистов, звезд, выступающих в больших нарядных залах»), в рамках которой внутреннее пространство музея предстало как пространственно-временной континуум подобной игры. Этому соответствует внутреннее убранство парадных залов РЭМ.

Для реабилитантов ПНД №1 участие в музейных программах началось с постановки и показа театрализованного действия «Пуримшпиль» и продолжилось работой над постановкой и показом миниспектакля по карело-финскому эпосу «Калевала». Посещение музея составляет для данной группы инвалидов психоневрологического профиля определенные трудности, связанные с дорогой и транспортом. С другой стороны, реабилитантам ПНД №1 во время подготовки к выступлению в музее активно помогали мастера производственного цикла, беря на себя изготовление сценического антуража и костюмов. Подготовительные репетиции проходили с участием сотрудников НМО РЭМ в самом диспансере, генеральная репетиция и показ постановки – в зале Детско-юношеского центра РЭМ.

Пуримские спектакли – «Пуримшпили» – очень близки по форме к выступлению настоящих драматических актеров. Их главным содержанием является представление в довольно свободной форме предания о том, как в древности еврейка Эстер (греч. – Эсфирь), будучи женою царя Персии Ахашвероша (греч. – Артаксеркса), спасла свой народ от гибели. При этом в участниках пуримских представлений («пуримшпилерах») зрители были склонны видеть в первую очередь своих соседей по местечку, решившихся на то, чтобы, как это требует традиция, разыграть на Пурим представление. На

нашем представлении зрителями, наравне с музейными сотрудниками и другими специалистами, занимающимися вопросами арт-терапии, были только близкие родственники и друзья самих пуримшпилеров.

О результатах этой работы с реабилитантами ПНД №1 можно судить по отзывам участников представления. Внутренне наши «артисты» к настоящей сценической деятельности были мало готовы. Делясь своими впечатлениями, они отмечали, что им больше всего понравилось представлять публике царя, придворных. Когда им случалось представлять в рамках сценического пространства отрицательных персонажей, они испытывали некоторый дискомфорт или воспринимали свой персонаж как «alter ego» – ту часть самого себя, от которой следует избавляться.

Инвалидам психоневрологического профиля очень польстило, что постановка с их участием была разыграна перед зрителями в большом, просторном, представительном зале, а до начала выступления задействованным в него самодеятельным актерам в экспозиции показали синагогальную утварь (по их словам – «очень красивые предметы»).

Для того чтобы облегчить инвалидам – участникам постановки их выступление перед публикой, мы не просили их заучивать и произносить со сцены слова. Во время представления участвующие в нем самодеятельные артисты должны были иллюстрировать своими совместными действиями, жестами и позами текст, зачитывавшийся в это время ведущим.

Воспроизвести во время постановки в полном объеме содержание библейского предания о царице Эстер инвалидам психоневрологического профиля также было чрезвычайно тяжело. Ряд сюжетов разыгрывался сотрудниками диспансера на сцене кукольного театра, установленного позади сценической площадки, на которой выступали реабилитанты. Их приводила в восторг возможность общаться на спектакле с куклой как с живым существом.

Сценическая работа, связанная с необходимостью удержания в памяти того, что надо сделать в первую очередь и что надлежит сделать потом, доставляла нашим актерам значительные трудности. Многие из них, попробовав свои силы на репетициях и понимая, насколько им нелегко будет справиться с предложенным заданием, от участия в выступлении перед публикой вынуждены были отказаться. Во время выступления наши самодеятельные актеры были полностью сосредоточены на взаимодействии друг с другом, порою совершенно не задумываясь над тем, как представить своего героя публике. Зрители на нашем мероприятии (в большей части тоже реабилитанты

ПНД №1) более следили за воспроизведением сюжета, чем за игрой актеров. Близким родственникам пуримшпилеров прежде всего интересно было посмотреть на то, как те предстанут в ярких сценических костюмах, изготовленных специально ко дню выступления художниками – руководителями мастерских ПНД.

Атмосфера традиционного праздника, когда актеры и зрители предстают более как одно целое, а от находящихся на сцене людей не требуется во время выступления особого артистического мастерства, во многом способствовала развитию устремленности наших подопечных к тому, чтобы выступить перед зрителями с новой постановкой. Таковой для реабилитантов ПНД №1 стал показ миниспектакля по карело-финскому эпосу «Калевала». В ходе подготовки к этому мероприятию, «как это делают настоящие артисты», наши подопечные попытались выучить роли и даже попробовали обратиться во время представления к зрителям с тем, что у них «настрадалось». Это произошло во время показа зрителям финальной сцены – усовествления песнопевца Вяйномейнена мальчиком-королем. Эта сцена нашими самодеятельными актерами была представлена как напоминание о том, что нельзя обижать человека за то, что он родился не такой, как все другие люди.

Работая над сценарием эпоса «Калевала» сотрудники НМО РЭМ сконцентрировали внимание на сюжетах, которые могли особо заинтересовать наших подопечных. Они, по большей части уже взрослые люди, так и не смогли создать семью. Поэтому наши самодеятельные актеры проявили особый интерес к тем сюжетам «Калевалы», где рассказывается о сватовстве людей Калевы к дочерям Похьелы. В каждой из этих историй её главные персонажи проявляли себя по-разному. Например, кузнец Илмаринен был нами, создателями сценария миниспектакля, представлен в истории сватовства к дочери хозяйки Похьелы как человек, во всем привыкший полагаться на свои силы. Совершенно иначе повел себя в истории сватовства к дочери хозяйки Похьелы беспечный Лемминкяйнен, никогда не довольствовавшийся тем, что у него уже было. Огромную роль в судьбе Лемминкяйнена сыграла беззаветная любовь к нему матери, вернувшей своего сына от смерти к жизни. Тема взаимоотношений матери и сына окрашивается в представлении наших подопечных особыми лирическими тонами. Это заставило представлявших беспечного Лемминкяйнена и его мать самодеятельных артистов В. Смирнова и Н. Силину играть на репетициях и во время представления с полной отдачей.

Во время выступления с постановкой «Пуримшпиль» мы обратили внимание на то, что когда наши подопечные, пребывая за кулисами, воображают себя персидским царем и его придворными, у них появляется особая пластика в движениях. Во время подготовки к показу специально подготовленной для показа силами инвалидов психоневрологического профиля сценической версии «Калевалы», мы попросили своих подопечных, выходя на публику, прежде чем начинать взаимодействовать с напарниками, какими-то наиболее характерными для своего сценического героя жестами и позами продемонстрировать зрителям его характер. Это им, в целом, неплохо удавалось.

Для тех, кто во время подготовки к показу «Пуримшпиля» оказался не в силах наладить взаимодействие с напарниками в рамках сценического пространства и от выступления был вынужден отказаться, мы предложили (в ходе подготовки к показу «Калевалы») ряд ролей второго плана, где от выступающего требовалось единственно только выйти на сцену, чтобы представить своего героя. В исполнении наших актеров появилась целая плеяда ярких, динамических образов, таких как корова, выкованная кузнецом Илмариненом, его подручный, отец девушки Марьятты, колдун Антерро Виппунен и др.

Во время изготовления сценических атрибутов и костюмов мастера производственного цикла ПНД №1 посетили вместе с реабилитантами, задействованными в процесс их производства, экспозицию «Народы Северо-запада России и Балтии». Обратив, как люди занимающиеся подготовкой спектакля, внимание на вещи, выставленные в экспозиции, пациенты реабилитационного отделения ПНД №1 из ярких, броских материалов изготовили в мастерских диспансера сценические костюмы, в которых во время выступления появлялись перед зрителями либо они сами, либо их товарищи. Тем самым экспозиция, основную часть которой представляют предметы, от времени потерявшие свой первоначальный блеск и красоту, как бы реабилитировалась в глазах наших подопечных.

При постановке «Пуримшпиля» с коллективом реабилитантов ПНД № 9 разработчики программы выбрали иную форму выступления: театр масок. По мнению врачей-психотерапевтов, работавших в это время с задействованными в постановке инвалидами, некоторые из них, несмотря на желание участвовать в спектакле, в то же время были склонны испытывать довольно сильный внутренний дискомфорт от того, что им предстоит выступать перед публикой. Мы полагали, что, скрыв свое лицо под маской, такие люди будут

чувствовать себя перед зрителем более уверенно. Однако уже на первых репетициях обнаружилось, что реабилитанты, надевая маски, испытывали беспокойство от того, что окружающий мир предстает перед ними через вырезы для глаз и зрительная перспектива резко ограничивается. Репетиционные занятия во многом сделались тренингом преодоления инвалидами психоневрологического профиля ощущения неловкости, вызванного пребыванием в маске. Перед началом репетиций мы стали проводить упражнения, направленные на развитие у самодеятельных актеров чувства уверенности в себе в то время, когда им приходится в рамках сценического пространства двигаться в маске влево и вправо, взад и вперед, и ко времени показа постановки наши самодеятельные актеры довольно хорошо освоили передвижение в маске.

Другой условный момент, который также создавал для выступающих в масках самодеятельных артистов определенную трудность, заключался в том, что актер, надевая маску, вынужден смотреть только в сторону зрителя. Вследствие этого играющий человек пребывает в рамках сценического пространства в несколько двойственном положении. Жестами он что-то постоянно показывает партнеру по игре, делает в его сторону определенные движения, и в то же время, не глядя на своего напарника, как бы отделяет, дистанцирует себя и от него, и от того, что он в данное время делает сам. Движения актера, надевшего маску, его жестикуляция, должны отличаться особой выразительностью. Во время репетиций мы обращали внимание самодеятельных актеров на то, что их жесты должны быть точны, изящны, соответствовать характеру того образа, который актер представляет зрителю. Ко времени выступления наши подопечные усвоили, что от выразительности их жестов и поз во многом зависит то, насколько происходящее в рамках сценического пространства будет для зрителя интересно и привлекательно.

Представление в масках «Пуримшпиль» проходило в одном из просторных, светлых залов экспозиции «История и культура еврейского народа на территории России». Действие, развивавшееся в рамках сценического пространства, представало как для его участников, так и для зрителей, естественным продолжением того, что можно было увидеть в экспозиционных витринах. Места для сидения зрителей находились как раз на уровне той части экспозиции, где посетители музея могут познакомиться с подлинными атрибутами праздника Пурим. Показу постановки «Пуримшпиль» предшествовала проведенная для зрителей (гостей) короткая по времени экскурсия по экспозиции, посвященной традиционной культуре еврейского народа.

Врачи-психотерапевты, работающие с участвовавшими в постановке театра масок инвалидами (в большей своей части – женщинами в возрасте от 30 до 40 и более лет), обратили внимание на появление у них после этого мероприятия устремления следить за своим внешним видом. На взгляд авторов программы, этому во многом способствовало то, что во время репетиций и показа постановки занятые в этом процессе самодеятельные актеры имели возможность поглядеть на себя со стороны.

Итак, в ходе музейных занятий с инвалидами психоневрологического профиля, которые в их представлении имели характер ролевой игры в «настоящих артистов – звезд», нам удалось привлечь их внимание к экспозиции, показать им, что она может быть интересной для них. Само выступление пред публикой, которая, в отличие от настоящей публики, не была для выступающих некой анонимной массой, они превратили в форму обращения к самым близким для себя людям с тем, что у них более всего в душе наболело.

Психологические аспекты реабилитационной среды

Психологическое сопровождение социальной реабилитации семьи инвалида: проблемы и перспективы

Галасюк И.Н.

Институт переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы (ИПК ДСЗН), г. Москва

Социальная реабилитация в учреждениях социальной защиты населения (Детских домах-интернатах, реабилитационных центрах) на сегодняшний день ориентирована на работу с инвалидом. Клиентом, нуждающимся в реабилитационных мероприятиях, психологической помощи, по мнению многих специалистов, а также и большинства родителей, выступает ребенок-инвалид. Такое положение объясняется тем, что семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья, долгое время рассматривалась учеными и практиками исключительно как реабилитационная структура, обладающая потенциальными возможностями для создания максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка. В этой связи, работа с членами семьи и в настоящий момент продолжает проводиться лишь в контексте помощи ребенку в его реабилитации. О психолого-педагогической поддержке родственникам инвалида, их реабилитации, как правило, речи не ведется.

Вместе с тем, современные исследования (Е.Р.Смирнова (1996); А.И. Тащева (1998); Е.А. Екжанова (1998); Р. Мэй (1999); О. Ранк (1999); Т.В. Черникова (2000); В.В. Ткачева (2000); В.М. Даринская (2000); И.В. Рыженко и М.С. Карпенкова И.В. (2001); Карданова (2003)) указывают на изменения в эмоциональной, ценностно-смысловой сферах, в психическом и соматическом состоянии родителей таких детей. Помимо исследований родителей инвалида, в последнее десятилетие стали появляться исследования сиблингов (Mulroy S, Robertson L, Aiberti K, Leonard H, Bower C., 2007), дедушек и бабушек детей с проблемами в развитии, в которых уделяется большое внимание влиянию травмирующей ситуации - болезни близкого на физическое и психическое состояние родственников.

Результаты изучения семьи инвалида свидетельствуют о том, что все ее члены переживают негативные эмоции, в том числе эмоции тревоги и страха, вины и стыда. Имея негативный опыт общения с окружающими, они становятся более «отстраненными», не стремятся к установлению близких личностных связей и редко обращаются за психологической помощью лично для себя. Вместе с тем, родственники инвалида испытывают не только дополнительные физические нагрузки по уходу за больным, но и психологические переживания особого рода, выходящие за рамки обычного человеческого опыта. Так, в работах В.В. Ткачевой отмечается, что «переживания, выпавшие на долю матери аномального ребенка, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах» [4, 26].

Как правило, на фоне личностных изменений членов семьи, под влиянием травмы, нарушаются взаимоотношения в семье, появляются конфликты, связанные с ответственностью за жизнь и здоровье инвалида, с повседневными заботами и уходом за больным. По мнению Э. Г. Эдеймиллера и В. В. Юстицкого (2010), нервно-психические расстройства, умственная отсталость, психозы у членов семьи (в том числе и детей) травмируют семейно-необходимые качества (совокупность психологических качеств, необходимых члену семьи для того, чтобы успешно справляться с проблемами, возникающими в ходе семейной жизни), которые по мере развития заболевания у индивида, как правило, постепенно исчезают, и это не позволяет успешно функционировать семье, ее структура и отношения в ней становятся весьма неустойчивыми.

Последние публикации свидетельствует о необходимости оказания психологической помощи не только инвалиду, но и его родственникам, об актуальности реорганизации помощи семье данной категории. Феномен «особого» родительства при появлении инвалида в семье начинает изучаться в ракурсе психологической травмы, семейного стресса и кризиса, затрагивающего всех членов семьи [3, 193].

При этом встает вопрос о потребности самих членов семьи в психологическом сопровождении, их мотивации к социальному восстановлению, реабилитации. Изучению данного вопроса было посвящено исследование, проведенное нами в июле-сентябре 2011г. в Детских домах-интернатах (ДДИ) г. Москвы (семь ДДИ). В нем приняли участие родители, дети которых находятся на постоянном (55 человек), пятидневном (210 человек) и дневном пребывании в ДДИ

(34 человека), а также родители детей, находящихся в отделении «Милосердие» (27 человек). Всего было опрошено 326 родителя детей с разной тяжестью патологии.

Анкетирование включало вопросы о необходимости, с точки зрения родителей, проведения с ними индивидуального психологического консультирования, групповой работы, направленной на улучшение их собственного психологического состояния. Изучалась потребность членов семьи в проведении с ними работы по психообразованию, желание участвовать в досуговых мероприятиях, которые проводятся в учреждении.

Результаты мониторинга показали, что основная часть опрошенных родителей (53%) не высказывает потребности в психологической работе лично с ними. В беседе, которая проводилась психологом в процессе анкетирования, родители говорили о необходимости проведения реабилитационных мероприятий в отношении больного ребенка, желании принимать участие в досуге своих детей, выполнять необходимые рекомендации специалистов по реабилитации ребенка. Свое состояние оценивалось опрошенными в основном как «нормальное», в работе с психологом, по их мнению, они не нуждаются. Часто звучали фразы: «Мы уже смирились», «Ничего исправить нельзя», «Про заболевание ребенка все знаем».

Параллельно с мониторингом семьи инвалида в этих Детских домах нами проводилось исследование деятельности специалистов социальной сферы, в котором приняли участие 210 специалистов по социальной работе, в том числе воспитатели, социальные педагоги, психологи. Анкетирование включало ряд вопросов о работы по реабилитации инвалида, используемых методах и методиках реабилитации, а также знаниях и умениях специалистов в этом направлении. Среди них был задан вопрос о том, проводится ли специалистами работа с семьей инвалида и если проводится, то какая. Было выявлено, что основная часть опрошенных специалистов (86%) не ведет психологической работы с членами семьи, объясняя это тем, что родители, дети которых находятся на дневном пребывании, то есть каждый день забирающие ребенка домой, как правило, не расположены для «длительных бесед». Родители детей, находящихся на 5-дневном пребывании ограничиваются в беседе со специалистами информацией о состоянии здоровья ребенка и рекомендациях, заданиях на «выходные». Те же, кто находится в Детском доме на постоянной основе, часто только на бумаге являются детьми, у которых есть семья. Специалисты ДДИ выделили такие формы работы с семьей, как проведение родительских собраний, привлечение

родителей к «досуговым мероприятиям» и беседы с родственниками по поводу состояния ребенка.

Казалось бы, если нет запроса на психологическое сопровождение со стороны клиента, специалисты, деятельность которых связана с реабилитацией инвалида, могут и дальше концентрироваться на работе с инвалидом, не «навязывая» своей помощи родственникам. Однако, семья – это социальная система, то есть комплекс элементов и их свойств, находящихся в динамических связях и отношениях друг с другом. По мнению одного из основоположников общей теории систем Л. фон Берталанфи, понятие системы вытекает из так называемого «организмического взгляда на мир», в основе которого лежат два положения: 1) целое больше, чем сумма его частей; 2) все части и процессы целого взаимовлияют и взаимообуславливают друг друга. Поэтому целесообразно работать со всей семейной системой, а не с одним ее элементом (инвалидом) [1].

Особого внимания заслуживает в этой связи обучение специалиста социальной сферы, работающего с семьей инвалида. Следует отметить, что в образовательных программах и в программах по повышению квалификации специалистов, работающих в социальной сфере, теме психологической поддержки семьи инвалида до сих пор не уделяется должного внимания. Основной акцент в обучении продолжает оставаться на реабилитации и социализации инвалида. Как следствие, в настоящее время психологи социальных служб имеют ограниченное представление о специфике работы с членами семьи человека с ограниченными возможностями здоровья.

Подтверждением этому являются результаты исследования, проведенного нами в Москве, Благовещенске, Ульяновске и Хабаровске, в котором приняли участие в общей сложности 135 психологов, работающих в социальной сфере с семьями инвалидов. Было выявлено, что 12% из опрошенных не владеют знаниями о кризисных периодах в жизни семьи инвалида и особенностях работы в каждом из этих периодов, у 72% эти знания слабые; у 40% данных специалистов отсутствуют знания и умения, необходимые в работе с виной, тревогой, другими тяжелыми чувствами и депрессивными состояниями родственников инвалида. 81 % участников исследования обладают слабыми знаниями о психологических механизмах и клинической картине заболевания инвалидов, с которыми им приходится работать, и, соответственно, не имеют представления о том, какие рекомендации можно дать родителям по воспитанию, общению и взаимодействию с больным ребенком. 89% не владеют информацией об организации групп взаимной поддержки для

родственников инвалида. Мы приводим лишь часть полученных нами результатов, но и эти цифры наглядно свидетельствуют об отсутствии методического обеспечения и практических навыков у большинства специалистов, работающих с инвалидами и их семьями.

Таким образом, можно говорить о том, что с одной стороны нет готовности родителей к активной работе с психологом, направленной на изменения в собственной личной жизни, на социальное восстановление, частью которого является стремление вернуться к полноценной жизни как главной и наиболее высокой реабилитационной цели. С другой стороны, становится очевидной неготовность специалиста социальной сферы к проведению психологической работы с родственниками инвалида. Недостаток знаний, практических навыков и высокая загруженность специалиста, работающего в учреждениях социальной защиты с инвалидом, а также отсутствие явного запроса со стороны родственников ребенка с ограниченными возможностями здоровья, приводят к тому, что психологическое сопровождение семьи ограничивается привлечением родителей к реабилитационным мероприятиям в отношении ребенка, досуговым мероприятиям в учреждении.

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что психическое, соматическое состояние родственников не может не оказывать влияния на состояние здоровья инвалида, на протекание реабилитационного процесса в целом. Помимо этого, психологические проблемы родителей ребенка-инвалида, которые остаются без внимания специалистов, перерастают в социальные, что свидетельствует о необходимости развития психолого-педагогической работы, проведении реабилитационных мероприятий не только с инвалидом, но и членами его семьи [2].

Литература

1. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб: Речь, 2001, с.6;

2. Гуслова М.Н. Методика и организация социально-культурной деятельности с семьей в Центре реабилитации детей с ограниченными возможностями : Дис. канд. пед. наук: 13.00.05: Москва, 2002;

3. Селигман М., Дарлинг Р. Особые семьи, особые дети: (пер с англ.). Изд. 2-е. М.: Теревинф, 2009. (Серия «Особый ребенок»), с.19;

4. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М.: УМК

«Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2004, с.26;

5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – Изд. 4-е перераб. и доп. СПб.: Питер, 2010. с.88.

Психологические аспекты семейного воспитания дошкольников со стертой дизартрией

Гончарова В.А.,
Институт Специальной Педагогики и Психологии им. Р. Валленберга,
Китаева Н.Н.
Ленинградский государственный университет им. А.С.Пушкина,
г. Санкт-Петербург

Ближайшим окружением ребенка является семья. В ходе взаимодействия родителей и детей происходит детская социализация, усвоение детьми определенной системы ценностей, норм, знаний, национальной и общечеловеческой культуры. К сожалению, далеко не всегда и не каждая семья оказывается способной выполнить в достаточной мере эти важные функции. Нарушение же их сказывается на развитии формирующейся личности ребенка.

О.В. Черкасова говорит о семье как о маленькой модели большой системы, которая включает тесно связанные друг с другом судьбы, где наблюдается переплетение социальных, биологических, психологических факторов, оказывающих огромное влияние на материальную и духовную жизнь личности. Автор считает одной из самых важных функций семьи функцию первичной социализации детей. Она обусловлена тем, что ребенок должен быть постепенно введен в общество, чтобы органы и системы его организма развивались по «человеческой программе». В противном случае его задатки не разовьются, а предпосылки способностей угаснут навсегда. Это развитие происходит в семье при благоприятном психологическом климате и здоровых внутрисемейных отношениях между родителями и детьми.

Многие ученые отмечают, что большое значение для детей с недоразвитием речи имеют условия их воспитания (Е. М. Мастюкова, К.А.Семенова, М.Я. Смуглин). Зачастую родители осознают недостатки применяемых ими воспитательных методов, однако в ряде

случаев им не хватает психологической грамотности, чтобы решить эти проблемы.

По мнению Е. М. Мастюковой, семейное воспитание ребенка с отклонениями в развитии является коррекционным, т. е. направленным на преодоление уже имеющихся нарушений и на предупреждение возникновения нарушений в дальнейшем. Автор подчеркивает важность роли родителей в процессе развития речи и общения детей. Она указывает, что своевременное овладение правильной речью имеет большое значение для формирования полноценной личности ребенка, успешного обучения его в школе. Недоразвитие речевых средств снижает уровень общения, способствует возникновению некоторых психологических особенностей (замкнутости, робости, нерешительности), порождает специфические черты общего и речевого поведения (замедленную включаемость в ситуацию общения, ограниченную контактность, неумение поддерживать беседу, вслушиваться в звучащую речь), приводит к снижению коммуникативной активности.

По данным В. И. Селиверстова, в семье не всегда понимают своеобразие личности ребенка, а зачастую неадекватно оценивают его возможности, завышая или занижая их. У одних родителей преобладает неверие в успешность работы с ребенком, у других нет желания, у третьих – возможностей заниматься с ребенком. Есть и такие родители, которые хотят заниматься с ребенком, имеют условия для этого, но не знают, что они конкретно могут и должны делать. В таких ситуациях очень важна работа логопеда с семьей, что обеспечит наиболее благоприятные условия для полноценного развития детей. Но помимо занятий, как указывает В.И.Селиверстов, для коррекционного эффекта большое значение имеют условия воспитания ребенка в семье. Чрезмерная опека (гиперопека), равно как и отсутствие внимания к ребенку (гипоопека), в значительной мере утяжеляют общее нервно-психологическое состояние детей, затрудняют процесс их социальной адаптации. Важно, чтобы ребенок не чувствовал себя исключенным или обделенным, т. к. это неблагоприятно сказывается на развитии его личности. Установка родителей на изоляцию ребенка с отклонениями в развитии от коллектива сверстников, от общения с ними является тормозом в его развитии.

В последнее время все большее внимание уделяется проблеме семейного воспитания дошкольников. В настоящее время активно изучаются семьи с детьми, страдающими умственной отсталостью (Л.К.Грачев, О.И.Волжина, С.Д.Забрамная, Л.М.Шипицына),

нарушениями зрения (Л.И.Плаксина, Л.И.Солнцева, С.М.Хорош), детским церебральным параличом (Е.Ф.Архипова, Р.Д.Бабенкова, М.В.Ипполито-ва, И.Ю.Левченко, Е.М.Мастюкова, О.Г.Приходько), аутизмом (К.С.Лебединская, М.М.Либлинг, Т.И.Морозова, Р.К.Ульянова, Н.А.Борисова и др.), заиканием (Д.Боровска, Г.А.Волкова, Л.А.Зайцева, В.А.Ковшиков, В.И.Се-ливерстов, Л.Г.Парамонова и др.). Однако значительно менее освещенной является проблема особенностей семейного воспитания детей дошкольного возраста с дизартрией. В связи с этим многие важные вопросы семейного воспитания детей с дизартрией остаются недостаточно изученными.

Как отмечает Д.Боровска, неправильные приемы воспитания, используемые родителями, приводят к психологической напряженности, замкнутости ребенка и напрямую влияют на течение речевой патологии, усугубляя ее проявления. Нередко это связано с неспособностью взрослых адекватно оценить свое поведение по отношению к ребенку и к возникшему у него речевому нарушению.

Целью проведенного исследования явилось выявление особенностей семейного воспитания детей с дизартрией. Исследование проводилось на базе ЦППМС Красносельского района г.Санкт-Петербурга. В нём приняли участие 50 дошкольников в возрасте 6–7 лет, из которых 25 с нормальным речевым развитием и 25 - со стертой псевдобульбарной дизартрией.

Для достижения поставленной цели было проведено обследование детей по двум методикам: «Рисунок семьи» и по методике Рене Жиля, направленное на выявление особенностей внутрисемейных и межличностных отношений ребенка с окружающими людьми.

Результаты исследования, полученные с помощью методики **«Рисунок семьи»,** позволили определить состояние семейной атмосферы на основе ощущений ребенка и показали следующее.

Несмотря на то, что в обеих группах испытуемые воспитываются в благополучных семьях с положительным эмоциональным фоном, достатком любви и внимания со стороны взрослого и высокими межперсональными связями между родителями и детьми, неблагоприятные семейные ситуации встречались чаще у детей с дизартрией, что приводило к яркому проявлению у них **тревожности**. В таких семьях дети часто чувствовали себя отчужденными, эмоциональные связи с членами семьи находились у них на низком уровне, наблюдался чрезмерный контроль и подавление их активности взрослыми.

Исследование выявило значительное число дошкольников, у которых наблюдалась ситуация **конфликта** *в семье* в обеих исследуемых группах. Часто родители разряжали на ребенке неприемлемую эмоциональную атмосферу, что приводило к тому, что дети чувствовали свою малоценность, ненужность, бессилие и стремились компенсировать это проявлением власти над другими, более слабыми членами семьи.

В обеих группах выявлено небольшое количество детей, испытывающих **чувство неполноценности** в семейной ситуации. Таким детям не хватало заботы со стороны родителей. Они считали себя ненужными и отверженными. Причиной этого, в частности, было то, что занятые своей работой родители недостаточно времени уделяли ребенку. В результате этого эмоциональные контакты родителей и детей постепенно ослабевали, происходили нарушения в сфере общения между членами семьи, вызывая их эмоциональную разобщенность.

Минимально выраженной в обеих группах оказалась **ситуация враждебности** в семье. Такие дети чувствовали враждебность или сами были агрессивно настроены против одного из членов семьи. В такой ситуации, как правило, не удовлетворялась потребность в эмоциональных контактах, ребенок искал недостающую любовь и внимание у другого взрослого (соседа, воспитателя, бабушки и т.д.). В зависимости от конкретной ситуации такие дети испытывали тревогу, чувство опасности, или, наоборот, стремление к доминированию, превосходству.

В целом у дошкольников с дизартрией превалировало чувство тревожности, которое, тем не менее, проявлялось минимально и могло быть связано с занятостью родителей на работе, с уменьшением совместного времяпрепровождения, отвлечением внимания родителей на других детей в семье и неумением родителей проявлять свою любовь к ребенку. Конфликтность же часто является следствием расхождения взглядов у родителей на воспитание, их раздорами между собой с переносом агрессии на ребенка. Также взрослые могут подавлять любую активность ребенка, недооценивая его возможности и способности.

Исследование особенностей взаимоотношений детей с окружающими, полученные с помощью **методики Рене Жиля** выявило существенные различия во взаимоотношениях детей с дизартрией и с нормальным речевым развитием с окружающими.

Если испытуемые с дизартрией в большинстве случаев были более сильно привязаны к матери (19 человек), то у их сверстников с

нормальным речевым развитием такие особенности наблюдались лишь у пятерых. Восприятие мамы и отца как родительской четы отмечено у 17 детей без речевых отклонений, и у 2 детей с дизартрией. В обеих группах отношения с отцами зачастую находились на низком уровне, что может быть связано с отсутствием отцов во многих семьях (либо заменой их отчимом), а также с нарушенным или недостаточным общением с ними.

Взаимоотношения с бабушкой и дедушкой важны для 8 детей с нормальным речевым развитием и только для 4 дошкольников с дизартрией. Слабо проявилась также привязанность детей к своим братьям и сестрам. Однако в обеих группах более значимыми были отношения с авторитетным лицом (воспитателем) у 11 детей без нарушений речи и у 9 – с дизартрией. Отношения с другом (подругой) существенны лишь для 2 детей с дизартрией и для 5 – с нормальной речью.

Особенности **личностных характеристик** испытуемых показал, что уровень социальной адекватности поведения высоко проявился в обеих группах (у 70% детей). Из личностных качеств можно отметить значительную степень любознательности, обнаруженную у 12 детей с дизартрией и у 16 с нормальным речевым развитием. Высокий уровень общительности выявлен у 15 детей без речевой патологии, в то время как у дизартриков этот показатель значительно ниже (9 человек). Следует отметить замкнутость, закрытость 5 испытуемых с дизартрией, чего нельзя сказать о детях второй группы. Достаточно сильным оказалось и стремление к доминированию у 9 детей с дизартрией, и у 7 детей с нормальной речью.

Таким образом, результаты исследования позволили выявить особенности взаимоотношений детей со стертой дизартрией с окружающими людьми. Ярко проявилась их сильная привязанность к матери и слабая – к отцу. Такая картина могла возникнуть из-за того, что мама больше времени проводит с ребенком, сильнее за него переживает и опекает, предъявляет меньшие (или в более мягкой форме) требования, чем отец. Следствием этого явился и более низкий, чем в контрольной группе, уровень восприятия матери и отца как родительской четы. В общении одни дети с дизартрией проявляли стремление к доминированию, достаточную активность, другие наоборот были замкнуты, что может быть связано с неуверенностью в себе, боязнью быть непонятым и непринятым, неумением общаться с другими.

Таким образом, результаты проведенного исследования выявили нарушения внутрисемейных отношений, процесса воспитания, а

также определенные особенности восприятия ребенком внутрисемейных отношений, особенности личностных характеристик детей обеих групп. Однако вышеуказанные нарушения и особенности были более ярко выражены в семьях, воспитывающих детей со стертой дизартрией, что позволяет сделать вывод о менее благоприятной семейной ситуации этих детей по сравнению с нормой, что, в свою очередь лишь усугубляет нарушение речи и снижает эффективность его преодоления.

Опыт использования Монтессори-педагогики в условиях специальной школы

Елисеева И.Г.

Национальный научно-практический центр коррекционной педагогики, г. Алматы

Реализация прав детей с нарушением интеллекта на получение образования, закрепленных в Законах Республики Казахстан приводит в настоящее время к серьезному изменению состава учащихся специальных коррекционных школ. В них начинает формироваться опыт обучения и воспитания школьников с умеренной степенью умственной отсталости (F 71 по МКБ 10). Включение детей указанной категории в образовательное пространство приводит к изменению уже сложившейся системы работы школ данного вида. Изменения касаются всех компонентов этой системы: целеполагания, содержания образовательно-воспитательного процесса, его материально-технического оснащения, методов и приемов обучения, форм педагогической документации, профессиональной подготовки кадров.

У детей с умеренной умственной отсталостью, приступающих к школьному обучению, по данным проведенного нами констатирующего эксперимента, наблюдается достаточно низкий «психологический» возраст. По отдельным линиям развития у одного ребенка он может приближаться к возрасту 4-5 лет, по другим – к 1,5 -2-3 годам. Понятно, что пребывание таких детей в традиционной школьной среде и обучение академическим навыкам, даже самым элементарным, не будет иметь должного успеха и результативности. У большинства обследованных детей наблюдаются: неуверенная походка, трудности с подпрыгиванием и бегом. Практически ни один из обследованных детей не умеет самостоятельно ползать, перепрыгивать и перешагивать через небольшое препятствие. Ручная

моторика неразвита настолько, что большинство детей 1 и даже 2 классов не в состоянии застегнуть и расстегнуть пуговицы, зашнуровать и расшнуровать шнурки, правильно держать ложку и выполнять другие действия по самообслуживанию. Ученики 1 и 2 класса не имеют четких представлений о сенсорных эталонах и нуждаются в интенсивном развитии восприятия и формировании ориентировочных сенсорных действий. В 1 и 2 классе значительное количество «неречевых» детей (до 60 % в 1 классе). Их затрудняет понимание обращенной речи педагога. В связи с этим, педагогу необходимо продумать формы неречевой и речевой коммуникации с учащимися. Обучение должно основываться на показе действий и подражательных возможностях учащихся. Речевое сопровождение действий учителем должно быть сведено к минимуму, чтобы облегчить концентрацию внимания детей на формируемых действиях. Характерные виды детской деятельности (игровая, изобразительная, конструктивная, элементарная трудовая) у учащихся с умеренной умственной отсталостью находятся на таком уровне, что не дает возможности для их использования в качестве дидактических приемов. Содержанием работы с учениками на начальных этапах становится создание предпосылок, и затем собственно развитие указанных видов детской деятельности.

Таким образом, школа должна обеспечить, прежде всего, условия, способствующие общему развитию детей, главными из которых являются собственная деятельность и активность. Следовательно, обучение должно иметь ярко выраженную практическую направленность с организацией доступных ученикам видов предметно-практической, хозяйственно-бытовой, игровой, изобразительной и др. видов деятельности, и реализовываться посредством индивидуальных программ обучения. Обеспечение названных условий требует создания соответствующей предметно-развивающей среды в условии специальной коррекционной школы и внесения изменений в уклад школьной жизни ребенка. Важно приблизить условия пребывания ученика в школе к тем, в которых ему придется функционировать вне стен школы, поскольку перенос знаний и навыков в другую ситуацию у таких детей крайне затруднен.

Особые образовательные потребности рассматриваемой категории школьников могут быть удовлетворены посредством использования в школе педагогической системы М.Монтессори в качестве одного из компонентов комплексного подхода к организации коррекционно-воспитательного процесса. Педагогика Монтессори, созданная автором более ста лет назад для обучения умственно

отсталых детей и используемая в дальнейшем для воспитания обычных детей, широко признана во многих странах мира. Педагогическая общественность Казахстана активно изучает и использует ее в практике обучения и воспитания, прежде всего, нормативно развивающихся детей дошкольного и младшего школьного возраста. Направленность Монтессори-педагогики на формирования у детей активности, самостоятельности, навыков практической деятельности и коммуникации, в соответствии с индивидуальными возможностями и темпом развития каждого, стали основанием для обращения к ней педагогов специальной коррекционной школы для детей с нарушением интеллекта г.Астаны (директор К.А.Каткенов). Школа является экспериментальной площадкой национального научно-практического центра коррекционной педагогики. Инициатива педагогического коллектива была поддержана сотрудниками лаборатории специального школьного обучения.

Для корректного включения в качестве составляющей комплексной коррекционно-развивающей системы обучения и воспитания детей с умеренной умственной отсталостью нетрадиционной для нашей школы педагогической системы необходимо было подготовить к этой работе педагогов и создать необходимую предметно-развивающую среду. Школой были приобретены классические Монтессори-материалы и оформлена соответствующая рабочая комната. Психологи школы прошли курсовую подготовку. Для обучения педагогического коллектива и проведения мастер-класса по организации свободной работы детей в Монтессори-кабинете из Германии была приглашена международный эксперт в области Монтессори-педагогики, имеющая большой опыт работы с умственно отсталыми школьниками. Госпожа У. Чаппо могла создать предметно-развивающую среду в соответствии с уровнем развития учеников 1 класса. Основной акцент сделан на подбор материалов для упражнений практической жизни и сенсорного воспитания, что соответствует психологическому возрасту учеников класса.

Упражнения практической жизни позволяют ребенку освоить действия, которые будут использоваться им в повседневной практике всю жизнь, что является наиболее важной и реально выполнимой задачей социальной абилитации и адаптации. Упражнения охватывают четыре области: воспитание движений, уход за собой, забота об окружающей среде, социальные контакты. Детям предоставляется возможность выполнять многообразные ручные

действия: черпание, пересыпание, переливание, завинчивание, застегивание, зашнуровывание, завязывание, ношение предметов, мытье рук, посуды, стирка, глажение, складывание вещей и др. Упражнения практической жизни содержат элементы культурной среды. Их выполнение помогает ребенку ощутить свою принадлежность к обществу. Помимо конкретной цели обучения какому-либо навыку они приучают к порядку и самостоятельности. В каждом упражнении ребенку предлагается действовать, совершая все более дифференцированные движения. При этом создается возможность для развития двигательных функций ребенка, развивается концентрация внимания, формируются волевые процессы, самостоятельность и уверенность в своих силах.

Сенсорный Монтессори- материал состоит из упражнений, которые позволяют ребенку сконцентрироваться на изучении физических свойств предметов: формы, величины, цвета, веса, текстуры, температуры. Материал ограничен тем, что он призван демонстрировать. Этот прием приводит к формированию у ребенка «фокуса внимания», способствует развитию наблюдательности, облегчает формирование сенсорного опыта и его словесное обозначение. Сенсорные упражнения закладывают базу для интеллектуального развития ребенка, способствуют формированию речи и элементарных математических представлений. В рабочую комнату были помещены языковые и математические материалы, а также материалы для космического воспитания, однако, как показала практика, интерес первоклассников распространялся, прежде всего, на упражнения практической жизни и сенсорные упражнения.

Конечно, свободная работа учеников 1 класса в Монтессори-кабинете не могла быть организована с первых дней их пребывания в школе. Детям необходимо было адаптироваться к новым условиям жизни, наладить отношения с незнакомыми взрослыми (педагогами и персоналом школы) и детьми, изучить помещения школы, познакомиться с самыми общими правилами поведения.

Работа учеников в специально подготовленной предметной среде была организована поэтапно. На первом этапе педагогом проводились индивидуальные занятия. На таких занятиях ребенок знакомился с правилами работы в кабинете, с материалами и способами их использования, с их местом на полках. Педагог демонстрировал приемы работы с материалами. Упражнения подбирались с учетом уровня развития ученика, его возможностей и потребностей. Педагог стремился оказать каждому ребенку такую степень помощи, чтобы ученик был максимально активен и

самостоятелен. Основной целью индивидуальных занятий было формирование умения самостоятельно выбрать материал для работы. Умственно отсталый ребенок испытывает значительные затруднения в ситуации выбора. Поэтому на индивидуальных занятиях предлагалось сделать выбор из 2-4 материалов.

На втором этапе работы проводились малогрупповые занятия с учениками, на которых возникали условия не только для большей активности и самостоятельности учеников, но и для формирования у них навыков взаимодействия, сотрудничества и умений наблюдать, не мешая, за работой друг друга.

И, наконец, со второго полугодия стала возможной организация так называемой «свободной работы» в специально подготовленной предметной среде Монтессори-кабинета. К этому времени ученики были знакомы с правилами работы, с упражнениями практической жизни и сенсорными упражнениями, большая часть детей умела сделать самостоятельный выбор работы, места для ее осуществления, могли завершить работу и убрать за собой материалы. Дети научились просить помощь у учителя, а не прибегать к пассивности, как привычной стратегии поведения.

На индивидуальных, малогрупповых занятиях и особенно в свободной деятельности создавалась прекрасная возможность изучать особенности развития каждого ребенка, учиться наблюдать и фиксировать наблюдения в специальном журнале. И далее, анализируя записи, определять потребности и интересы каждого ребенка на основании знания онтогенеза и сенситивных периодов развития. С учетом полученной информации изменять, усложнять предметно-развивающую среду Монтессори-кабинета. Такая аналитическая деятельность должна стать важным компонентом профессиональной деятельности учителя.

Наблюдения свободной работы учеников в Монтессори-кабинете убедили нас в правильности выбора педагогической системы Монтессори в качестве одной из составляющих комплексного подхода к социальной абилитации и адаптации детей с умеренной умственной отсталостью. На ежедневных полуторачасовых занятиях в Монтессори-кабинете к концу учебного года ученики проявляли такую активность и самостоятельность, которая изменила наши представления о возможностях детей, вселила оптимизм в отношении процесса обучения и воспитания школьников рассматриваемой категории. Дети научились многим навыкам по самообслуживанию и уходу за окружающей средой (подметание мусора, вытирание стола, мытье посуды, глажение и складывание небольших вещей). Ученики

аккуратно и ловко пользуются стеклянной посудой. У части детей особый интерес проявлялся к упражнениям в переливании воды с использованием различных стеклянных емкостей. Нам удалось наблюдать у наших первоклассников так называемый «феномен Монтессори» - поляризацию внимания, описанный ею очень ярко и эмоционально в отношении детей с обычным развитием. К нашему великому удивлению ребенок концентрировал свое вниманиепри выполнении упражнений по переливанию в течение 60 минут. При этом он настолько был погружен в работу, что его не отвлекали дети, свободно передвигающиеся в помещении, выполняющие другую работу, и иногда громко говорящие рядом с ним. Практический опыт еще раз убеждает нас в общности законов развития всех детей.

Использование педагогической системы Монтессори как составляющей комплексного подхода потребовало от администрации школы пересмотра традиционного школьного расписания и организационных основ педагогического процесса. В режиме дня учащихся 1 класса было определено время для свободной работы в кабинете Монтессори, для традиционных коллективных занятий в классе, а также для индивидуальных коррекционных занятий с логопедом, психологом, а также с педагогом в Монтессори-кабинете (по потребностям) во второй половине дня. Учебный день школьников построен с учетом соблюдения охранительного педагогического режима. Занятия чередуются с прогулками, игровой деятельностью и отдыхом.

Экспериментальная работа по совершенствованию реабилитационной среды в условиях специальной коррекционной школы с использованием Монтессори-педагогики продолжается. Необходимо решить вопросы, связанные с фиксированием процесса и оценкой результатов развития ребенка в специально подготовленной среде. Есть потребность в развитии и адаптации Монтессори-материалов с учетом особенностей школьников с умеренной умственной отсталостью, разработке новых упражнений и решении других организационных и методических проблем.

Проблема эмоционального состояния родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии

Пастухова М.В.
Рязанский государственный университет им. С.А. Есенина,
г. Рязань

В современном обществе увеличивается количество детей с различными нарушениями психического и физического развития.

Согласно данным ВОЗ «только 20 % <…> детей условно являются здоровыми, остальные или <…> по своему психофизиологическому состоянию занимают граничное положение между здоровьем и болезнью, или страдают нарушениями психического развития, или больны. Общая частота психических расстройств у детей в развитых странах составляет 10%, в развивающихся странах – около 15 %, в России – более 15 %» [2, 48].

По словам С.Д. Забрамной, И.Ю. Левченко, наблюдения специалистов показывают, что у 12 – 19% детей дошкольного возраста диагностируются выраженные формы психических расстройств, 30 – 40% составляют группу риска по развитию психических нарушений. Кроме того, в дошкольном возрасте 25% детей, а по некоторым данным 30 – 45%, требуют организации специальных условий обучения и воспитания. Среди учащихся 20 – 30% детей нуждается в специальной психолого-педагогической помощи, а свыше 60% относятся к так называемой «группе риска». Рост заболеваемости среди детей обусловливает нарастание инвалидизации детского населения [3, 19 – 20].

Это позволяет говорить о том, что растет число родителей, в семьях которых рождаются дети с ограниченными возможностями здоровья и развития.

Мысль о психотравмирующем влиянии человека с психофизическими нарушениями на семью была высказана уже сравнительно давно. Так, еще Э. Крепелин, говоря о душевнобольных, указывал на то, что «… большинство из них живут десятки лет в состоянии слабоумия и полной беспомощности и составляют для семьи и для общества тяжелое, с каждым годом возрастающее бремя» [5, 40]. Однако, Л.С. Выготский, подчеркивая значимость семейной среды и необходимость семейного воспитания для ребенка с отклонениями в развитии, считал, что «… специальная школа создает систематический отрыв от нормальной среды…» [1, 74]. Следует особо подчеркнуть, что признаваемое современной наукой

«отрицательное влияние госпитализации на процессы развития и адаптации больного ребенка свидетельствует о необходимости сокращения времени пребывания его в лечебных учреждениях и максимального переноса лечебных и реабилитационных мероприятий в круг семьи» (М.Е. Максимова, Н.М. Полонская, М.В. Ряховская) [4, 92].

Таким образом, актуальность изучаемого вопроса определяется с одной стороны проблемой психической травматизации родителей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, вызванной фактом его рождения и последующего воспитания, и с другой тем, что семья является благотворной средой для развития особого ребенка.

По словам В.В. Ткачевой, «современный подход к семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматривает ее как реабилитационную структуру, изначально обладающую потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка. <…> Семья рассматривается как системообразующая детерминанта в социально-культурном статусе ребенка, предопределяющая его дальнейшее психофизическое и социальное развитие» [8, 5].

В связи с этим, на первый план выходит вопрос об эффективности семьи в выполнении ее реабилитационных функций. При этом особого внимания заслуживают особенности эмоционального состояния родителей, воспитывающих ребенка с нарушенным развитием. Данная проблема очевидно актуальна в связи с тем, что «на сегодняшний день установлено, что рождение и воспитание аномального ребенка вызывает у родителей комплекс негативных реакций и переживаний, которые обобщаются понятием «родительский стресс» (М.В. Маркова, Т.Г. Ветрила) [5, 41].

Исследователями описаны психологические особенности переживаний родителей как следствие рождения и воспитания ребенка с особенностями в развитии, среди которых выделены этапы адаптации родителей к стрессу (Э. Шухардт) [9, 17], типологические особенности родителей как варианты акцентуаций, возникающих в результате длительной психотравмирующей ситуации (В.В. Ткачева) [8, 42–46], и прочие характеристики, определяющие особенности эмоционального состояния родителей данной категории детей. Кроме того, выделены основные периоды жизненного цикла семьи, являющиеся травматичными для родителей (О.В. Солодянкина) [7, 5] и другие факторы, влияющие на эмоциональное состояние членов семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Согласно В.А. Вишневскому, «…воздействие длительной, неразрешимой, объективно крайне тяжелой психической травматизации <…> в двух третьих случаев вызывает у матери появление депрессивной симптоматики, которая затем проявлялась в следующих формах: депрессивный невроз – затяжная невротическая депрессия – депрессивное невротическое развитие личности» [5, 43].

Исходя из представления о том, что разными родителями неодинаково преодолеваются последствия «родительского стресса» как основного показателя эмоционального состояния, можно предположить, что данное обстоятельство различным образом будет отражаться на особенностях родительского отношения к ребенку с отклонениями в развитии и, в конечном итоге, на особенностях семейного воспитания.

Таким образом, можно прогнозировать, что при эмоциональных проблемах родительское отношение будет иметь определенные специфические особенности (как правило, отрицательные), а, следовательно, семейное воспитание ребенка с отклоняющимся от нормы развитием будет приобретать негативные черты, свидетельствующие о типах неправильного воспитания. Соответственно, при дисгармоничном воспитании в семье, ее реабилитационный потенциал для ребенка с отклонениями в развитии будет минимальным.

В связи с этим особую значимость приобретают вопросы оказания психологической помощи семье особого ребенка. Современными авторами (М.Е. Максимова, Н.М. Полонская, М.В. Ряховская) вводится понятие «семейная реабилитация», «которое включает проведение реабилитационных мероприятий, направленных на семью в целом (т.е. как на самого ребенка, так и на его родителей и других людей, связанных с жизнью данного ребенка)» [4, 92]. В контексте рассматриваемого нами вопроса это, в первую очередь, родители аномального ребенка.

Исследователями разработаны специальные методики, предназначенные для диагностического обследования членов семьи ребенка с проблемами в развитии, среди которых: Методика диагностики отношения к болезни ребенка – ДОБР (В.Е. Каган, И.П. Журавлева) [6]; Методика «История жизни с проблемным ребенком» (В.В. Ткачева) [8]; Адаптированный тематический апперцептивный тематический тест – АТАТ (В.В. Ткачева) [8]; Анкета «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачева) [8]; Социограмма «Моя семья» (В.В. Ткачева) [8]; и др., применение которых в совокупности с методиками, предназначенными для изучения

личности, эмоциональной сферы и семейных отношений в целом, сможет позволить определить пути психологической помощи родителям детей с отклонениями в развитии.

Литература

1. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т.А. Власовой. – М., 1983. – 368 с.
2. Ветрила Т.Г. Медико-психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития // Медицинская психология. – Т. 4, № 1 (13), – 2009.- 48 – 51с.
3. Забрамная С.Д., Левченко И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития (курс лекций). – М.: В. Секачев, 2007. – 128 с.
4. Ефимов А.П. Семейная реабилитация детей с заболеваниями органов движения: Пособие для родителей. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2005. – 286 с.
5. Маркова М.В., Ветрила Т.Г. О разработке комплексной системы медико-психологической реабилитации семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития // Журнал психиатрии и медицинской психологии, – № 2 (22), – 2009. С. 38 – 45.
6. *Методика диагностики отношения к болезни ребенка* (ДОБР) (В.Е. Каган, И.П.Журавлева) [Электронный ресурс]. URL: http://vsetesti.ru/350/ (дата обращения: 05.04.2011 г.).
7. Солодянкина О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье. – М.: АРКТИ, 2007. – 80 с.
8. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование / Под научной редакцией И.Ю. Левченко. – М.: Книголюб, 2008. – 144 с.
9. Ткачева В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии. – М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318 с.

Психологические предпосылки самореализации студентов с ограниченными возможностями здоровья в интегрированной образовательной среде

Сердюк Л.З.

Институт психологии им. Г.С. Костюка НАПН Украины

Самореализация личности в образовании - один из этапов развития и становления личности. Развитие готовности личности к самореализации, как проявления задатков и способностей, связана с гуманистически ориентированным образованием, целостным подходом к развитию личности.

Согласно К. Роджерсу, самореализоваться человек может только самостоятельно. Тем не менее, нужны принципиально важные условия, в которых происходит становление личности человека. Такими характеристиками человека является степень активности его усилий, направленных на преодоление жизненных трудностей, чувство личной ответственности за события, которые с ним происходят [2,3,6]. Актуальное значения эти характеристики приобретают в ходе социальной адаптации к непостоянным условиям современной жизни. Особая роль в динамизме социальных условий принадлежит молодежи.

Социальное положение студенческой молодежи имеет свою специфику. В отличие от своих ровесников, студенческая молодежь включена в учебную деятельность. Это обстоятельство является фактором, в значительной мере зависящем от эффективности образовательной системы и воспитания. По логике профессионального становления личности, отношение к обучению должно быть важнейшей ценностью в личностном смыслообразовании, интересах и социальных ожиданиях студентов.

Период студенчества - это период поиска оптимального смысла жизни, он усложняется тем обстоятельством, что выбор основной стратегии жизни совпадает с периодом, когда у человека еще маленький жизненный опыт, мало жизненной мудрости, а образовательный процесс в школе и ВУЗах не создает надлежащих условий для главной задачи - постановки жизненных целей и выбора ведущей линии жизни. У студентов с инвалидностью особенность этапа обучения в ВУЗе связана с действием многих факторов, в результате чего, могут формироваться ложные представления о себе,

своих возможностях, способностях и, как следствие, деформация жизненного сценария, неадекватный профессиональный выбор, неэффективность процесса профессионального становления, отсутствие или извращение мотивации обучения, жизненных планов, целей и т.д.

Проблема интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в образовательную среду, базируясь на принципе «равный-равному», остро возникает перед современным обществом. Для обеспечения действенной программы комплексной психолого-педагогической поддержки всех участников учебного процесса инклюзивного образования необходимо комплексное психологическое исследование факторов и препятствий личностной самореализации.

Актуальность данного исследования определяется практической необходимостью определения факторов внутреннего равновесия и развития личности, которые способствуют ее адекватному социальному поведению и самореализации. Важным условием эффективности и успешности профессиональной самореализации и будущей профессиональной деятельности, требующей реализации собственных возможностей, является психологическое благополучие личности будущего специалиста. Несмотря на широкую распространенность понятия «психологическое благополучие» в научной и научно-популярной литературе, в современной психологии нет его общепринятого определения.

Исследованию данной проблемы посвящено значительное количество работ [5,6 и др]. Теоретические концепции субъективного благополучия в основном созданы в контексте экзистенциально-феноменологического подхода, но также существуют оригинальные и самостоятельные модели субъективного благополучия, в частности, в роботах А.В.Ворониной и П.П.Фесенко [1, 7]. Как интегральное по отношению к личности образование, психологическое благополучие существует в динамике и включает в себя временной и мотивационно-деятельностный аспекты. Можем также предположить, что психологическое благополучие зависит от степени реалистичности, структурированности и целостности (согласованность будущего, прошлого и настоящего) жизненной перспективы личности, которая включает цели, планы, ценности и стремление.

Данное исследование проводилось в интегрированных студенческих группах Открытого международного университета развития человека «Украина», где здоровые студенты учатся вместе со студентами с ОВЗ. В исследовании были использованы следующие

методики диагностики: самоотношения (Столин-Пантелеев); САТ (адаптированный вариант методики Шострома); СЖО (Леонтьєв); восприятия взаимосвязи прошлого, настоящего и будущего в структуре психологического времени личности (Кроник).

В исследовании приняли участие студенты с ОВЗ - 96 человек; студенты, которые не имеют инвалидности - 82 человека.

Мы ожидали выявить существенные отличия по исследуемым показателям между выборками здоровых студентов и студентам с ОВЗ. Тем не менее, выраженность показателей самоотношения говорит о несущественных отличиях в личностных профилях выделенных групп студентов.

Оценка различий проводилась посредством сравнения выборок с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверные различия выявлены лишь по шкале ожидания положительного отношения других ($p<0,001$). Для выделенных групп характерна также схожесть профилей по показателям самореализации личности. Достоверные отличия выявлены в показателях по шкалам спонтанности ($p<0,001$), компетентности во времени, поддержки, ценностных ориентаций, гибкости поведения, сензитивности к себе, самоуважению, самопринятию ($p<0,05$). В смысложизненных ориентациях отличия проявляются по шкалам ориентация на процесс ($p<0,001$), локус контроля Я ($p<0,001$), показатели которых более выражены у студентов с инвалидностью. Также для последних в большей степени характерна настойчивость в достижении целей ($p<0,05$).

Для выявления возможности регуляции сознания и поведения личности студентов с ОВЗ через изучение восприятия взаимосвязи прошлого, настоящего и будущего в структуре психологического времени нами использовалась методика А.А.Кроника [3], что дало возможность выявить ряд отличий в выделенных группах. У студентов с инвалидностью ожидаемая продолжительность жизни значительно ниже, чем у здоровых - в среднем на 26 лет. Выявлены случаи, когда 20-летний человек планирует прожить 27-40 лет.

Очень важным показателем является психологический возраст (ПВ) человека, как интегральный показатель отношения человека к времени жизни, и его соотнесение с паспортным возрастом (хронологическим). Соответствие психологического и паспортного возраста свидетельствует об умении человека найти приемлемый для себя темп жизни, соотнести притязания с возможностями. Выявлено, что у здоровых студентов ПВ близок к хронологическому (ХВ). У студентов с ОВЗ этот показатель несколько выше, чем у здоровых. Следует обратить внимание на разброс данных: лишь у 40 %

студентов с ОВЗ ПВ адекватен ХВ, в 27% находится в пределах 14 лет, что может быть показателем не реализованного творческого потенциала, в 33 % - 28 лет, что может быть причиной пессимистичности и ограниченности жизненных перспектив и сопровождаться выраженными потребительскими и гедонистическими ориентациями, поскольку завышенный ПВ коррелирует с низкими показателями самочувствия, активности, расположения духа и жизненного удовлетворения [8].

Оценки пятилетних интервалов жизни, их уровень, свидетельствуют о высокой значимости студенческих лет как у здоровых студентов, так и студентов с инвалидностью, а также о рациональном восприятии своего бытия.

Полученные данные дают основания говорить о недостаточной выраженности дефицитарности личности студентов с ОВЗ и адаптированности к условиям интегрированного обучения. Тем не менее, внутригрупповые связи в выделенных группах имеют определенные отличия. Наблюдается высокая потребность студентов с ОВЗ в помощи близкого окружения, которая касается выстраивания жизненных задач и получение обратной связи относительно процесса и результативности их жизни. Социальное окружение имеет значительное влияние на эффективность и качество жизни студентов с ОВЗ как в смысле реальной помощи, так и психологической поддержки их субъективного благополучия. Такие особенности свидетельствуют об отличиях в личностной организации сравниваемых категорий исследуемых. У студентов с ОВЗ связи между личностными характеристиками преимущественно детерминированы показателями ожидания поддержки других и ожидания положительного отношения других за счет ресурса которых осуществляется саморегуляция, мобилизуются другие структуры личности.

Таким образом, успешность самореализации студентов с ОВЗ заключается в обеспечении возможностей развития «Я» с помощью собственных усилий, совместной деятельности с другими людьми, обществом в целом. Поскольку, психологическое благополучие личности зависит от характеристик жизненного мира, личностного пространства и возможностей окружающей среды, то обеспечивая оптимальное психологическое сопровождение обучения студентов с ОВЗ в интегрированных группах, через поддержку и положительное отношение, можно в значительной степени повлиять на их психологическое благополучие, качество жизни, реализацию своих возможностей, что, в свою очередь, будет способствовать повышению

показателей осмысленности жизни, осознанию жизненных целей и оценке вероятности их достижения.

В трансформации целей образования, создания условий для самореализации личности в образовательной среде может быть использованная синергетика как общая исследовательская установка, как когнитивная схема исследования, как метод научных исследований и практической деятельности. С точки зрения синергетического мировоззрения не правомерно смешивать понятие цели и смысл, поскольку отсутствие цели не означает отсутствие смысла. Поэтому смыслом стратегии образования становится не построение последовательности действий педагога, направленных на студента как объект педагогических влияний, а создание условий для студента как будущего субъекта профессиональной деятельности, создание мощной, духовно обогащенной и разноплановой образовательной среды каждый участник которой должен сознавать не столько цель образования, сколько его ценность, формируя у него не образ будущей профессии, а образ будущего, связанного с профессией. Интегрированная образовательная среда вполне может выступать моделью такой образовательной системы.

Литература

1. Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы: автореф. дис. канд. психол. наук /А.В. Воронина. – Томск, 2002.

2. Гершунский Б.С. Концепция самореализации личности в системе обоснования ценностей и целей образования// Педагогика. – 2003. – №10. – С.3 – 7.

3. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. – К., 1984.

4. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение /С.К. Нартова-Бочавер //Психологический журнал. - 2003. - №6. - С.37-48.

5. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности» и его эвристические возможности / С.К. Нартова-Бочавер //Психологическая наука и образование. - 2002. - №1. - С.35-42.

6. Панина Е.Н. Взаимосвязь суверенности психологического пространства и субъективного благополучия личности

7. Фесенко П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: автореф. дис. канд. психол. наук / П.П. Фесенко. - М., 2005.
8. Человек в экстремальной производственной ситуации (опыт социологического исследования ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС). – К., 1990.

Оценка эффективности психологической реабилитации

Эффективность групповой психосоциальной работы с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами

Гурович И.Я., Ривкина Н.М.
Московский НИИ психиатрии Росздрава, г. Москва

Цель: Определить эффективность дифференцированных семейных воздействий при оказании помощи пациентам с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами.

Материалы и методы: Группу обследованных составили пациенты, получавшие комплексную медикаментозную и психосоциальную терапию с включением семейного воздействия (1-ая группа, 51 пациент) и получавшие идентичное комплексное лечение без включения семейного воздействия (2-ая группа, 51 пациент) в Клинике Первого Эпизода Болезни ФГУ МНИИП Росздрава. Совместно с каждым пациентом 1-ой группы в исследование были включены родственники (83 чел.), находившиеся в регулярном тесном контакте с больными на инициальных этапах заболевания.

Семейное воздействие было нацелено на формирование системы поддержки пациента ближайшим социальным окружением. Модель мультисемейной групповой работы представляла собой интерактивный тематический семинар с элементами психообразования, тренинга совладания со стрессом, коммуникативного и проблемно-разрешающего тренинга. Цикл состоял из 10 занятий. Частота занятий – 1 раз в неделю.

Результаты и выводы: Оценка эффективности воздействия включала изучение клинических параметров и социального функционирования, субъективного опыта и самооценки пациентов в 1-ой и 2-ой группах, а также динамику ряда показателей субъективного опыта родственников пациентов. Пациенты обеих групп были сопоставимы по демографическим и клиническим характеристикам и, за исключением семейного воздействия, получали помощь одинакового объема и интенсивности.

В сравнении с рутинной помощью, пациенты 1-ой группы демонстрировали более выраженную динамику показателей социального функционирования и качества жизни. Они в большем проценте случаев сохранили прежней круг общения (54,90 % в 1-ой группе, 41,17% во 2-ой группе, $p<0,01$), вернулись к учебе (49,01% и 29,41% соответственно, $p<0,05$), вновь устроились на работу (39,21% и 31,37% соответственно, $p<0,05$). Одновременно, в годовом катамнезе пациенты 1-ой группы при ухудшении состояния достоверно чаще, чем пациенты 2-ой группы получали помощь в наименее ограничительных, амбулаторных условиях (55,6% и 38,46% соответственно, $p<0,01$), находились под динамическим наблюдением специалистов (94,12% и 90,19% соответственно, $p<0,0001$), были комплайентны.

Полученные нами данные позволяют говорить о том, что включение мультисемейного воздействия в систему психосоциальной терапии пациентов с первыми психотическими эпизодами по результатам годового катамнеза оказывает наиболее выраженное влияние на социальное функционирование, носит превентивно-сберегающий характер, позволяет пациентам восстановить потери продромального периода и сохранить прежние социальные позиции.

Оценка эффективности психологической реабилитации детей раннего возраста.

Развитие детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с первых дней жизни отличается определенными особенностями в зависимости от характера и степени тяжести имеющихся у них нарушений, специфических проблем, ограничивающих их способности к развитию.

Всем им в той или иной степени необходима дополнительная стимуляция, помощь и поддержка взрослых, и, как правило, родители этих детей не могут решать эти проблемы самостоятельно. Раннее выявление проблем в развитии ребенка и своевременная грамотно организованная коррекция способны обеспечить максимальную реализацию реабилитационного потенциала ребёнка, а для значительной части детей открыть возможность включения их в общий образовательный поток.

Рост числа детей с нарушениями в состоянии здоровья, с врожденными нервно-психическими заболеваниями привел к увеличению детей группы риска, нуждающихся в различных формах педагогической и медико-социальной помощи, что обусловило организацию Службы ранней помощи.

Служба ранней диагностики (Служба) ГОУ ДПО ЦПК «Ресурсный центр» г.о. Чапаевска Самарской области была создана в соответствии с областной целевой программой развития региональной системы комплексной реабилитации детей и подростков с проблемами в развитии «Реабилитация», утвержденной законом Самарской области в мае 2002 года.

Цель Службы — обеспечение ранней и наиболее полной интеграции ребёнка раннего возраста с проблемами в развитии в социум.

Основными направлениями деятельности Службы в настоящее время являются:

13. Диагностическое направление, выступающее в роли оценки эффективности проведенных мероприятий с детьми и родителями.

14. Коррекционно-развивающее направление: реализация коррекционной программы, составленной специалистами Службы.

15. Консалтинговое направление: консультирование родителей, педагогов и специалистов МДОУ по работе с детьми раннего возраста с ОВЗ.

16. Информационно-просветительское направление: издание и распространение информационных и методических буклетов для родителей и педагогов МДОУ.

17. Организационно-методическое направление: методическая помощь педагогам МДОУ по вопросам организации и проведении образовательной работы с детьми раннего возраста, имеющими ОВЗ.

Психологическая реабилитация рассматривается нами как система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний.

Основные принципы **психологической реабилитации** были учтены в организации и деятельности специалистов Службы:

- реабилитация детей должна начинаться на самых ранних стадиях развития;

- процесс реабилитации должен осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций;

- комплексный подход в осуществлении психореабилитационных мер;

- разноплановость усилий – направленность реабилитационного процесса на различные сферы жизнедеятельности;

- последовательность – создание «переходов» от одного реабилитационного мероприятия к другому;

- принятие в единстве социально-психологических и биологических факторов развития в системе реабилитационного воздействия.

Изначально услуга ранней помощи предполагала в основном индивидуальную работу с семьей и ребенком. На индивидуальных коррекционных занятиях специалисты, постепенно расширяя рамки игровой деятельности, помогали ребенку справиться со специфическими трудностями и выйти только в определенных областях развития на новый уровень.

Однако дальнейшее получение образования детьми может стать затруднительным, так как необходима работа по преодолению их изолированности от общества, обучению взаимодействию с различными группами людей, предупреждению появлений отрицательных реакций и закреплению положительных поведенческих проявлений. Необходима была организация деятельности, направленной на адаптацию и социализацию детей с ОВЗ в общество. Но невозможно представить себе процесс социализации ребенка без опыта общения с другими детьми. В норме у детей 2-3 года жизни появляется потребность в общении друг с другом, с возрастом эта потребность увеличивается.

Все это обуславливает необходимость применения групповой работы, одной из форм которой являются групповые занятия с детьми и их родителями. Этот вид работы приносит неоценимую пользу не только детям, но и помогает родителям лучше понять своего ребенка, научиться взаимодействовать с ним и чувствовать себя уверенней.

В связи с этим специалистами Службы была разработана коррекционно-развивающая психолого-педагогическая программа «Вместе с мамой», которая составлена с учетом особых образовательных потребностей и специфики деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья. Цель программы: содействие социализации детей с ОВЗ в среде сверстников, повышение психолого-педагогической грамотности родителей.

Организация и проведение занятий в соответствии с программой способствует улучшению показателей развития детей:

- для детей с нарушениями развития – помогает достигнуть уровня развития, соответствующего календарному возрасту;
- для детей со стойкими нарушениями здоровья – скорректировать уровень развития до максимально возможного в соответствии с реабилитационным потенциалом.

Оценку эффективности работы по программе специалисты проводят по следующим параметрам:

- Рост уровня психолого-педагогической компетентности родителей (наблюдение, анкетирование, опросники).
- Сформированность позитивных изменений во взаимоотношениях «мать-дитя», повышение уровня психолого-педагогической компетенции родителей (наблюдение, анкетирование, опросники детско-родительских отношений).
- Сформированность умения ребенка устанавливать контакт с взрослыми и детьми (наблюдение, мониторинг).
- Показатели в социальном, психическом, сенсорном, речевом развитии (отслеживается с помощью диагностических методик).

Сравнительный анализ показателей уровня развития ребенка на подготовительном и заключительном этапах дает основания для корректного прогнозирования результатов реабилитации, диапазон которых может быть очень широкий от частичного восстановления или компенсации дефекта развития до полной интеграции ребенка в общество.

Оценка эффективности психологической реабилитации детей раннего возраста

Евстропова С.И.
ГОУ ДПО ЦПК РЦ г.о. Чапаевск

Развитие детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с первых дней жизни отличается определенными особенностями в зависимости от характера и степени тяжести имеющихся у них нарушений, специфических проблем, ограничивающих их способности к развитию.

Всем им в той или иной степени необходима дополнительная стимуляция, помощь и поддержка взрослых, и, как правило, родители этих детей не могут решать эти проблемы самостоятельно. Раннее

выявление проблем в развитии ребенка и своевременная грамотно организованная коррекция способны обеспечить максимальную реализацию реабилитационного потенциала ребёнка, а для значительной части детей открыть возможность включения их в общий образовательный поток.

Рост числа детей с нарушениями в состоянии здоровья, с врожденными нервно-психическими заболеваниями привел к увеличению детей группы риска, нуждающихся в различных формах педагогической и медико-социальной помощи, что обусловило организацию Службы ранней помощи.

Служба ранней диагностики (Служба) ГОУ ДПО ЦПК «Ресурсный центр» г.о. Чапаевска Самарской области была создана в соответствии с областной целевой программой развития региональной системы комплексной реабилитации детей и подростков с проблемами в развитии «Реабилитация», утвержденной законом Самарской области в мае 2002 года.

Цель Службы — обеспечение ранней и наиболее полной интеграции ребёнка раннего возраста с проблемами в развитии в социум.

Основными направлениями деятельности Службы в настоящее время являются:

18. Диагностическое направление, выступающее в роли оценки эффективности проведенных мероприятий с детьми и родителями.
19. Коррекционно-развивающее направление: реализация коррекционной программы, составленной специалистами Службы.
20. Консалтинговое направление: консультирование родителей, педагогов и специалистов МДОУ по работе с детьми раннего возраста с ОВЗ.
21. Информационно-просветительское направление: издание и распространение информационных и методических буклетов для родителей и педагогов МДОУ.
22. Организационно-методическое направление: методическая помощь педагогам МДОУ по вопросам организации и проведении образовательной работы с детьми раннего возраста, имеющими ОВЗ.

Психологическая реабилитация рассматривается нами как система мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций и состояний.

Основные принципы психологической реабилитации были учтены в организации и деятельности специалистов Службы:

- реабилитация детей должна начинаться на самых ранних стадиях развития;

- процесс реабилитации должен осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций;

- комплексный подход в осуществлении психореабилитационных мер;

- разноплановость усилий – направленность реабилитационного процесса на различные сферы жизнедеятельности;

- последовательность – создание «переходов» от одного реабилитационного мероприятия к другому;

- принятие в единстве социально-психологических и биологических факторов развития в системе реабилитационного воздействия.

Изначально услуга ранней помощи предполагала в основном индивидуальную работу с семьей и ребенком. На индивидуальных коррекционных занятиях специалисты, постепенно расширяя рамки игровой деятельности, помогали ребенку справиться со специфическими трудностями и выйти только в определенных областях развития на новый уровень.

Однако дальнейшее получение образования детьми может стать затруднительным, так как необходима работа по преодолению их изолированности от общества, обучению взаимодействию с различными группами людей, предупреждению появлений отрицательных реакций и закреплению положительных поведенческих проявлений. Необходима была организация деятельности, направленной на адаптацию и социализацию детей с ОВЗ в общество. Но невозможно представить себе процесс социализации ребенка без опыта общения с другими детьми. В норме у детей 2-3 года жизни появляется потребность в общении друг с другом, с возрастом эта потребность увеличивается.

Все это обуславливает необходимость применения групповой работы, одной из форм которой являются групповые занятия с детьми и их родителями. Этот вид работы приносит неоценимую пользу не

только детям, но и помогает родителям лучше понять своего ребенка, научиться взаимодействовать с ним и чувствовать себя уверенней.

В связи с этим специалистами Службы была разработана коррекционно-развивающая психолого-педагогическая программа «Вместе с мамой», которая составлена с учетом особых образовательных потребностей и специфики деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья. Цель программы: содействие социализации детей с ОВЗ в среде сверстников, повышение психолого-педагогической грамотности родителей.

Организация и проведение занятий в соответствии с программой способствует улучшению показателей развития детей:

- для детей с нарушениями развития – помогает достигнуть уровня развития, соответствующего календарному возрасту;
- для детей со стойкими нарушениями здоровья – скорректировать уровень развития до максимально возможного в соответствии с реабилитационным потенциалом.

Оценку эффективности работы по программе специалисты проводят по следующим параметрам:

- Рост уровня психолого-педагогической компетентности родителей (наблюдение, анкетирование, опросники).
- Сформированность позитивных изменений во взаимоотношениях «мать-дитя», повышение уровня психолого-педагогической компетенции родителей (наблюдение, анкетирование, опросники детско-родительских отношений).
- Сформированность умения ребенка устанавливать контакт с взрослыми и детьми (наблюдение, мониторинг).
- Показатели в социальном, психическом, сенсорном, речевом развитии (отслеживается с помощью диагностических методик).

Сравнительный анализ показателей уровня развития ребенка на подготовительном и заключительном этапах дает основания для корректного прогнозирования результатов реабилитации, диапазон которых может быть очень широкий от частичного восстановления или компенсации дефекта развития до полной интеграции ребенка в общество.

Семейные расстановки и речевые нарушения

Ингуран О.В.
Центр патологии речи и нейрореабилитации, г. Москва

С глубокой любовью и уважением к Берту Хеллингеру.

Центр патологии речи и нейрореабилитации помогает людям, перенесшим инсульты, черепно-мозговые травмы, имеющим энцефалопатии, а так же токсическую этиологию заболевания головного мозга (последствия употребления наркотиков, хронический алкоголизм и т.д.), людям, имеющим новообразования (злокачественные, доброкачественные) или после удаления опухолей. Все наши пациенты имеют речевые нарушения (афазии, дизартрии, нарушения голоса и т.д.), нарушения двигательных функций в виде парезов (частичная парализация правой или левой стороны тела), а так же нарушения других высших психических функций, таких как память, мышление, внимание, восприятие, ощущения и т.д.

В клинике используется комплексный подход к нейрореабилитации, когда команда специалистов работает сообща. Это неврологи, терапевты, психологи, логопеды, психиатры, инструкторы лечебной физкультуры, социальные работники. Такое тесное взаимодействие специалистов имеет несколько целей – «растормозить» речь пациента, восстановить двигательные функции, скорректировать психическое и психо-эмоциональное состояние больного (настолько, насколько это возможно), чтобы в дальнейшем он смог вернуться в семью и социум и занять своё «новое» место в жизни.

Мы можем помочь и спасти не всех наших пациентов. И тому много причин. Во-первых, пациент должен быть сам мотивирован к восстановительному процессу, а для этого у него должна быть сохранна критика (что редко бывает). Во-вторых, хорошо если пациент принимает помощь, т.е. разрешает себе помочь (выйти из «вторичных чувств»). Пациенты часто обижены на Бога, на Жизнь, на Судьбу и т.д. Я всегда говорю: «Нас трое – вы (пациенты), мы (врачи и специалисты) и симптом (инсульт, опухоль, черепно-мозговая травма и т.д). И мы, специалисты, заинтересованы в том, чтобы вы – пациенты, были на нашей стороне, тогда у симптома меньше шансов». В-третьих, совершенно необходим тесный контакт с родственниками и близкими наших пациентов. На практике оказывается, что пациент хочет одного, родственники – другого, а специалисты – третьего.

Существует еще ряд других артефактов, влияющих на результат нейрореабилитации, но мы их сейчас опустим.

Иногда при выписке пациента мы видим незначительные улучшения в речевых и двигательных функциях. Это огорчает и нас - специалистов, и пациентов, и их родственников. И тогда пациент возвращается к нам в клинику снова и снова с надеждой: «Вот я еще немного позанимаюсь и буду как прежде говорить, ходить, мыслить». Нередко это затягивается на долгие годы без видимой положительной динамики. Эти люди застревают в своей травме, в своей боли. При этом никто из них не признает и не принимает себя инвалидом, не признает, что реальность изменилась и прежней она не будет. Распадаются семьи у тех, у кого они были, потому что нарушается баланс между партнерами. А те, кто еще не успел создать семью и думать о таком варианте «не смеют». Они сами себя «исключают» из отношений, из семьи, из социума. Становятся «исключенными».

Возникает вопрос: «Что специалисты и родные могут еще сделать для этих людей? Что я, как психолог могу предложить им?».

И здесь на помощь приходит системный подход, системный взгляд на симптом, расширенное смотрение на семейные переплетения пациента и на его включение в родовые динамики. Каково место симптома в семейной системе? В расстановке мы смотрим на то, что хочет быть проявленным, соединенным (то, что раньше было разъединено), а медицинская точка зрения – работает со следствием, а не с причиной; т.е. борется с симптомом. Т.о. симптом растет.

Свою терапевтическую (коррекционную) работу с пациентом я начинаю с составления генограммы. Собираются известные пациенту на данный момент сведения о нем, о членах его семьи, об «исключенных», о мифах семьи, о «надеждах» и «поручениях» впередиидущих. И уже на этом этапе видны некоторые причинно-следственные закономерности (лояльности), совпадения, повторяющиеся факты. Например, отец, дядя и дедушка пациента имели инсульты примерно в одном и том же возрасте. За черепно-мозговыми травмами часто открываются тайны или недостающие факты в генеалогическом древе пациента или исключенный член семьи. У пациентов, имеющих опухоли головного мозга, часто обнаруживается лояльность к родственнику, имеющему личную вину или обиду на Бога, или на власть. Конечно, нельзя однозначно сказать, что это причинно-следственная связь, но эти факты принимаются мною (психологом) во внимание.

Следующий шаг в моей работе, это снятие запроса и разрешение клиента на работу с ним. После того, как разрешение получено, мы приступаем к расстановке. Расстановку я провожу индивидуально, на расстановочных фигурках.

За годы работы с фигурками я осознала всю неоценимость этого инструмента для терапевта в работе с клиентами. А что делать с пациентами, имеющими очень грубый речевой дефект, когда в распаде не только понимание обращенной речи собеседника и сама речь пациента, но также и письмо, и чтение? Когда нет никаких способов установить контакт с клиентом? Тогда на помощь приходят фигурки. Коллеги даже шутят: «Надо вызывать Ольгу Викторовну как «скорую помощь» с ее фигурками, чтобы хоть как-то установить контакт с пациентом».

И открываются удивительные феномены. Когда я только высыпаю перед ними фигурки, пациенты как будто просыпаются и выходят из «забытья». В полном молчании, с полной концентрацией внимания, без оглашения каких-либо инструкций с моей стороны, они сами начинают двигать фигурки, при этом выбирая определенное количество фигурок и расставляя их (как правило, одной здоровой рукой) в соответствии со своим внутренним образом. Я молча нахожусь в стороне, никак не вмешиваясь и только наблюдая. Пациент полностью захвачен и ведом движением своей Души. Иногда это длится 15-20-30 минут. Я могу наблюдать эмоции, которые выражает пациент: иногда это слезы (и тогда, мы заканчиваем на этом; и это хорошее решение на данный момент, когда пациент соединяется с чем-то внутри себя, что поднимается и хочет быть проявленным) иногда это смех и игривость, которые неожиданно проявляются. Бывает так, что игривость или смех похож на что-то «безумное», странное, что захватывает пациента. Но через некоторое время, пациент, соединившись и этим, приходит в сбалансированное, ровное психо-эмоциональное состояние. И это тоже хороший результат.

Вернемся к пациентам со средней или средне-легкой степенью речевых нарушений. Как только запрос снят и симптомная расстановка началась, часто открывается лояльность к матери, и большинство пациентов настолько любящие дети своих мам, что с радостью имеют этот симптом и готовы нести его и дальше. После того, как удается показать клиенту его бессознательную детскую любовь к матери (со всем уважением к прошлому каким бы оно ни было), находится новый образ-решение, более конструктивный на данный момент для пациента, и глубокий выдох и улыбка клиента говорят о том, что работа завершена.

Такую работу с пациентом я часто не делаю. Следующая встреча назначается через неделю (курс лечения в клинике 45 суток), и в индивидуальной беседе проясняется, какие изменения пациент отметил уже сейчас, что происходит в его психо-эмоциональном состоянии, чувствует он себя лучше, хуже. А в это время другие специалисты (логопеды, неврологи и др.) отмечают положительную динамику реабилитационного процесса. Если я тоже отмечаю улучшения, то следующую расстановку мы делаем через некоторое время по другому запросу (не по симптому), который часто открывается после первого.

Иногда после прояснения запроса выясняется, что это будет не симптомная расстановка, а расстановка частей симптома. Пример: пациент Р., 56 лет, инсульт, грубые нарушения речи и голоса (говорит шепотом, еле-еле слышно), слюнотечение. На мой вопрос: «Что для Вас было бы хорошим решением?». Отвечает: «Речь… плохая…». Спрашиваю: «А чтобы речь случалась, что необходимо для Вас?». Отвечает: «Слова, голос, намерение говорить и контакт глазами». Когда были определены клиентом эти четыре важные для него составляющие речи, мы приступили к расстановке. Я попросила пациента выбрать четыре фигурки (что он с радостью и сделал), и на листочках написала эти четыре части речи. Листочки перевернули так, что клиент не выдел, что на них написано, на них поставили фигурки, и пятую фигурку мы назвали самим пациентом. Целью расстановки было сбалансировать все эти части внутри пациента. И когда решение было найдено, мы открыли листочки, что внесло ясность в понимание пациентом себя и своего симптома. Важной частью, обладающей большим ресурсом, оказалась – «контакт глазами». И пациент признал это как факт. Он сказал, что ему и прежде было не просто смотреть людям в глаза, а после инсульта, когда речь нарушилась, он и совсем перестал устанавливать с кем бы то ни было зрительный контакт. Через два дня этот пациент самостоятельно пришел на психологическую группу и остался до конца.

Еще несколько примеров из практики.

Пациент С., 29 лет, черепно-мозговая травма, легкий правосторонний гемипарез (руки и ноги), полный распад собственной речи, при этом обращенную речь понимает в полном объеме. История жизни пациента: четвертый ребенок в семье; жил в деревне с родителями; родители-алкоголики; отец бил мать на глазах у детей; когда ему было 7 лет, первый раз вытащил мать из петли (попытка суицида); за год до черепно-мозговой травмы отец умер, а у матери была повторная попытка суицида. Пациент контактен, разрешение на

расстановку дал. Когда началась работа, то все указывало на то, что клиент не смотрит на мать. Я поставила фигурку матери, что вызвало вспышку агрессии у пациента, он смахнул все фигурки и жестами и эмоциями попросил больше никогда не говорить о матери. Я осмелилась сказать, что тогда он должен понимать, что мы все можем быть неуспешны в его реабилитации. Больше к этой теме в течение курса мы не прикасались. Пациент выписался с улучшениями в речевом статусе (хотя результат мог бы быть лучше). Через год этот пациент опять поступил к нам, и мы отмечали положительную речевую динамику. Пациент С. сам попросил меня с ним поработать и на мое замечание: «Твоя речь стала значительно лучше», пациент С. ответил «Мама умерла». Однажды Берт Хеллингер сказал: «Дети становятся свободными, когда умирают родители». Похоже, это был тот самый случай и я как расстановщик могла это видеть. Пациент С. дал разрешение на расстановочную работу с ним. Это был конструктивный контакт по следующим запросам. Пациент С. выписался с практическим восстановлением речевых и двигательных функций, вернулся в семью (жена и двое детей) и на работу.

Хотелось бы поделиться еще одним аспектом моей работы – это работа с заикающимися (отделение логоневроза). Это молодые люди от 14 лет и старше, которые приходят к нам на курс 45 дней, занимаются в групповом режиме, имеют разную степень заикания от легкой до очень грубой степени выраженности. С этими пациентами у меня есть возможность делать расстановку в группе. Нужно отметить необычайную чувствительность молодых ребят к динамикам Души. Они охотно учувствуют в расстановках и искренне и открыто проявляют все, что хочет быть проявленным. При этом я так же могу отметить, что степень их доверия к Жизни значительно выше, чем у взрослых пациентов. Открывается глубокая лояльность к своим матерям. Чаще к матерям, хотя и к отцам тоже.

Пациент В., 24 года, учится в духовной семинарии, хочет стать священником-оратором; средне-грубая степень заикания. История жизни пациента: третий ребенок в семье; отец и старшие братья тоже заикаются, но у пациента В. самая тяжелая степень заикания из всех них. От индивидуальной расстановки отказался по религиозным убеждениям. При выписке имел незначительные улучшения.

Пациент Д., 18 лет, закончил школу, имеет органическое поражение головного мозга, задержку речевого развития с детства, самую грубую степень заикания (практически ни одного слова сказать не может). В Москву на курс нейрореабилитации приехал с мамой из другого города. История жизни пациента Д.: мама в разводе с отцом;

отец в жизни ребенка не принимал участия; Д. единственный ребенок; живет с мамой, тетей и бабушкой. Пациент Д. легко вступает в контакт со специалистом, дает разрешение на расстановку. Запрос: «На что указывает симптом заикания, или что стоит за заиканием?». Первое, что открылось в расстановке, что пациент Д. не единственный ребенок своей матери. Это была тайна. И пациент Д. был растерян, потому что не знал, что делать со своей злостью. Я пояснила ему, что ребенок имеет право знать свое место в родительской системе, и поэтому сейчас злость, которую он испытывает, уместна. На следующий день ко мне приходит мама этого юноши с претензией: «Что Вы сделали с моим милым мальчиком? Он вчера агрессировал на меня». Я спросила маму: «Д. не единственный Ваш ребенок? Да?». Мама сначала еще пыталась защищаться, спросив: «Вы откуда знаете?», а потом отдалась чувствам (она заплакала). Я начала работать и с мамой тоже. И маме удалось соединиться с болью потери трех предыдущих детей, и это освободило на уровне Души и пациента Д. В следующие дни мама с сыном выглядели эмоционально более «живыми» и открытыми. С юношей мы сделали еще несколько расстановок, и выяснилось, что он лоялен к дедушке, который воевал на войне, и было много умерших (братские могилы). Когда пациент Д. с этим фактом соединился, в его душе стало мирно. Уехали мама и Д. в свой город с глубокой благодарностью в сердце.

Хочу отметить один момент, который я заметила в работе с пациентами, имеющими речевые нарушения: чем большую «давность» имеет причина или факт, тем степень выраженности речевого дефекта грубее. Т.е., если человек, с которым связан носитель симптома, является дедушкой (т.е. третье поколение), то степень дефекта грубее; чем родственник ближе (например, мама), тем степень легче.

Берт Хеллингер отмечал, что симптом что-то уравновешивает в семейной системе. В первую очередь к болезням приводит непринятие родителей, упреки или обвинения в их адрес. Принятие родителей удается, когда мы с ними встречаемся по ту сторону добра и зла, на уровне любви духа. Оказалось, что **речевые нарушения обусловлены семейной историей**; за всеми речевыми нарушениями стоит нерешенный семейный конфликт: кто-то не имел права находиться в семье и не имел голоса, потому что его существование скрывалось или потому, что от него отказались; или двое членов семьи находились в непримиримом противостоянии (к примеру, преступник и жертва). Это приводит к тому, что кто-то из потомков замещает одновременно их обоих и потому они не могут высказаться

в нем поодиночке. Поэтому человек начинает заикаться. Так обнаружилось, что заикание имеет ту же подоплеку, что и шизофрения; в то время как при шизофрении нерешенный конфликт проявляется в спутанности сознания, у заики он проявляется в речи.

Другие причины заикания:

- **заикание из страха перед человеком**: часто мы видим, что заикающийся прежде чем начать говорить смотрит в сторону. Это значит, что он смотрит на какой-то внутренний образ, или точнее, человека, перед которым он испытывает страх и перед которым начинает заикаться. Решение: в расстановке заикающийся имеет возможность встретиться с этим человеком и проявить к нему уважение.

- **заикание в связи с запретом на раскрытие тайны**: тайна, которая стремиться выйти на свет, но внушает семье страх. Например, ребенок, чьё существование скрывается. У детей речевые нарушения часто возникают потому, что их родители хотят или вынуждены что-то скрывать. Только когда родители начинают говорить об этом открыто, у детей появляется возможность оставить свое речевое нарушение в прошлом.

- **безумие**: у имеющих речевые нарушения часто бывает что-то безумное (непроизвольный истерический смех и т.п.). Сумасшествие – это что-то, что не в состоянии примириться, как преступник и жертва. У человека возникает заикание, потому что в нем одновременно стремятся высказаться два антагониста. И один и другой хотят что-то сказать, но не имеют на это право.

Решение: предпосылкой здесь является то, что в психологе тоже происходит аналогичный процесс. Психолог тоже должен соединить в своей душе тех, кто противостоит друг другу.

И в заключение хочу поделиться собственной историей. В 35 лет мой муж, имея опухоль мозга, перенес четыре трепанации головного мозга, после чего стал лежачим инвалидом в измененном состоянии сознания. Через полгода он дал разрешение на симптомную расстановку, которую провел Штефан Хаузнер (низкий поклон ему). Саму расстановку муж почти не помнит, но одно было очень важно для него. Открылась тайна о том, что у него была старшая сестра, которая умерла от гидроцефалии мозга через пять дней после рождения (от этого же диагноза умирал мой муж). Через два дня после расстановки муж встал из инвалидного кресла и больше никогда им не воспользовался, его сознание полностью прояснилось, началось новое рождение. Еще через некоторое время муж позвонил матери и спросил имя сестры. Было ощущение, что мать мужа долгие годы

ждала этого вопроса. Это было облегчение и освобождение для них обоих. А я, реабилитируя мужа, нашла себя как специалиста в Центре патологии речи и нейрореабилитации, где таким образом служу Жизни.

Путь к выздоровлению часто проходит через тяжелые переживания, и подразумевает принятие самых разных областей человеческого опыта, в том числе и негативных.

Мы заболеваем, если отступаем от любви Духа. Мы остаемся здоровыми или выздоравливаем, если живем в гармонии с любовью Духа, или если мы снова к ней возвращаемся, в какой-то момент ее утратив.

Оценка эффективности социально-психологической реабилитации пожилых с низким социально-экономическим статусом

Казанцева Н.В., Шерстобитова Л.Е.
Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск

Данная работа посвящена оценке эффективности программы медико-социальной реабилитации. Программа включает индивидуальные консультации психолога, сеансы музыкотерапии и прогрессивной мышечной релаксации, электрофизические процедуры (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия), лечебную физкультуру и культурно-массовые мероприятия. После оценки предоставляемой программы медико-социальной реабилитации и исследования психологических потребностей пожилых людей с низким социо-экономическим статусом (СЭС) были разработаны научно обоснованные рекомендации альтернативной программы психосоциальных вмешательств. С целью исследования психологических мишеней вмешательства использованы методы оценки депрессии, тревоги (шкала депрессии Бека и шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора), качества жизни (опросник SF-36). Эффективность вмешательства оценивалась путем внутригрупповой схемы исследования. Сравнивались показатели группы пожилых людей с низким СЭС до и после проведения программы реабилитации. Для получения ответа на вопрос, приводит ли вмешательство к желаемым изменениям у

пациентов, была использована методология изучения эффективности лечебных программ (общая оценка успешности терапии) [1, 2] .

Согласно данным литературы [3-8] у людей с низким СЭС имеется более высокий уровень стресса, тревоги и депрессии, что должно являться мишенями для реабилитационных вмешательств работе с пожилыми людьми. Наличие хронических стрессоров и стрессовых жизненных событий в свою очередь является, контекстом, в рамках которого происходит развитие, утяжеление или рецидивирование проблем со здоровьем.

Учитывая физиологические особенности пожилых людей, их психо-социальные потребности, было предпринято исследование мишеней вмешательства с помощью анализа показателей качества жизни, уровня тревоги и депрессии. Эти оценки в сочетании с методологией клинико-психологической диагностики позволили составить план-программу вмешательств с доказанной эффективностью в отношении стресса, тревоги и депрессии. Для обоснования вмешательств с доказанной эффективностью использовались социальная модель болезни [12-14]; парадигма психосоциального стресса и его последствий для здоровья [10, 15-17] и представления о вмешательствах при стрессе [10, 11].

В данной работе впервые проведена оценка эффективности «Программы медико-социальной реабилитации» для пенсионеров с низким СЭС, которую предоставляет населению Комплексный Центр Социального Обслуживания Населения Томской области (КЦСОН ТО). «Программа медико-социальной реабилитации» включала индивидуальные консультации психолога, сеансы музыкотерапии и прогрессивной мышечной релаксации. Кроме того, в неё были включены физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия), лечебная физкультура и культурно-массовые мероприятия.

Задачами исследования являлись оценка степени тяжести депрессии и тревоги, качества жизни у пенсионеров с низким СЭС. Также определялась общая эффективность «Программы медико-социальной реабилитации».

Результаты и обсуждение.

Социо-демографические данные включали пол, образование, семейное и социальное положение у пенсионеров с низким СЭС. Характеристики группы: женщин 85,8% (в контрольной группе пенсионеров 66,6%), образование – среднее специальное 85,8% (в контрольной группе – высшее 53,3%), вдовство 66% (в контрольной группе 19,8%), отсутствие дополнительного заработка 100% (в контрольной группе 40,6%).

Анализ результатов по опроснику «Шкала проявлений личностной тревоги Дж. Тейлора» выявил, что пенсионеры с низким СЭС имеют более высокий уровень личностной тревоги, чем пенсионеры контрольной группы. В первом случае отмечены средний и высокий показатели уровня тревожности, во втором - низкий и средний.

Симптомы депрессии демонстрировали 80% испытуемых основной группы, причем больше половины этих случаев приходились на депрессию умеренной и средней степени тяжести. В контрольной группе симптомы депрессии выявлены у 60%, большая часть испытуемых демонстрировали легкую и умеренную депрессию.

Статистические исследования показывают, что пациенты с низким СЭС (основная группа) имеют достоверно выраженные изменения психо-эмоционального состояния в виде симптомов тревоги и депрессии. Следовательно, именно они должны являться мишенями психосоциальных вмешательств. Наши данные по уровню депрессии у лиц с низким СЭС согласуются с данными других авторов [3, 4, 20].

Показатели качества жизни у испытуемых основной группы (пенсионеры с низким СЭС) по всем шкалам были ниже, чем в контрольной группе (общая популяция пенсионеров). По таким шкалам как «Ролевое физическое функционирование», «Общее состояние здоровья» и «Ролевое эмоциональное функционирование» наблюдались достоверные различия между группами ($p<0,05$). Это указывает на значительные затруднения в выполнении повседневных дел, связанных с физическим и эмоциональным состоянием. Указанные затруднения могут быть связаны с более выраженными проблемами здоровья, низкой доступностью некоторых видов медицинской помощи и медикаментов для пенсионеров с низким СЭС, а также отсутствием социальной поддержки (помощи со

стороны родственников в бытовых вопросах) и наличием эмоциональных нарушений.

Физический (от 24,4 - 47,6 баллов) и психический (8,1 - 21,6 баллов) компоненты здоровья в основной группе были значительно ниже, чем в контрольной (соответственно 43,5 - 72,6 и 25,3 - 45,6); различия между группами достоверны ($p<0,05$). Полученные данные по показателям качества жизни у пенсионеров согласуются с данными других авторов [12, 14, 19, 20].

Оценка эффективности «Программы медико-социальной реабилитации» осуществлялась по показателям тревоги, депрессии и качества жизни, которые оценивались в динамике до и после лечения. Было выявлено, следующее:

1) «Программа медико-социальной реабилитации» достоверно влияет на частоту и интенсивность тревожности, снижая частоту появления высокой степени тревоги и переводя ее в разряд тревоги легкой степени;

2) отмечено отсутствие достоверного влияния «Программы медико-социальной реабилитации» на уровень депрессии и качества жизни у пожилых пациентов с низким СЭС;

3) «Программа медико-социальной реабилитации» достоверно повышала качество жизни пациентов только по трем из восьми шкал опросника качества жизни: «Ролевое физическое функционирование», «Ролевое эмоциональное функционирование» и «Психическое здоровье». Вероятно, это связано со снижением требований к функциональным нагрузкам в условиях пребывания в учреждении социального обслуживания. Отмечено отсутствие влияния программы на физический компонент здоровья (шкалы «Физическое здоровье», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья»), несмотря на большое количество физических методов реабилитации;

4) Исследуемая программа не позволяла улучшить показатели психического компонента здоровья по шкалам «Социальное функционирование» и «Жизненная активность», что представлялось особенно важным для успешного функционирования вне стен учреждения социального обслуживания.

В настоящее время существует достаточно много разнообразных научно обоснованных вмешательств при стрессе, эффективность которых доказана [6-9]. К ним относятся лекарственная терапия транквилизаторами, психологические методы (когнитивное реструктурирование, социальная поддержка, поведенческая терапия, тренинги навыков и т.п.) и методы ориентированные на тело – биологическая обратная связь (БОС), прогрессивная мышечная релаксация. Наибольшего эффекта в лечении хронического социоэмоционального стресса можно достичь путем сочетания этих вмешательств и техник в едином психотерапевтическом процессе. Хронический стресс, связанный с низким СЭС, имеет последствия в виде тревоги и депрессии [8-13]. При лечении тревоги используются методы прогрессивной мышечной релаксации, управляемого дыхания в сочетании с систематической десенсибилизацией или погружением, остановкой мыслей; при депрессии применяются методы когнитивно-поведенческой терапии.

Для повышения качества медико-социального обслуживания в центрах социального обслуживания населения разработан план-программа психотерапевтических методов с доказанной эффективностью. Он включает поведенческие техники, тренинги развития навыков социальной компетентности, ассертивности, копинг-стратегий, направленных на разрешение проблем, а также методы когнитивного реструктурирования для преодоления тревоги и депрессии. Выбор стратегий, методов и интенсивность вмешательств зависит от предварительно оцененных потребностей и проблем клиентов, степени тяжести их нарушений.

Литература

1. Kazdin A.E. Treatment research: the investigation and evaluation of psychotherapy // The clinical psychology handbook. – 2nd ed. / Eds. M. Hersen, F.E. Kazdin, A. S. Bellack. – New York: Pergamon Press, 1991.

2. Ремшмидт Х., Маттеят Ф. Психотерапевтические исследования //Психотерапия детей и подростков. – М.: Мир, 2000. – С. 64-89.

3. Nahcivan N. O., Demirezen E. Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample

// Journal of Clinical Nursing. — 2005. — Vol. 14, № 10. — P. 1232–1240.

4. Walters K., Breeze E., Wilkinson P., Price G. M., Bulpitt C. J., Fletcher A. Local area deprivation and urban-rural differences in anxiety and depression among people older than 75 years in Britain // American Journal of Public Health. — 2004. — Vol. 94, № 10. — P. 1768–1774.

5. Blalock S. J., Byrd J. E., Hansen R. A. et al. Factors associated with potentially inappropriate drug utilization in a sample of rural community-dwelling older adults // American Journal of Geriatric Pharmacotherapy. — 2005. — Vol. 3, № 3. — P. 168–179.

6. Глазунова Е. В. Качество жизни, тревожные и депрессивные расстройства у больных с экстрасистолической аритмией и возможности их медикаментозной коррекции: Дис. канд. мед. наук / Е.В. Глазунова. – Оренбург, 2008. - 165 с.

7. Перельман Н.Л. Влияние тревоги и депрессии на качество жизни больных бронхиальной астмой с холодовой гиперреактивностью дыхательных путей / Н.Л. Перельман // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – №4. – С.6-10

8. Caplan RP. Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers // BMJ. – 1994. – V.309. – P.1261.

9. Cox T., Thomson L. Organisational healthiness: work-related stress and employee health // Coping, Health and Organisations /Eds. P. Dewe, M. Leiter, T. Cox. – London: Taylor & Francis, 2000. – 276p.

10. Organizational stress: a Review and critique of theory, research and application / Eds. C.L. Cooper, P. Dewe, M.P. O'Driscoll. – Sage Publication, 2001. – 656p.

11. Янковская А.Е., Корнетов А.Н., Корнетов Н.А., Казанцева Н.В. Систематизация когнитивно-бихевиоральных вмешательств при организационном стрессе в целях использования в интеллектуальной системе ИМСЛОГ // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 341. – С.191-195.

12. House J. S., Kessler R. C., Herzog A. R., Mero R. P., Kinney A. M., Breslow M. J. Age, Socioeconoimic Status, and Health //The Milbank Memorial Fund. – 1990. – Vol. 68. – P. 383-411.

13. Link B. G.; Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease // Journal of Health and Social Behavior. – 1995. – Vol. 35 (Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future). – P. 80-94.

14. Сырцова Л.Е. Социальная модель здоровья и качество жизни // Актуальные проблемы социологической науки и социальной

практики: научная конференция «Сорокинские чтения. Том 1. – 2002».– М.: МАКС Пресс, 2003.

15. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. Л.: Медицина, 1970. – С. 178-208.

16. Бодров В. А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов. – ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.

17. Дмитриева Т.Б. Социальный стресс и психическое здоровье/ Под ред. академика РАМН проф. Т. Б. Дмитриевой и проф. А. И. Воложина. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 248 с

18. Михайлов Б. В. Депрессии как междисциплинарная проблема современной медицины // Архив психиатрии. – 2004. –Т. 10, Вып.1 (36). – С. 182-188.

19. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) / И.Б. Назаров // Социологические исследования. – 2003. – №11. – С. 57-69

20. Das-Munshi J., Goldberg D., Bebbington P. E. et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification // The British J. of Psychiatry. – 2008. – V. 192. – P. 171–177.

Изменения нейроэнергометаболизма у детей с синдромом дефицита внимания при ЭЭГ-биоуправлении

Панков М.Н., Грибанов А.В., Рудакова Е.В.
Северный Арктический федеральный университет им. М.В. Ломоносова, г. Архангельск

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из распространенных поведенческих расстройств детского возраста, проявляющихся нарушениями внимания, гиперактивностью и импульсивностью [1 10, 12]. Выделяют три формы этого синдрома: с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности и импульсивности и комбинированную. В связи с актуальностью данной проблемы и поиском немедикаментозных методик для коррекции данного состояния все больше находит применение метод ЭЭГ-биоуправления или биологической обратной связи [2, 3].

Данные об эффективности биоуправления подтверждаются, как правило, электроэнцефалографическими методами исследования центральной нервной системы детей с СДВГ [3, 11]. Однако до сих пор остается малоизученным вопрос об изменении энергетического состояния головного мозга детей с СДВГ под влиянием ЭЭГ-биоуправления. Оптимальным и нетрудоёмким методом, позволяющим достоверно оценивать энергетическое состояние мозга, является метод регистрации уровня постоянных потенциалов (УПП) [7].

Отсутствие данных об изменениях церебрального энергетического метаболизма под влиянием ЭЭГ-биоуправления и предопределило цель настоящей работы – выявить изменения церебрального энергетического метаболизма у гиперактивных детей с дефицитом внимания при психофизиологической коррекции с помощью ЭЭГ-биоуправления.

Методика исследования

Исследование постоянных потенциалов головного мозга было проведено у 27 детей с СДВГ с преобладанием дефицита внимания (СДВ) 8–14 лет до и после курса биоуправления.

Для регистрации, обработки и анализа уровня постоянного потенциала головного мозга применялся аппаратно-программный диагностический комплекс «Нейроэнергометр-03» [8]. УПП регистрировался монополярно с помощью неполяризуемых хлор-серебряных электродов (референтного и активного) и усилителя постоянного тока с входным сопротивлением 10 Ом. Референтный электрод располагали на запястье правой руки, активные – вдоль сагиттальной линии – в лобной, центральной, затылочной областях, а также в правом и левом височных отделах (точки Fz, Cz, Oz, Td, Ts no международной системе «10–20%»). Анализ УПП производился путем картирования полученных с помощью монополярного измерения значений УПП и расчета отклонений УПП в каждом из отведений от средних значений, зарегистрированных по всем областям головы, при котором появляется возможность оценки локальных значений УПП в каждой из областей, исключая влияния, идущие от референтного электрода.

Курс занятий по ЭЭГ-биоуправлению с помощью психофизиологического коррекционного комплекса «РЕАКОР» для каждого ребенка составил 14 сеансов. Занятия проводились 6 раз в неделю с одним выходным днем. Одно занятие длилось 20–25 минут.

Для коррекции был выбран сценарий «бета/тета-тренинга». В качестве точек отведения ЭЭГ-сигнала использовали FCz (между Fz и

Cz) и PCz (между Pz и Cz). Контролируемыми параметрами являлись индекс мощности бета-1-ритма, индекс мощности тета-ритма и их соотношение.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов исследования показал (табл. 1), что у детей с СДВ до курса ЭЭГ-биоуправления энергообеспечение головного мозга характеризовалось снижением УПП в лобных отделах (Fz), разности потенциалов между лобным отведением и центральным (Fz-Cz), затылочным (Fz-Oz), правовисочным (Fz-Td) и левовисочным (Fz-Ts) отведениями и нарушением принципа «куполообразности» распределения УПП, что является характерными признаками СДВГ [5, 6]

Известно, что фронтальный неокортекс отвечает за программирование и контроль деятельности [4, 9, 12, 13], является ключевым звеном в функционировании когнитивной сферы человека, и, в частности, высшим регуляторным центром произвольного внимания. Недостаточное энергетическое обеспечение, по нашему мнению, может приводить к несформированности и относительной незрелости лобных структур головного мозга у детей [5, 6].

Таблица 1

Показатели распределения УПП (mV) у детей с СДВГ с преобладанием нарушений внимания до и после курса ЭЭГ-биоуправления (M±m)

Показатели	УПП до курса	УПП после курса
Fz	21,15±1,82	24,26±2,48
Cz	34,37±2,42	31,30±2,50
Oz	32,00±2,37	31,51±3,04
Td	31,73±2,53	31,01±2,31
Ts	31,26±2,45	29,88±2,04
Sum	150,51±10,56	147,96±11,40
Fz-Cz	-13,24±1,47	-7,04±1,49**
Fz-Oz	-8,90±1,86	-7,26±2,04
Fz-Td	-10,60±1,54	-6,75±1,49
Fz-Ts	-10,15±1,48	-5,63±1,49*
Cz-Oz	2,37±1,67	0,21±1,69
Cz-Td	22,64±1,56	0,29±1,46
Cz-Ts	3,09±1,79	1,42±1,26
Oz-Td	0,27±1,60	0,51±1,80

Oz-Ts	0,72±1,78	1,63±2,09
Td-Ts	0,45±1,38	1,13±1,04

Примечание. Звёздочкой обозначена достоверная разница с показателями до курса биоуправления (* – P<0,05; ** – P<0,01).

Курс ЭЭГ-биоуправления, состоящий из 14 сеансов, несколько изменил распределение УПП головного мозга у детей с СДВГ (табл. 1). Так выявлена тенденция к повышению УПП в лобных отделах и существенное увеличение разности потенциалов между лобным и центральным (P<0,01), лобным и левым височным (P<0,05) отведениями. В динамике УПП в остальных отведениях наметилась лишь тенденция к нормализации.

Т.е. за один курс ЭЭГ-биоуправления произошли изменения энергетического метаболизма головного мозга, свидетельствующие, прежде всего, о повышении энергообеспечения фронтальных отделов головного мозга детей с СДВ, что, по нашему мнению, является важным фактором при коррекции данного синдрома.

Подтверждает это и анализ показателей точности внимания по тесту Тулуз-Пьерона до и после коррекции с помощью ЭЭГ-биоуправления (рис. 1).

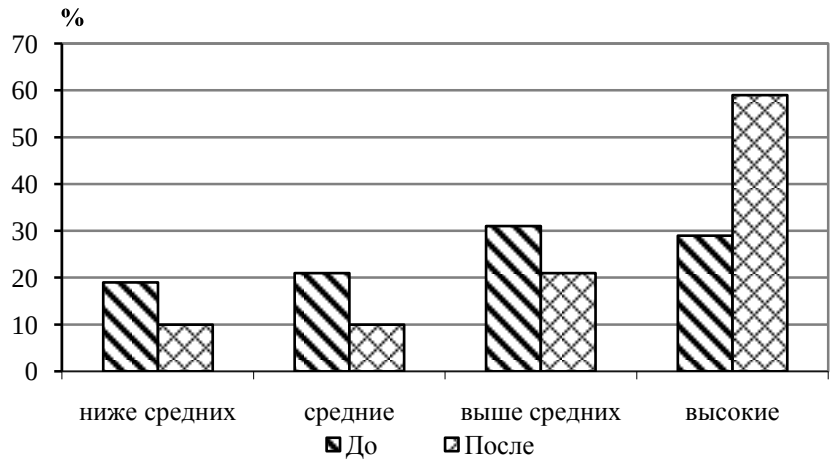


Рис. 1. Гистограмма показателей точности внимания по тесту Тулуз-Пьерона до и после коррекции с помощью ЭЭГ-биоуправления.

Так, после курса ЭЭГ-биоуправления на гистограмме распределения показателей внимания произошел выраженный сдвиг вправо. Показатели «ниже средних» составили 67% от значений до курса ЭЭГ-биоуправления, а количество «высоких» показателей

увеличилось более чем в 2 раза.

Заключение

Таким образом, результаты исследования показали, что один курс психофизиологической коррекции, состоящий из 14 сеансов ЭЭГ-биоуправления по бета/тета-ритму способствует нормализации энергетического метаболизма головного мозга детей с СДВГ и, прежде всего, во фронтальных областях, где находится система управления поведением. Для получения стойкого эффекта со стороны управляющих функций при СДВ необходимо, по нашему мнению, повторные курсы ЭЭГ-биоуправления.

Литература

1. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учебное пособие /Н.Н. Заваденко.– М.: Издательский центр «Академия», 2005.– 256 с.

2. Ивановский Ю.В. Принципы использования метода биологической обратной связи в системе медицинской реабилитации /Ю.В. Ивановский, А.А. Сметанин //Биологическая обратная связь.– 2002.– №3.– С. 2–9.

3. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания (нейрометрика, электромагнитная томография и нейротерапия) /Ю.Д. Кропотов.– СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005.– 148 с.

4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии /А.Р. Лурия.– М.: «Академия», 2002.– 384 с.

5. Подоплёкин Д.Н. Распределение постоянных потенциалов головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей-северян: Автореф. дис. … канд. мед. наук /Д.Н. Подоплёкин.– Архангельск, 2003.– 20 с.

6. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: особенности физиологического статуса детей /А.В. Грибанов, Т.В. Волокитина, Е.А. Гусева, Д.Н. Подоплёкин //Экология человека.– 200.– № 1.– С. 36–38.

7. Фокин В.Ф. Интенсивность церебрального энергетического обмена: возможности его оценки электрофизиологическим методом /В.Ф. Фокин, Н.В. Пономарева //Вестник РАМН.– 2001.– №8.– С. 38–43.

8. Фокин В.Ф. Способ оценки энергетического состояния головного мозга /В.Ф. Фокин, Н.В. Пономарева //Патент на изобретение № 2135077.– 1999.

9. Хомская Е.Д. Нейропсихология /Е.Д. Хомская.– М.: Изд-во

МГУ, 1987.– 288 с.
10. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков /Л.С. Чутко, А.Б. Пальчик, Ю.Д. Кропотов.– СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004.– 112 с.
11. Эффективность использования электроэнцефалографической биологической обратной связи в коррекции нарушений внимания у детей /В.А. Гринь-Яценко, Ю.Д. Кропотов, Л.С. Чутко и др. // Биологическая обратная связь.– 2000.– № 3.– С. 20–28.
12. Barkley R.A. Attention deficit hyperactivity disorder /R.A. Barkley.– New York, London: The Guilford Press, 1998.– 628 p.
13. Brown T.E. Attention-deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults / T.E. Brown.– Washington, BC; London, England: American Psychiatric Press, Inc., 2000.– 671 p.

Группы взаимопомощи как современный подход к реабилитации психически больных

Ульчева Т. А., Василенко О.М., Сукнина О.А.
Оренбургский государственный университет
г. Оренбург

Общеизвестным является тот факт, что социальное восстановление больных шизофренией определяется не только биологической реактивностью организма и клиническими особенностями заболевания, но и личностными особенностями больных и имеющимися в их распоряжении социально-психологическими ресурсами [2]. Обращаясь к современному лечению шизофрении, можно заметить, что многие работы указывают на применение комплексного подхода – сочетания медикаментозной терапии, психотерапевтической помощи больным и родственникам, проведения различного рода тренингов и реабилитационных программ [4], [3], [1]. Такое лечение влечет за собой существенно меньшие ограничения личной свободы больного, а условия его осуществления позволяют значительно шире применять социотерапевтические методы воздействия направленные на улучшение параметров социального функционирования больных, более полное восстановление социальных связей [4].Однако до настоящего времени сохраняется насущная потребность в разработке и исследовании дифференцированных лечебно-реабилитационных программ, учитывающих весь спектр возможных форм помощи.

По мнению ряда исследователей [5], [7], [8], сознательное совладание со стрессом (копинг) является важным фактором, влияющим на уровень социальной адаптации, прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. Авторы указывают на то, что у пациентов отмечается дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения, пациенты чаще прибегают к неадаптивным вариантам копинг-поведения, что, в свою очередь, значительно снижает их способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями [2], [9], [10], [11]. В проведенных исследованиях копинг-стратегий у больных шизофренией отсутствуют сведения об их изменениях в процессе отдельных видов психосоциального вмешательства. Такая оценка динамики совладающего поведения позволит осуществлять более фокусированное влияние при применении различных методов психосоциальной терапии. Это обусловило в рамках проведенного исследования задачу определения копинг-механизмов в процессе посещения групп само- и взаимопомощи у больных шизофренией.

Группы взаимопомощи организованы отделением ОООИ «Новые возможности». Комплексная работа групп взаимопомощи заключалась в следующем:

1) *работа по психообразованию*. Программа по психообразованию разработана и рассчитана для лиц, страдающих психическими заболеваниями, не имеющих медицинских противопоказаний, и их близких, без ограничений в возрасте, что способствует укреплению их психического здоровья, антистигматизации и улучшению внутрисемейных отношений.

2) *психореабилитационная работа*. Для ее реализации проводится большая работа в Клубе «Эдельвейс». Открытый режим работы Клуба и регулярность встреч (2 раза в неделю) сформировали группу самых активных его участников. Они самостоятельно организуют праздники – т.е., сами пишут сценарии, распределяют роли, репетируют, назначают ответственных. Договариваются с музеями и выставочными залами о проведении познавательных экскурсий. Члены Клуба поддерживают контакты и вне его стен, что так же способствует самоутверждению и повышению качества жизни. Они перезваниваются, поддерживают друг друга в трудных жизненных ситуациях.

В Клубе работает студия бисероплетения «Надежда». Здесь не только помогают овладеть азами плетения, но и учат плести красивые разноцветные интересные вещи со сложными узорами – браслеты, украшения-кулоны, салфетки, пасхальные яйца и многое другое.

Также в Клубе работает арт-студия – проект «Зазеркалье», литературно музыкальная студия «Маска» и фото-студия «Наш взгляд». Все эти группы, в конечном итоге, формируют новую социальную сеть пациентов.

Материал и методы исследования. Обследовано 40 пациентов, страдающих шизофренией, из них – 20 пациентов, посещавших группы взаимопомощи меньше года (2-4 месяца) и 20 пациентов, посещавших группы взаимопомощи больше года.

Для исследования копинг-поведения была использована методика Э. Хайма.

Математическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 for Windows. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p<0,05$) [6].

Рассматривая копинг-поведение у больных шизофренией в обеих группах можно наблюдать следующие результаты: в когнитивной сфере на первое место выступает стратегия – проблемный анализ, также для больных посещавших группы меньше года характерна еще и относительность, а для больных посещавших группы больше года - религиозность. Выраженность стратегии религиозности («если что-то случится, то так угодно Богу») подтверждается и статистически значимыми различиями показателей данной шкалы ($p \leq 0.05$). Различия наблюдаются также и по шкале смирение («говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»), показатели которой выше у больных шизофренией посещавших группы больше года.

В эмоциональной сфере для больных в обеих выборках на первое место выступает оптимизм, т.е. уверенность, что есть выход из трудной ситуации.

Статистически значимые различия в выраженности показателей установлены по трем шкалам: подавление эмоций, самообвинение, показатели которых выше у больных шизофренией, посещавших группы больше года, и агрессивность, которая выше у больных шизофренией, посещавших группы меньше года.

Поведенческая сфера больных шизофренией характеризуется преимуществом стратегий – сотрудничество и обращение. Но по шкале обращение («я обычно ищу людей, способных помочь мне советом») существуют значимые различия в показателях, которые выше у больных посещавших группы больше года (таблица №2).

Полученные результаты показывают, что в исследуемых выборках есть значимые различия в используемых ими стратегиях

совладания с трудностями. Причем больные шизофренией посещавшие группы больше года отличаются не только неадаптивными копингами (смирение, подавление эмоций, самообвинение), но и адаптивными (обращение) и относительно адаптивными копинг-стратегиями (религиозность). В то время как больные посещавшие группы меньше года отличились только неадаптивным копингом (агрессивность).

Таким образом, можно сказать, что посещение групп само и взаимопомощи позволяет расширить круг использования различных стратегий копинг-поведения, что в свою очередь указывает на имеющиеся возможности в адаптации к окружающему миру у больных шизофренией.

Литература

1. Бабин С. М. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии). Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2004 (2): 17-18.

2. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. Санкт-Петербург, 2001. –432 с.

3. Голенищенко А.В. Повышение адаптационных возможностей у больных шизофренией с различной степенью дефицитарных расстройств в результате комплексной психотерапии. Уральский медицинский журнал № 4 (32) 2007, Психиатрия.

4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. Москва, 2004. – 492 с.

5. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Пенчул Н.А. Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 2. С.103–107.

6. Лупандин В.И. Математические методы в психологии. Екатеринбург, 2002.

7. Молчанова Е., Авдошина Т. Вторичная выгода от болезни и механизмы психологической защиты у пациентов с соматоформными расстройствами и шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 33–37.

8. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. Москва, 2001. – 213 с.

9. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in Clinical Neuroscience. Schizophrenia: Specific Topics. 2001. Vol. 3, N 2. P. 136–137.

10. Cullberg J. First-episode schizophrenia // Schizophr. Rev. 2000. Vol. 7, N 1. P. 21–22.

11. Thompson K.N., McGorry P.D., Harrigan S.M. Recovery style and outcome in first-episode psychosis // Schizophr. Res. 2003. Vol. 62. P. 31–36.

Подготовка специалистов в области психологической реабилитации

Стратегия подготовки специалистов к сохранению социального здоровья дошкольников с ОВЗ

Леханова О.Л., Денисова О.А., Селина А.В.
ФГБОУ ВПО ЧГУ, г. Череповец

Социально-реаибилитационные мероприятия, реализуемые в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья, полифункциональны и многопрофильны. Одним из аспектов социокультурной и психологической реабилитации является сохранение и укрепление здоровья, которое ВОЗ трактует как состояние полного физического психического и социального благополучия. Готовность специалистов к осуществлению профессиональной деятельности в данном направлении определяется содержанием вузовского образования, его стратегическими и тактическими задачами. В рамках реализации гранта «Система многоуровневой подготовки научно-педагогических кадров в сфере сохранения социального здоровья детей в условиях промышленного города» (ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России» (2009-2013 г.), ГК № 14.740.11.0776) нами была определена стратегия подготовки специалистов к сохранению социального здоровья дошкольников с ОВЗ.

Построение стратегии многоуровневой подготовки субъектов сохранения социального здоровья детей с ОВЗ предполагает выдвижение планов и построение прогностических целей образования. Философия разрабатываемой нами стратегии основана на следующих принципиальных позициях:

1. Стратегия основана на понимании необходимости формирования в обществе представлений о месте человека в современном мире, о смысле его бытия.
2. Стратегия исходит из положения о социальной роли образования в решении ключевых проблем человечества.
3. В центре стратегии - человек, его духовное развитие и система ценностей.

4. Стратегия ориентирована на формирование фундаментальных основ гуманизации образования, заключающегося в формировании нравственных позиций и культуры мышления.

5. Стратегия ориентирована на технологии постиндустриального развития, базирующиеся на признании и ориентации на общечеловеческие ценности и защиту человеческой личности от негативных влияний.

Такой подход к подготовке субъектов сохранения социального здоровья детей с ОВЗ позволяет определить место системы подготовки в метасистеме. Оно в классическом для этой научной процедуры функционально-целевом плане двояко. Во-первых, необходимо говорить о готовности к сохранению социального здоровья как об обязательном условии и составной части духовно-нравственной подготовки субъекта в целом. Во-вторых, следует обозначить формальное место рассматриваемой системы в общей системе образования, её вовлечённости и обусловленности общими тенденциями и направлениями развития. С этих позиций:

- рассматриваемая система подготовки субъектов сохранения социального здоровья детей ориентирована на общемировые и национальные интересы;

- она нацелена на воспитание нравственных качеств, формирование социальной позиции и личной ответственности субъектов образования в сфере сохранения социального здоровья детей;

- цель подготовки может быть рассмотрена через призму формирования компетентности в сфере готовности сохранять социальное благополучие членов общества и содействовать его укреплению;

- реализация такой подготовки возможна в рамках рассмотрения вуза в концепции «университета – общества».

- основной методологической идей подготовки является идея многоуровневости, выступающей в характеристике непрерывности образования.

- рассматриваемая система подготовки субъектов сохранения социального здоровья детей многоуровневая и включает циклы как непосредственной подготовки специалиста в вузе (бакалавриат, магистратура, аспирантура, докторантура), так и циклы опосредованных через социальных партнёров вуза форм подготовки субъектов сохранения социального здоровья детей (педагогическая подготовка родителей, курсы повышения квалификации, дополнительное профессиональное образование),

- система подготовки субъектов сохранения социального здоровья детей опирается на философию непрерывного образования;

- в основе анализируемой системы лежит идея диверсификации форм и содержания подготовки субъектов сохранения социального здоровья детей;

- организующим и инициирующим началом в рассматриваемой системе выступает научно-образовательный центр вуза.

В разрабатываемой стратегии выделены восемь наиболее значимых функциональных стратегических блоков подготовки субъектов к сохранению социального здоровья детей с ОВЗ. Приведём краткий перечень основных задач каждого функционального блока:

1 блок стратегии – это первичная диагностика универсальных компетенций. Это определение соответствия личности некому идеальному образу человека, обладающего перечнем базовых, исходных качеств, позволяющих эффективно подготовиться к осуществлению деятельности по сохранению социального здоровья детей. Этот некий универсальный образ обозначен через дефиницию «универсальные компетенции». К универсальным компетенциям в сфере сохранения социального здоровья детей дошкольного возраста и детей с ОВЗ относятся рефлексия, способность к сотрудничеству и стремление к саморазвитию и самообразованию. Наличие универсальных компетенций – обязательное условие для подготовки субъектов к сохранению социального здоровья детей дошкольного возраста и детей с ОВЗ. В случае их отсутствия речь идёт о необходимости формирования «стартового капитала универсальных компетенций» (модульный кейс-банк для достижения оптимального уровня универсальных компетенций). Этот блок ориентирован на решение следующих задач: определение общего уровня подготовки субъектов (состояние универсальных компетенций), определение уровня подготовки в рамках отдельных компетентностных групп для определения частного уровня подготовки, формирование модульного кейс-банка для субъектов, нуждающихся в достижении оптимального уровня универсальных компетенций.

2 блок стратегии – это определение целей, задач, форм организации обучения. Исходя из первичной диагностики, качеств субъекта подготовки, типовых решаемых задач по сохранению социального здоровья детей определяется глубина, наполняемость и вероятностный итоговый результат реализации программы подготовки. Этот блок ориентирован на: определение целей и задач, организационных форм, влияющих на построение образовательного маршрута, разработку программ обучения, разработку и (или) выбор

частной матрицы компетенций, определение формы организации обучения (индивидуальные, групповые), формирование учебных групп и расписаний занятий: по целям и задачам; по проектным ролям; по уровню подготовки.

3 блок стратегии – это построение образовательного маршрута. Маршрут – это протяжённость во времени и пространстве процесса подготовки субъекта к сохранению социального здоровья детей, что, соответственно, предполагает учёт пространственно временного континуума обучения. Данный блок ориентирован на: адаптацию содержания в соответствии с целями, задачами подготовки и результатами входного тестирования, учет специфики сферы применения подготовки (административная линия управления работой ДОУ для детей дошкольного возраста и детей с ОВЗ, обучение и воспитание в рамках ДОУ общеобразовательного или специального (коррекционного) вида, семейное воспитание).

4 блок стратегии – это непосредственное обучение в рамках образовательных модулей. Стратегия подготовки включает 4 базовых образовательных модуля, выстроенных в соответствие с качествами субъектов подготовки, типовыми задачами в сфере сохранения социального здоровья и формируемыми компетенциями. Данный блок решает задачи обучения: в рамках разработанных программам, по адаптированным курсам, в соответствии с расписанием занятий, с учётом специфики области применения подготовки.

5 блок стратегии – это выходное тестирование, нацеленное на определение уровня сформированности базовых и специальных компетенций. В данном случае осуществляется: адаптация тестов в соответствие с содержанием пройденной подготовки, тестирование, с целью выявления степени сформированности групп компетенций в сфере сохранения социального здоровья детей (ценностно-мотивационного, когнитивного и операционального).

6 блок стратегии - это оценка уровня готовности и субъектной позиции субъектов сохранения социального здоровья детей дошкольного возраста и детей с ОВЗ в условиях промышленного города. По сути, осуществляется аналитическая обработка результатов выходного тестирования с целью оценки успешности и результативности реализации программы обучения. В случае выявления пробелов подготовки, мы предлагаем не осуществлять линейный возврат к началу обучения, что может существенно сказаться на снижении мотивации к подготовке в сфере сохранения социального здоровья детей, а разрабатывать индивидуальный модульный кейс – банк. Данный блок призван решить задачи: оценка

готовности субъектов осуществлять сохранение социального здоровья детей, оценка субъектной позиции в сфере сохранения социального здоровья детей дошкольного возраста и детей с ОВЗ, формирование модульного кейс-банка для субъектов, нуждающихся в достижении оптимального уровня готовности и субъектной позиции.

7 блок стратегии – завершение программы подготовки субъектов к сохранению социального здоровья детей дошкольного возраста и детей с ОВЗ. В данном случае определяются точки роста для дальнейшего самообразования, саморазвития субъектов, создаётся мотивация для рефлексивного отношения и сотрудничества с другими субъектами в проблемном поле. Задачи данного блока: рекомендации по дальнейшему обучению, определение перспектив самообразования и саморазвития в сфере сохранения социального здоровья детей с ОВЗ, определение значимых для рефлексии характеристик готовности, определение перспектив сотрудничества в сфере сохранения социального здоровья детей с ОВЗ.

8 блок стратегии – это формирование сообщества сохранения социального здоровья детей дошкольного возраста с ОВЗ. Этот блок ориентирован на осуществление шагов по популяризации философии сохранения социального здоровья детей с ОВЗ, распространение идей сохранения социального здоровья детей с ОВЗ в интернет – сообществе посредством виртуального общения субъектов подготовки, прошедших обучение и реализующих свои установки на дальнейшее рефлексирование, самообразование, саморазвитие и сотрудничество через знакомство с материалами научно-практического содержания в проблемном поле исследования. Задачи данного блока: создание условий для обеспечения саморазвития и самообразования субъектов ССЗ, обеспечение условий для общения и взаимодействия субъектов, подготовка информации для дополнительного изменения/адаптации системы подготовки (обратная связь).

Приведённые функциональные блоки предполагают определённую цикличность, включающую плавающую стратегию подготовки.

В целом разработанная стратегия подготовки специалистов может быть легко транслируема на других субъектов подготовки, она характеризуется гибкостью, вариативностью и индивидуальной дифференцированностью, которых существенно не хватает современному российскому вузовскому образованию.

Образ профессионала в представлениях педагогов-дефектологов

Нурлыгаянов И.Н., Хайртдинова Л.Ф.
Башкирский государственный педагогический университет, г. Уфа

Профессия педагога-дефектолога несомненно одна из актуальных и сложных с современном образовательном пространстве. Необходимость, нужность этой профессии определяется как ростом популяции лиц, имеющих отклонения в развитии, так и распространением системы специальной помощи на группы людей, не получавших ее ранее. Личность педагога – центральная фигура в педагогическом процессе, которая и обеспечивает реализацию основных функций.

Актуальность и своевременность обращения к проблеме профессионально важных качеств и личностной организации педагога-дефектолога назревает и в связи с запросами на подготовку таких специалистов. Если в советский период функционирования высшей школы обучение студентов по направлению дефектологического профиля осуществлялось лишь в единичных вузах, то за последние два десятилетия расширилась география – подготовка кадров проводится практически во всех педагогических и в некоторых классических вузах. Кроме этого, был увеличен перечень специальностей специального (дефектологического) образования. Но до сих пор в системе специального образования остается некоторый процент сотрудников, не имеющих соответствующей подготовки, а, следовательно, профессиональное становление осуществляется непосредственно в практике методом «проб и ошибок».

Проблема имплицитной связи профессионального и эмоционально-ценностного, субъективно-личностного, а именно: учета роли профессии в картине социального самочувствия, психологического благополучия, качества жизни субъекта жизнедеятельности выступает особо остро в ходе профессионализации учителя-дефектолога. Отношения между профессиональным и личностным могут функционировать в континууме от «противоречивых, конфликтных» до «гармоничных, дополняющих друг друга». Важное место в структуре этих связей отводится способностям и профессионально важным качествам, которые выступают фундаментом профессионального самоопределения специального педагога.

Как известно, образ профессии является важнейшим регуляторным механизмом профессионального самоопределения – как

на начальных этапах, так и на стадии реализации профессионала [2]. В процессе становления личности как профессионала формируются субъективные, имплицитные представления об основных направлениях и сторонах деятельности, о соответствии или несоответствии собственных качеств требованиям профессии, происходит переоценка субъективно-личностного отношения к особенностям профессии.

Образ профессионала может рассматриваться как объективный показатель динамики профессионального самоопределения личности. Эти динамические изменения в процессе профессионального становления затрагивают все психические уровни личностной архитектоники: эмоционально-ценностный, мотивационно-регулятивный, когнитивный, поведенческий. Осознание собственных свойств и соотнесение их с требованиями выполняемой деятельности способствует построению образа профессионала, который в свою очередь придает побудительные силы к совершенствованию психологической структуры личности, развитию профессионально важных качеств.

В настоящее время в связи с преобразованиями и модернизацией, осуществляемыми в системе образования, остро стоит вопрос подготовки профессионала, соответствующего современным веяниям и тенденциям, наблюдаемым в российском обществе, а также требованиям, предъявляемым специалисту определенного профиля. В литературе раскрываются некоторые аспекты профессиональной подготовки [3, 4], а также личностной организации учителя-дефектолога [1]. Особый интерес представляет для исследователей проблема самоопределения педагога коррекционного образовательного учреждения. Этому содействуют такие факторы как:

– в государственном образовательном стандарте в основном постулируются компетентностная и знаниевая парадигмы и недостаточно говорится о личностно-профессиональной архитектонике будущего учителя;

– в психолого-педагогической литературе, несмотря на внешне кажущееся богатство разнообразных литературных источников, и исследований, в которых анализируется профессиональный путь коррекционного педагога, область профессионального становления учителя специальной школы (психология профессионально-важных качеств и способностей) остается «золушкой» в научных разработках ученых;

– не учитываются запросы, исходящие от практики, на подготовку профессионала, и, вследствие этого, сложно протекает

процесс адаптации молодого специалиста к работе, неадекватно формируется профессиональная идентичность и как результат – профессиональные деформации и отсутствие удовлетворенности от выбранного вида деятельности;

– профессия педагога-дефектолога требует огромных эмоционально-личностных затрат, интеллектуальных нагрузок и особой личностной организации в целом. Проблема имплицитной связи профессионального и эмоционально-ценностного, субъективно-личностного, а именно учета роли профессии в картине социального самочувствия, психологического благополучия, качества жизни субъекта жизнедеятельности, выступает особо остро в ходе профессионализации учителя-дефектолога.

Как известно, образ профессии является важнейшим регуляторным механизмом профессионального самоопределения, как на начальных этапах, так и на стадии реализации профессионального потенциала. В процессе профессионального становления личности формируются субъективные, имплицитные представления об основных направлениях и сторонах деятельности, о соответствии или несоответствии собственных качеств требованиям профессии, происходит переоценка субъективно-личностного отношения к труду.

Н.М. Назарова дает перечень качеств, которыми должен обладать дефектолог. Так, «это человек с особым складом души, деятельный, инициативный, энергичный, уверенный в успешном результате своей профессиональной деятельности, доброжелательный и тактичный. Для него характерна гуманная оценка роли человека в современном мире, в том числе и человека с ограниченными возможностями жизнедеятельности» [3, с. 160]. Далее в этом списке отмечаются «доброта, ответственность, оптимизм, терпение, эмпатия, энергичность, увлеченность своей работой, верность жизненным интересам людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, уважение и любовь к своим воспитанникам, профессиональная честность и порядочность» [3, с. 161-162]. Профессиональный опыт специалиста постоянно расширяется и пополняется новым содержанием, обеспечивая выполнение деятельности в различных аспектах.

Организация исследования. На первом этапе педагогам-дефектологам (n=22) и преподавателям вуза соответствующего профиля (n=5) было предложено описать личность учителя специальной школы. В итоге было выделено 64 дескриптора. В анкету, на основе экспертного заключения были введены наиболее часто упоминаемые дескрипторы (33 дескриптора). На втором этапе

оценивалась степень значимости каждого показателя для профессионального и личностного становления учителя-дефектолога в 5-балльной шкале. Выборку составили педагоги-дефектологи (n=35, M = 46,28, SD = 10,89). Данные, полученные при анализе анкеты, были подвергнуты статистической обработке посредством программы Statistica 7.0 для среды Windows. Для изучения структуры представлений о профессионально важных качествах применена техника факторного анализа по методу главных компонент с последующим вращением матрицы по типу varimax-normaliezed, в качестве порогового использовался вес – 0,500.

Результаты исследования и их обсуждение.

Первый фактор (22,1 %) включил доброжелательность, гуманность, креативность, отзывчивость, организаторские способности, оптимизм, уверенность в себе, ответственность, общительность, энергичность, уважение к ребенку, чувство юмора. Данный фактор – *личностные и социально-психологические предпосылки к педагогической деятельности*. Несомненно, особая организация личностных качеств, определяющих успешность и эффективность выполнения деятельности, прослеживается и еще более актуализируется у работающих дефектологов. Учитывая, что на данный фактор приходится наибольшая доля объяснимой дисперсии, можно констатировать важность внутреннего потенциала, реализации собственной субъектности для профессионального самоопределения.

Второй фактор (12,9 %) получил наибольшую нагрузку от таких дескрипторов как эрудированность, тактичность, любознательность, толерантность, чувство юмора, образованность. Фактор может быть квалифицирован как *открытость новому опыту*. Готовность к принятию и использованию новой информации, современных знаний, умений, навыков и технологий в динамично изменяющихся условиях выступает как необходимое звено образовательного пространства. Специальная школа не может оставаться в стороне от преобразований и остро должна реагировать на возможности, привносимые жизненными реалиями. Дефектологи осознают необходимость саморазвития и самосовершенствования, солидаризируются с происходящими переменами в образовательном процессе. Рефлексирование факта развития границ собственной компетентности и понимание затруднений, связанных с имеющейся «косностью», ригидностью мыслей и убеждений – определенно являются ключевыми механизмами профессионального роста специалиста.

Основными компонентами третьего фактора (10,9 %) стали уравновешенность, культура речи, понимание проблем ребенка,

коммуникабельность, звукопроизношение и четкая дикция, профессиональные знания, умения и навыки. Это фактор *коммуникативной компетентности*. Общение выступает тем «полем», в рамках которого осуществляется взаимодействие педагога и ученика. Как известно, общение в традициях отечественной науки рассматривается с позиций субъект-субъектных отношений. Воспринимая ребенка с отклонениями в развитии именно как субъекта жизнедеятельности, дефектолог должен придерживаться уважительной, эмоционально позитивной и понимающей позиции. Существенным в профессиональной деятельности, наряду с умением выстраивать взаимодействие, является и речевая культура дефектолога, которая выступает и как определенный образец для детей, и как средство коммуникации.

В четвертый фактор (10,3 %) вошли профессионализм, интеллект и любовь к детям. Фактор обозначен как *профессиональная направленность*. Высокое профессиональное мастерство в интерпретации дефектологов обусловлено профессионализмом как интегральным качеством, обеспечивающим компетентное осуществление деятельности, общими интеллектуальными способностями и любовью к детям.

Эти три составляющие, по мнению педагогов, и есть тот перечень качеств, образующих облик высококвалифицированного специалиста.

Литература

1. Агавелян Р.О. Социально-перцептивные особенности личности педагога специальной школы в профессиональной деятельности. – Новосибирск, 1999.

2. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 511с.

3. Назарова Н.М. Профессиональная деятельность и личность педагога системы специального образования // Специальная педагогика / Под ред. Н.М. Захаровой. – М.: Изд. центр «Академия», 2004. – С. 157-162.

4. Яковлева И.М. Формирование профессиональной компетентности учителя-олигофренопедагога в системе непрерывного педагогического образования: Автореф. дис. … д-ра пед. наук. – М., 2010.

Психическая гибкость специалиста в помогающих профессиях как ресурс реабилитации клиента с ограниченными возможностями

Смирнова С.В.
Амурский государственный университет,г. Благовещенск

Достижение человеком с ограниченными возможностями максимально возможной самостоятельности и независимой жизни как высокого качества социализации и предпосылки для самореализации имеет сущностный для жизнедеятельности смысл. Сегодня очень трудно найти абсолютно здорового человека, так как, чтобы жить и успешно функционировать в чрезвычайно гибком и динамичном обществе, человеку необходимо обладать высокой лабильностью восприятия окружающего мира, быть стрессоустойчивым, способным к смене устоявшихся стереотипных установок и моделей поведения.

Понятие психического здоровья включает в себя: позитивное отношение человека к самому себе; гибкое восприятие себя в различных социальных ролях; адекватную самооценку и самоанализ своих действий, а так же способность человека моделировать свое поведение, адаптируя его в контексте с жизненной ситуацией.

В «Психологическом словаре» под ред. В.П. Зинченко и Б.Г. Мещерякова (1996), адаптивность характеризуется как изменчивость поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других, исходя из понимания двуединой природы человеческой деятельности, которая, оставаясь адаптивной, является вместе с тем преобразовательной.

Следует отметить, что в современной психологии широко используются понятия «аллопластических» и «аутопластических» изменений и, соответственно, различают две разновидности адаптации:

а) аллопластическая адаптация осуществляется теми же изменениями во внешнем мире, которые личность совершает для приведения его в соответствие со своими потребностями. При этом адаптивные ресурсы и механизмы личности мобилизуются для реконструкции реальной социальной ситуации, а сама личность претерпевает сравнительно небольшие и в основном положительные изменения (приобретение новых знаний и навыков, социальной компетентности);

б) аутопластическая адаптация обеспечивается изменениями структурных элементов личности, с ее помощью происходит

приспособление к среде (Налчаджан А.А., 1988). Эта адаптационная модель, способствующая гармонии человека со средой и личностной гармонии человека, имеющего возможность реализовать свой потенциал, не сковывая себя рамками и ограничениями, может быть реализована при условии и достаточного развития психической гибкости личности для реагирования на латентные признаки ситуаций, требующих инноваций.

На наш взгляд, данная адаптационная модель согласовывается с концепцией В.М. Русалова (1979), который описывает личность как систему с подсистемами разной степени «жесткости-гибкости». Жесткая подсистема ассоциируется с обеспечением самостоятельности и устойчивости, а гибкая подсистема связана с обеспечением адаптивного взаимодействия индивидуальности с внешним миром, социальной средой посредством реализации внутреннего потенциала человека. Стремление к развитию, расширению моделей поведения, тенденция к выражению и проявлению всех способностей личности является главным условием для формирования психического здоровья человека в момент вступления личности в новые отношения с окружающим миром [1].

Обращаясь к системе образования, А. Маслоу писал о необходимости воспитания нового типа человека «… который бы не чувствовал себя потерянным в быстроизменяющемся мире, человека, которого изменения воодушевляли бы, человека, способного к импровизации, уверенного, мужественного, сильного человека, который мог бы с честью и с радостью встретить неожиданную, новую для него ситуацию» (Маслоу А.,1997).

На наш взгляд, этот призыв применим не только к системе общего образования, но и к специальному образованию. Отказ от наличных стереотипов в системе специального образования и фиксированных форм поведения способствует становлению личности, которая находится в поиске необычных, нетривиальных способов взаимодействия со своим окружением, что способствует успешному решению возникающих проблем, обнаружению выхода из казалось неразрешимых ситуаций, адекватному реагированию на новое, незнакомое, непонятное (Варламова Е.П.,1988; Варданян Ю.В.,1988).

Это предусматривает «принятие себя», внутреннюю удовлетворенность жизнью, способность адаптироваться в наиболее сложных, непредсказуемых ситуациях. Чем более сложной оказывается среда, в которой человеку приходится действовать, тем чаще от него требуется проявление способностей к изменению.

По мнению К. Роджерса (1990), главным побудителем отказа от стереотипной деятельности является стремление человека реализовать себя, проявить свои возможности. Это направляющее начало проявляется во всех формах органической и человеческой жизни как стремление к развитию, расширению, совершенствованию, зрелости, тенденция к выражению и проявлению всех способностей организма и «Я». При этом одним из условий психической целостности и здоровья личности является гибкость в оценке самой себя, умение под напором опыта оценивать ранее сформировавшуюся систему ценностей.

Все выше описанные характеристики психически здоровой личности сходятся к общей: такая личность флексибильна, гибка в своем подходе к жизни, восприимчива к окружающим стимулам, свободна и стремится к экспрессии. Ей присуща так называемая гибкая адаптация, способствующая не только внешней гармонии человека со средой, но и внутренней личностной гармонии человека, имеющего возможность реализовать свой личностный потенциал в успешно выполняемой деятельности, не сковывая себя рамками и ограничениями.

Нарушения физического и психического здоровья создают препятствия для самоактуализации человека и его личностного роста.

Сказанное выше требует пристального внимания к подготовке специалистов, способных оказать помощь в развитии личностного ресурса и решении психологических проблем человека с ограниченными возможностями.

При этом следует отметить, что содействие формированию готовности человека к профессиональному самоопределению на всех этапах его профессионального становления выступает сегодня в качестве одной из приоритетных задач образования. Профессиональное развитие предполагает активное качественное преобразование профессионалом своего внутреннего мира, приводящее к новому способу миропонимания и жизнедеятельности [1].

Становление профессиональной компетентности социальных педагогов и психологов в процессе получения высшего образования происходит циклично: от поэтапных задач профессионально-личностного развития к результату, выраженному в овладении профессией. Многотипность решаемых задач обуславливает разнообразие необходимых профессиональных умений и навыков. Это достижимо при решении ряда вопросов, среди которых наибольшую актуальность приобретают определение

психологических механизмов и создание образовательных условий, при которых обучающийся в вузе студент становится не просто студентом, а формирующимся специалистом, при этом накопленный потенциал знаний обеспечивает поступательное саморазвитие профессиональной компетентности в условиях моделируемой или реальной профессиональной деятельности.

Однако, следует отметить, что традиционная информационно-сообщающая система перестает удовлетворять профессионально-личностным запросам в саморазвитии, самореализации [2,5].

В центре внимания психологической службы образования должны оказаться вопросы профилактики нарушений личностного развития и поиска ресурсов психического здоровья [4.5]

Анализ психологической литературы позволяет сделать вывод о том, что одним из таких ресурсов является психическая флексибильность, обеспечивающая готовность адекватного реагирования на новые жизненные ситуации и тем самым способствующая сохранению психического здоровья и оптимизации самореализации не только профессионала, но и его клиентов [2.3].

В Амурском государственном университете разработана и внедряется программа развития психической флексибильности студентов психологов и социальных педагогов. Данная программа направлена на формирование нового значимого опыта будущих специалистов помогающих профессий по разрешению сложных проблем, созидание способностей к их позитивной дезинтеграции и готовности к изменениям у клиентов.

В связи с тем, что программа построена на основании структурно-уровневого подхода, перед участниками ставятся задачи, направленные на осознание связей - «организм-личность – ситуация-успешный выход из проблемной ситуации» в интерперсональном контексте собственной личности. Содержание программы нацелено на достижение готовности к решению задач путем поиска и использования внутренних резервов комплексной самореализации личностного потенциала, что приводит к развитию профессионально-личностных новообразований, которые обуславливают становление профессиональной компетентности будущего специалиста и снятию стереотипа ограничения возможностей с потенциального клиента [5,6,7].

Литература

1. Берестнева О.Г., Козлова Н.В. Оценка профессиональных характеристик преподавателей высшей профессиональной школы. //Сибирский психологический журнал, 2003 № 18, с.132-136;

2. Залевский Г.В. Развивающие модели супервизии. // Сибирский психологический журнал, 2001 № 14-15, с.117-12;

3. Залевский Г.В. Психология здоровья – проблемы образования и культуры: Материалы Всероссийской конференции: «Психолог в образовании» // Сибирский психологический журнал. 2005 № 22, с. 153-157;

4. Залевский Г.В Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования, Томск, 2006. - с.137-141;

5. Кранорядцева О.М. Проблемы профессионального становления личности в процессе повышения квалификации // Сибирский психологический журнал, 2002 № 16-17, с. 42-44;

6. Маркова А.К. Психология профессионализма. - М.: Наука, 1996, с.266;

7. Пряжников Н.С.Профессиональное и личностное самоопределение . - Воронеж: МОДЭК, 1996, с. 37.

Барьероустойчивое поведение в профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий

Столярова С.С.

ГУ города Москвы «Центр досуга и творчества молодежи «Россия», г. Москва

Назметдинова И.С.

Астраханский государственный университет
Астраханский институт повышения квалификации и переподготовки, г. Астрахань

В психолого-педагогических исследованиях проблема психологических барьеров в профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий связывается с понятием возникающих трудностей, препятствий, кризисов, напряженных состояний, особенно в период кризисов профессиональной деятельности, когда наступает тяжелая неудовлетворенность своим трудом, и дальнейшее развитие невозможно без коренной ломки

сложившейся деятельности. Содержание трудностей значимо влияет на такие качественные и количественные показатели труда специалистов помогающих профессий, как удовлетворенность, заинтересованность деятельностью, работоспособность, степень напряженности психических функций и процессов, обеспечивающих достижение целей деятельности.

Отметим, что в качестве основных факторов трудностей многими исследователями выделяются: стремительные изменения социальной и физической среды, повышение темпов жизни и ее стоимости, разрушение традиционных стереотипов сознания, и, как следствие, изменение профессиональных условий жизнедеятельности, осознание необходимости дальнейшего профессионального самосовершенствования; перестройка ценностно-смысловых и мировоззренческих позиций, связанных с преобразованиями в обществе. Широко распространенными среди специалистов помогающих профессий стали такие неблагоприятные для здоровья психические состояния, как тревога, неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью и жизнью, неуверенность в завтрашнем дне, страх за будущее детей, раздражительность, агрессивность, депрессия, тревожность и фрустрация.

Работа специалистов помогающих профессий насыщена напряженными ситуациями и трудностями, что требует больших резервов самообладания и саморегуляции. Специалисту необходимо обладать большой работоспособностью, выдерживать действия сильных раздражителей, проявлять терпеливость, уравновешенность, собранность, сдержанность в напряженных ситуациях и уметь сохранять на протяжении всего рабочего времени общий и эмоциональный тонус. Низкий уровень навыков саморегуляции приводит к тому, что значительная часть специалистов испытывает состояния напряжения, дискомфорта, тревожности, стресса, что в свою очередь снижает эффективность работы, повышает конфликтность, нарушает здоровье как их самих, так и здоровье окружающих. Только эмоционально зрелая личность в состоянии справиться с любыми психологическими барьерами, содержание которых значимо влияет на такие качественные и количественные показатели труда, как удовлетворенность, заинтересованность деятельностью, работоспособность, степень напряженности психических функций и процессов, обеспечивающих достижение целей деятельности.

Напряженные ситуации, часто возникающие в профессиональной деятельности, воспринимаются как

непреодолимые барьеры, угрожающие не только деятельности, но и жизни самого специалиста.

Таким образом, психологический барьер рассматривается как фактор, активизирующий или разрушающий деятельность и здоровье. Сам процесс преодоления психологических барьеров сопровождается глубокой внутренней работой по преодолению сложившихся стереотипов деятельности, смысловому образованию ситуации, требующих адекватных умственных действий, волевых установок, что повышает активность и напряженность деятельности.

Возникновение психологических барьеров в профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий обусловлено определёнными ситуациями. В классификации А.К.Марковой выделяются: ситуации неопределённости, ситуации с усложненными условиями деятельности, ситуации неудовлетворённости, ситуации конфликта, ситуации социально-экономической неустойчивости, ситуации изменения социального положения, ситуации вхождения в новую профессиональную среду, ситуации кризиса в профессиональной деятельности в целом.

В данных ситуациях, назовём их «стимульным событием», специалист испытывает физическое, или умственное, или эмоциональное ограничение активности профессиональной деятельности. Причём, как мы предполагаем, дифференцировать эти ограничения невозможно в виду того, что они взаимообуславливают друг друга.

Мы считаем, например, что умственное ограничение (поиск нестандартного решения какого-либо события, неполная картина какой-либо информации о себе и своём труде) вызывает недовольство собой, неудовлетворенность из-за того, что быстро нельзя разрешить ситуацию. Всё это сказывается на эмоциональной сфере, отражаясь во взволнованности, растерянности, раздражительности, тревожности, снижении чувства уверенности в себе, беспокойстве, напряжённости, а порой и в страхе, что проблема не разрешится. Что, в свою очередь, тормозит физическую активность и выражается в снижении или повышении аппетита, чувстве усталости и разбитости, расстройстве сна, нарушении внимания, памяти, в психосоматических недомоганиях и так далее.

А само «стимульное событие», трудная ситуация, в зависимости от того, как воспринимается и анализируется специалистом, приобретает когнитивную оценку. Введенный нами в научный обиход в 2004 году термин «барьероустойчивость» как нельзя лучше раскрывает тот факт, что степень трудности ситуации полностью

зависит не от самого события, а от того, как оно воспринимается, в какой ранг возводится по уровню сложности. Степень трудности, как нам кажется, будет зависеть от уровня барьероустойчивости самого специалиста, а именно, от эмоциональной устойчивости, как способности преодолевать состояние излишнего эмоционального возбуждения при выполнении сложной деятельности, гибкости поведения, уровня субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями, темпа, выносливости, чувствительности, эмоциональной удовлетворенности профессией.

В нашем понимании барьероустойчивость – это такое психическое состояние, которое позволяет личности специалиста адекватно воспринимать трудности, контролировать свои чувства, поведение и быстро находить конструктивные пути выхода из ситуации барьера.

Существует два основных способа преодоления психологического барьера, характеризующих степень барьероустойчивости: неконструктивный (низкая степень) и конструктивный (высокая степень). Конструктивный способ характеризует активную позицию в преодолении барьера, специалист считает себя ответственным в решении проблемы. Неконструктивный способ характеризует пассивную позицию специалиста, желающего любым путем ослабить, избежать или отложить разрешение проблемы, при этом возлагается вина на других или внешние обстоятельства, вменяется обязанность другому лицу разрешить ситуацию барьера. Рост напряжения сопровождается эмоциональным возбуждением, препятствующим рациональным процессам мышления и выбора: человек волнуется, впадает в панику и теряет контроль над ситуацией. Активное недовольство собой, прежним состоянием достигает такого уровня, при котором его эффект уже не способствует деятельности, направленной на достижение цели, а носит разрушительный характер.

Под «барьероустойчивым поведением» будем понимать способность специалиста разрешать ситуации психологического барьера конструктивным способом, низкую степень выраженности применения неконструктивных способов поведения.

Основными характеристиками барьероустойчивого поведения являются: интернальный локус контроля, высокая психическая устойчивость, позитивная самооценка и адекватность восприятия ситуаций психологического барьера. Выделим низкую и высокую степень барьероустойчивого поведения.

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что специалисты помогающих профессий с выявленной низкой

степенью барьероустойчивого поведения неадекватно воспринимают ситуации барьера. В их поведении преобладают экстрапунитивные реакции с фиксацией на самозащите, проявляющиеся в форме нахождения внешней причины и обвинения других. В трудных ситуациях эмоциональное состояние специалистов этой группы проявляется чаще всего как наступательное, обвиняющее других, активное или даже агрессивное поведение, сопровождаемое враждебными высказываниями.

В отличие от них, специалисты, показавшие высокую степень барьероустойчивого поведения, в ситуациях барьера чаще проявляют интропунитивные типы реакций с фиксацией на удовлетворении потребностей и настроены на самостоятельное разрешение проблемы. Следовательно, способность этой группы специалистов к конструктивному разрешению ситуаций психологического барьера выше, чем у первой группы.

В условиях барьера специалисты с низкой степенью проявления барьероустойчивого поведения чаще испытывают отрицательно окрашенные эмоциональные состояния, чем специалисты сравниваемой группы. Ситуация барьера воспринимается как событие, направленное против них, как угроза личного благополучия.

Итак, между психическими состояниями и продуктивностью труда специалиста помогающих профессий существует определенная зависимость, согласно которой психические состояния влияют на продуктивность его труда. Анализ сущности психологических барьеров в профессиональной деятельности показал, что при переживании специалистом трудностей возникают такие психические состояния, которые делают невозможным применение определенных средств профессиональной деятельности и общения (неуверенность, тревожность, напряженность, страх, неудовлетворенность, стресс), что приводит к преждевременному снижению работоспособности и эффективности деятельности.

Все это свидетельствует о необходимости разработки и проведения систематической, комплексной профилактической работы, включающей мероприятия общего и специального плана. Основным содержанием общего направления психопрофилактической работы должно стать ослабление и устранение социальных и социально-психологических предпосылок, способствующих формированию психологических барьеров.

Составными частями такой работы являются:

- Четкая организация профессиональной деятельности и отдыха.

- Предупреждение и устранение чрезмерного эмоционального напряжения коллектива (конфликтов между членами коллектива, повышенных эмоциональных напряженных ситуаций).
- Выявление лиц с низкой барьероустойчивостью, организация коррекционных мероприятий по развитию навыков психической саморегуляции, адекватного снятия эмоционального напряжения.
- Своевременное оказание эффективной помощи со стороны практического психолога специалисту, находящемуся в состоянии психологического кризиса.

Коррекционные мероприятия предлагаем проводить по программе, направленной на развитие навыков психической саморегуляции, адекватного снятия эмоционального напряжения.

Данный курс направлен на решение следующих задач:

- расширение сферы осознаваемого в понимании собственных психических состояниях, вызванных барьерами в профессиональной деятельности;
- гармонизация внутреннего мира специалиста за счет освоения новых знаний, навыков психической саморегуляции, адекватного снятия эмоционального напряжения;
- актуализация и расширение мотивов профессионального самосовершенствования;
- укрепление личностной и профессиональной самооценки специалистов, осознание ими своих личностных особенностей и творческих возможностей.

Интенсивность занятий – 1 раз в месяц, продолжительность каждого занятия – 2 часа.

Программа включает в себя три основных этапа:

I этап – подготовительный.

II этап – конструктивная часть.

III этап – завершающий.

Цель первого этапа - подготовить участников к занятию, создать соответствующий настрой. Он включает упражнения на релаксацию.

Конструктивная часть предполагает психорегуляцию и коррекцию негативных, дискомфортных состояний, эмоциональной, аффективно-чувственной сферы.

Цель завершающего этапа - закрепление положительных результатов, достигнутых в ходе занятий, обсуждение участниками группы переживаемого опыта, эмоций, собственных состояний.

Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Составители
Ю.Е.Куртанова, А.М Щербакова

Подготовка к печати
Г.К.Кислица, О.А.Попова, А.В. Убоженко, А.В.Шехорина

Дизайн обложки
О.Н.Гудилина, А.И.Колесников,А.М.Щербакова

Верстка
О.Н.Гудилина, А.В.Шехорина

Ресурсный центр психологической реабилитации оказывает информационную, методическую и консультативную помощь людям с ограниченными возможностями здоровья и специалистам, работающим в сфере психологической реабилитации

www.psy-rehab.ru

E-mail psy-rehab@yandex.ru

Телефон 8(499)244-07-04

адрес:
Москва,
Шелепихинская наб.,д.2а,корп.3
комн. 406,406А.