

37/11/75
3-13

С.А. Завражин
Л.К. Фортова

Учебное пособие
для вузов

АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ



3741075/
3-13

Учебное
пособие
для вузов

С.А. Завражин
Л.К. Фортova

Адаптация детей с ограниченными возможностями

Москва
Трикси
2005

Москва
Академический Проект
2005

УДК 376

ББК 74.3

З 13

**Федеральная целевая программа
«Культура России»
(Подпрограмма «Поддержка полиграфии
и книгоиздания России»)**

Рецензенты:

кандидат биологических наук, доцент ВГПУ В.М. Усоев;
кандидат педагогических наук, доцент, зав. кафедрой
дошкольного и начального образования Владимирского об-
ластного института усовершенствования учителей Л.Н. Прохо-
рова

Авторы: С.А. Завражин — доктор педагогических наук,
профессор (разделы 1, 3, 5, 6, 8, 13)

Л.К. Фортова — доктор педагогических наук, профес-
сор (разделы 1, 2, 4, 7, 9, 10, 11, 12)

Завражин С.А., Фортова Л.К.

З 13 **Адаптация детей с ограниченными возможностями:**
Учебное пособие для студентов педагогических
учебных заведений. М.: Академический Проект:
Трикта, 2005. — 400 с. — («Gaudeamus»).

ISBN 5-8291-0637-x (Академический Проект)

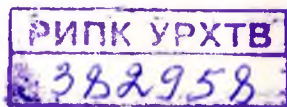
ISBN 5-902358-66-3 (Трикта)

В пособии дана характеристика и изложена сущность
современных технологий адаптации детей с нарушени-
ями развития. Предлагаемый материал базируется на
комплексном подходе и богатом эмпирическом опыте.

Пособие может быть полезно специалистам в области
коррекционной педагогики и специальной психологии,
а также всем интересующимся данной проблематикой.

УДК 376

ББК 74.3



ISBN 5-8291-0637-x

ISBN 5-902358-66-3

© Завражин С.А., Фортова Л.К., 2005

© Академический Проект, оригинал-
макет, оформление, 2005

© Трикта, 2005

ПРЕДИСЛОВИЕ

Стремительные перемены в социально-экономической и политической жизни России, обострение многих общественных проблем заставили ученых и практических работников начать поиск новых, адекватных современной действительности механизмов социокультурной адаптации личности. Существующие в науке представления позволяют рассматривать социокультурную адаптированность как согласованность самооценок и притязаний индивидуума (группы) с его возможностями и реалиями социума.

Динамика социокультурной трансформации российского общества отличается непредсказуемостью, стихийностью, что влечет за собой кризис психологических механизмов адаптации личности. Его следствием стали: дезинтеграция психики, коммуникативная атрофия, эмоциональное выгорание личности, выбор деструктивных способов психологической защиты (алкоголизм, наркомания, проституция, нищенство, бродяжничество и др.).

В условиях перманентного социально-психологического стресса даже здоровый в физическом и психическом плане человек далеко не всегда может быстро овладеть психологическими технологиями адаптивного социального функционирования. Что же говорить о взрослеющей личности, а тем более о ребенке с ограниченными возможностями здоровья?

Практический опыт специальных школ и интернатов показывает, что проблемы социальной адаптации учащихся с нарушениями в развитии в последние годы нарастают и усугубляются, поэтому поставленная перед коррекционными учреждениями цель — подготовить и включить воспитанников в среду в качестве полноправных членов общества — видится мифической.

В этой связи важно переосмыслить не только целевые установки специальных учебных заведений, но и весь комплекс вопросов, сопряженных с адаптацией и интеграцией в общество детей с особыми потребностями. Научные изыскания в данном направлении уже активно ведутся. В последние годы издан ряд работ (например, *Маллер А.Р.* Социальное воспитание и обучение детей с отклонениями в развитии. М., 2000; *Шилицына Л.М.* Необучаемый ребенок в семье и обществе. М., 2002 и др.), предлагающих новые, соответствующие современным мировым тенденциям специального образования, технологии профессиональной помощи аномальным детям и семьям, их воспитывающим.

Авторы настоящего пособия также стремились адекватно отразить инновационные процессы в специальном образовании, опираясь на тот колоссальный капитал, который уже накоплен в зарубежной и отечественной коррекционной педагогике и психологии, а также на собственный опыт коррекционно-воспитательной работы.

Избранный подход наложил отпечаток на выбор ключевых вопросов, стиль подачи материала. В пособии рассматриваются актуальные проблемы специальной педагогики и психологии, пропущенные через фильтр научных пристрастий авторов.

Естественно, что уровень научной новизны различных тем был неодинаков. Где-то мы следовали за авторитетами, где-то пытались с ними конкурировать, а где-то и конкурировать было не с кем, т. к. поднятый вопрос пока еще не нашел отражения в имеющейся литературе.

Учебное пособие состоит из 13 разделов, логика развертывания которых подчинена идее вызревания в нашей стране системы адресной, индивидуализированной коррекции социального функционирования личности с дефектами психофизической природы. Каждый из разделов выполняет свою специфическую функцию в раскрытии этой центральной мысли.

Авторы пособия надеются, что их попытка систематизировать определенный пласт информации в формате поднятой проблемы окажется полезной и своевременной, а также способной вызвать творческий диалог с высказанной здесь позицией.

В пособии использовались материалы курсовых работ и дипломных проектов выпускников факультета коррекционной педагогики и специальной психологии Владимирского государственного педагогического университета: С.А. Алексеевой, Е.В. Гордеюк, Н.В. Жуковой, О.Ю. Калиновой, С.В. Кониной, Е.В. Крайновой, А.А. Пырковой, Н.И. Радченко, Э.М. Садрутдиновой, А.В. Смирновой, С.Ю. Смирновой, Я.К. Тришиной, Е.В. Харламовой.

Раздел 1

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Задачи и принципы диагностики детей с ограниченными возможностями здоровья

Диагностика отклонений в развитии основывается на знании общих и специфических закономерностей психического развития нормально развивающегося ребенка и детей с различными отклонениями в развитии.

Диагностика носит комплексный характер, т. е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (педиатрии, детской психоневрологии), а также медицинской генетики, которые обязательно сопоставляются с показателями нейрофизиологических, биохимических и других методов параклинического обследования и данными, полученными при психологическом и логопедическом обследовании.

Современный уровень развития медицинской генетики, детской психоневрологии и психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений в развитии (задержка психического развития, общее недоразвитие речи, аномалии развития при различных наследственных заболеваниях нервной системы, детском церебральном параличе и др.), оценивать степень сформированности высших психических

функций, но и выявлять клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

На основе анализа специфики аномального развития, патогенетических механизмов нарушения, учета локализации и распространенности поражения центральной нервной системы педагог и психолог могут ориентироваться в структуре дефекта.

Данные научных исследований в области медицинской генетики, нейрофизиологии, клинической медицины показывают необходимость пересмотра представлений о причинах и механизмах возникновения многих форм задержек развития, умственной отсталости, речевых, двигательных и сложных дефектов, а также раннего детского аутизма.

Важной задачей диагностики является установление структуры ведущего дефекта и связанных с ним отклонений в развитии с учетом локализации и механизмов нарушений центральной нервной системы.

Теория функциональных систем, разработанная представителями отечественной нейрофизиологической школы, составляет в настоящее время основу изучения мозговой организации высших психических функций. Согласно этой теории, отдельные элементы нервной системы в процессе развития мозга объединяются прежде всего в зависимости от их участия в осуществлении той или иной функции (П.К. Анохин, 1975). Поскольку в функциональные системы объединяются эволюционно разные структуры, то и отдельные элементы в пределах одних и тех же уровней регуляции созревают неравномерно. Этим определяется неравномерность (гетерохрония) созревания отдельных функциональных систем и мозга в целом. При раннем органическом повреждении ЦНС эта неравномерность созревания отдельных психических функций, особенно в критические периоды развития ребенка, выражена в еще большей степени.

Творческое развитие эволюционного учения имело значение для обоснования эволюционно-онтогенетического подхода к диагностике нервно-психических заболеваний и отклонений в развитии у детей (Г.Е. Суха-

рева, 1955, 1959; Г.К. Ушаков, 1966; В.А. Гиляровский, 1973; В.В. Ковалев, 1973; Л.О. Бадалян, 1983, 1985).

Основоположник отечественной детской психиатрии Г.Е. Сухарева (1955) отмечала важность нозологического принципа в дифференциальной диагностике нервно-психических заболеваний у детей.

Все эти данные способствовали разработке современной концепции психического дизонтогенеза, т. е. нарушений психического развития у детей, возникающих в результате расстройств созревания структур и функций головного мозга (В.В. Ковалев, 1973, 1976, 1981, 1983, 1985). У детей с отклонениями в развитии имеют место проявления общей или частичной, стойкой или обратимой ретардации (отставания) созревания отдельных функциональных систем, а также недостаточность общей интегративной деятельности мозга.

Особое место в изучении мозговой организации высших психических функций имеют исследования А.Р. Лурии (1946 — 1947, 1950, 1969, 1970, 1973).

А.Р. Лурия с помощью нейропсихологического анализа нарушений интеллектуальной деятельности у больных с локальными поражениями мозга показал роль различных корковых структур в психической деятельности человека. В его исследованиях выявлены отчетливые нейропсихологические различия при поражении задних («гностических») и передних (лобных) отделов мозговой коры. Поражение задних отделов коры головного мозга не приводило, как правило, к нарушениям целенаправленной деятельности и поведения. Значительные трудности возникали в синтезе последовательно поступающей информации в общие (симультаные) схемы, в удержании поступающей информации в памяти и использовании для переработки этой информации специальных речевых средств.

При поражении же лобных отделов мозга отмечались выраженные изменения всего строения психической деятельности. Прежде всего нарушалось программирование и регулирование интеллектуальной деятельности.

В исследованиях Л.С. Выготского впервые была раскрыта регулирующая роль речи, с помощью кото-

рой развивается возможность сличать результаты действия с исходными намерениями.

Важное значение для нейропсихологического анализа отклонений в развитии имеют данные А.Р. Лурия о трех основных функциональных блоках мозга, участвующих в осуществлении всех видов психической деятельности:

- первый блок обеспечивает регуляцию психической активности;
- второй — прием, переработку и хранение поступающей информации;
- третий — функцию программирования, регуляции и контроля психической деятельности.

При поражениях функционирования первого блока изменяется мотивация к деятельности, выявляются нарушения внимания в сочетании с выраженной психической истощаемостью. При нарушениях функционирования второго блока изменяются прием, переработка и хранение поступающей информации, что проявляется в различных гностических расстройствах и отклонениях памяти.

Нарушения, возникающие при поражении третьего блока, касаются прежде всего операций программирования и произвольной регуляции деятельности.

Большое значение для понимания различных отклонений в развитии у детей имеет сравнительный анализ результатов нейропсихологического исследования при поражении головного мозга у детей и взрослых (Э.Г. Симерницкая, 1985).

Современные нейропсихологические исследования детей разного возраста подтверждают теоретические концепции Л.С. Выготского и А.Р. Лурия об изменении в онтогенезе как структуры психических функций, так и их мозговой организации.

Большое значение в организации психических процессов мозга в настоящее время отводится фактору функциональной асимметрии мозга.

Таким образом, все представленные выше подходы составили основу для современного изучения проблемы психического дизонтогенеза.

Основными клиническими формами психического дизонтогенеза являются ретардация, т. е. отставание в развитии, которое может быть общим, т. е. затраги-

вать все стороны психики, или парциальным (частичным), когда задержано формирование преимущественно тех или иных психических функций, и асинхрония развития, т. е. диспропорциональное психическое развитие.

Первый вариант психического дизонтогенеза характерен для детей с психическим недоразвитием (олигофрения) и для детей с ЗПР, включая проявления общего и парциального психического инфантилизма (Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев).

Второй вариант психического дизонтогенеза характерен для детей с преобладающими эмоционально-поведенческими и личностными расстройствами. Особенно он характерен для детей с РДА, невропатией и формирующимися психопатиями. Кроме того, он может наблюдаться при ранней детской шизофрении, эпилепсии и некоторых дементирующих заболеваниях раннего возраста. Например, при вялотекущем шизофреническом процессе, начавшемся в раннем детском возрасте, на начальных этапах заболевания может обращать на себя внимание преждевременное развитие некоторых интеллектуальных интересов. Такой ребенок может рано научиться читать, считать, грамотно работать с компьютером и т. п. Но все эти навыки развиваются лишь в том случае, если они находятся в сфере его избирательных интересов. Они всегда сочетаются с выраженным отставанием в развитии моторики, эмоционально-волевой незрелостью, выраженной практической неприспособленностью. Стойкие нарушения социальной адаптации этих детей могут, в свою очередь, способствовать развитию так называемых псевдокомпенсаторных образований защитно-оборонительного характера. Это прежде всего боязнь всего нового, чрезмерная привязанность к матери, односторонние интересы, навязчивые привычки и т. п. (В.В. Ковалев, 1975).

Наряду с клиническими выделяют психологические параметры психического дизонтогенеза. Так, В.В. Лебединский (1985) выделяет следующие проявления и механизмы дизонтогенеза.

Первый вариант связан с функциональными нарушениями регуляторных механизмов подкорковых и корковых систем. Нарушения проявляются в основном в функционально-динамических рас-

стройствах мозговой деятельности в виде нарушений умственной работоспособности, функции активного внимания, регуляции произвольной деятельности.

В т о р о й в а р и а н т связан с неравномерным повреждением различных функциональных систем в зависимости от этапа их созревания. Известно, что наиболее интенсивно развивающаяся функция является и более уязвимой. Поэтому при раннем повреждении ЦНС в первую очередь повреждаются наиболее интенсивно формирующиеся на этом этапе функции, в основном — функция речи.

Кроме того, многие функциональные системы оказываются наиболее уязвимыми в критические периоды развития, т. к. именно на этих этапах гетерохрония развития выражена в наибольшей степени. Эти данные показывают важность составления так называемого профиля развития.

П р и т р е т ь е м в а р и а н т е наряду с выраженностью первичного дефекта значительную роль в школьной и социальной адаптации играют вторичные нарушения депривационного генеза. Например, у ребенка с церебральным параличом в результате длительной изоляции от коллектива сверстников может сформироваться вторичная аутизация личности, которая, в свою очередь, может стать решающим фактором в социальной дезадаптации.

Вторичные нарушения депривационного генеза особенно выражены у детей-сирот, воспитывающихся в учреждениях интернатного типа.

Кроме представленных вариантов определенная роль в механизме психического дизонтогенеза может принадлежать асинхронному развитию межфункциональных взаимодействий.

Важное значение имеет выявление общих и специфических особенностей различных форм психического дизонтогенеза. Общие закономерности психического дизонтогенеза были обоснованы В.И. Лубовским. Они включают:

- нарушения приема и переработки поступающей информации;
- нарушения хранения и использования информации;
- нарушения словесной регуляции деятельности.

В зависимости от характера аномального развития проявления этих общих закономерностей имеют свою специфику.

Таким образом, диагностика отклонений развития основывается на сравнительном анализе общих и специфических закономерностей психического развития как нормально развивающегося ребенка, так и ребенка с отклонениями в развитии.

Диагностика отклонений в развитии всегда носит комплексный характер, т. е. при ее проведении учитываются данные клинической медицины (детской психоневрологии, медицинской генетики, педиатрии, эндокринологии и других дисциплин), а также специальной педагогики и психологии.

Современный уровень развития медицинской генетики, клинической медицины, нейрофизиологии, медицинской психологии позволяет не только диагностировать различные формы отклонений в развитии (умственная отсталость, задержка психического развития, общее недоразвитие речи, ранний детский аутизм, аномалии психического развития у детей с сенсорными и двигательными нарушениями), но и выявить клинические и психологические механизмы нарушений.

Клиническая диагностика играет ведущую роль в решении вопросов лечения, прогноза, медико-генетического консультирования семьи.

Комплексное клинико-психолого-педагогическое обследование ребенка основывается на следующих основных принципах:

- принципе развития, т. е. анализа механизмов возникновения тех или иных отклонений в психическом развитии в возрастном аспекте;
- принципе системного изучения нарушений психического развития с определением иерархии в структуре дефекта;
- качественного анализа структуры дефекта;
- этио-патогенетическом подходе с учетом взаимосвязи генетических и внешне-средовых факторов.

Процесс диагностики включает прежде всего выяснение жалоб и анализ анамнестических данных, при этом особое внимание обращается на специфику раз-

вития ребенка. Анализируются особенности развития моторики и навыков самообслуживания, общения и развития речи, интересов и познавательных способностей, игровой деятельности, поведения.

Мы уже отмечали роль игры в психическом развитии ребенка. У детей с отклонениями в развитии обращают на себя внимание специфические изменения игровой деятельности. Они проявляются в двух типах нарушений: игра отсутствует вообще или не соответствует возрастному уровню ребенка. В некоторых случаях, как, например, у детей с аутизмом, игра может приобретать своеобразный характер. Ребенок играет один, однообразно манипулируя отдельными предметами, не обращая внимания на обычные игрушки. Бросается в глаза стереотипность игровых действий.

При оценке игры ребенка важно обратить внимание на ее характер. У детей с нарушениями умственного развития игры носят случайный, беспорядочный характер и чаще сводятся к простым манипуляциям с предметами. Таким образом, на основе анамнеза создается предварительное представление об игровой деятельности ребенка. В беседе с родителями важно также выяснить интересы ребенка, особенности его общения с детьми и взрослыми.

■ 1.2. Диагностика нервно-психических нарушений у школьников с интеллектуальным недоразвитием

Если перефразировать хорошо известное латинское изречение, то получим не менее справедливую мысль: «Кто хорошо диагностирует, тот правильно воспитывает и обучает». Педагоги разных времен были убеждены в том, что, прежде чем воспитывать и обучать, надо всесторонне изучить ребенка со всеми его слабостями и во всем величии: его особенности познания в радости, горе и болезни; его отношение к себе, сверстникам и взрослым; точное знание о мире, в котором живет ребенок и в котором ему предстоит жить (Я.А. Коменский, К.Д. Ушинский, Я. Корчак, В.А. Сухомлинский, В.М. Коротов и др.) (6, 29).

Вместе с тем несмотря на то, что идея воспитания на диагностической основе получила широкое признание, она до сих пор не внедрена в педагогическую практику современной школы. Учителя, как правило, не испытывают потребности в информационном обеспечении процесса воспитания, относя диагностическую функцию к деятельности психологической службы. Сами же школьные педагоги используют в работе с детьми обычно свою интуицию и опыт, что часто приводит к ошибкам в оценке личности учащихся. Сегодняшнее состояние наших наук о воспитании таково, что при сохранении существующей тенденции к изоляции специалисты различных областей педагогики скоро окончательно перестанут понимать друг друга. Все они настолько отдаляются друг от друга, что их профессиональное общение станет невозможным. Если дифференциация будет по-прежнему преобладать над интеграцией педагогического знания, оно неизбежно распадется. Педагогическая мысль как бы замерла перед объективным фактом огромного разброса свойств ее объекта в чрезвычайно широких диапазонах нормы и патологии, перед объективными трудностями поиска законов, пробивающих себе дорогу через толпу непотворимо индивидуальных вариаций.

Между тем, реально существующая и постоянно нарастающая из-за ущерба, наносимого детям и подросткам, проблема школьной дезадаптации вызывает к безотлагательным мерам. Некоторые психологи уже заявляют, что уровень учащихся, не справляющихся со школьными требованиями, достиг такого масштаба, что эта проблема требует «уже не столько углубленного изучения, сколько безотлагательных поисков продуктивного решения на практическом уровне» (6, 29). С последним трудно согласиться, поскольку известно, что «сражение выигрывается не количеством выпущенных снарядов, а точностью их попадания».

Ранними признаками школьной дезадаптации, регистрируемыми учителями, служат, как правило, удлинение времени, необходимого для приготовления домашних заданий появление потребности в помощи родителей или репетиторов; более частое получение неудовлетворительных оценок или появление их у детей, прежде успевающих; страх перед контрольными

работами и экзаменами; утрата интереса к учебе; отказ отвечать у доски, прогулы занятий, отгороженность от окружающих, антидисциплинарные поступки и др. Позднее к этому присоединяются хроническая неуспеваемость по ряду предметов в результате отрывочности и поверхностности знаний и учебных навыков, негативное отношение к обучению в целом, к учителям и родителям, утрата жизненной перспективы, полный отказ от посещения школы, от общения с одноклассниками либо активное противопоставление себя другим в форме оппозиционно-вызывающего поведения, демонстративного пренебрежения правилам школьной жизни, вандализма, воровства, бродяжничества, употребления алкоголя и проч. Перечисленное можно отнести к первому уровню педагогической диагностики школьной дезадаптации, который вовсе не отвечает на вопрос «Что за фактом?»

Опыт установления причин различных форм школьной дезадаптации и их устранения как за рубежом (Я. Йирасек, Л. Тарнопол, М. Раттер, З. Тржесоглава и др.), так и в нашей стране (в практике медико-психолого-педагогических консультаций, в санаторно-лесных школах, реабилитационных центрах и других учреждениях, совмещающих предварительное комплексное обследование «проблемного школьника» с соответствующей полученным результатам педагогической помощью) дает основания для утверждения, что содержание и последовательность этапов диагностирования определяются не субъективными предпочтениями, а самой логикой поисков ответов на вопросы, потребностью «узнать ребенка тоже во всех отношениях» (К.Д. Ушинский).

1 этап: Выявление школьных проблем учащегося в условиях обычного педагогического процесса в сопоставлении с основной массой одноклассников и их формулировка в целях последующего хода исследования; результаты наблюдений излагаются в педагогической характеристике, которую составляет учитель или группа педагогов.

2 этап: Сбор анамнестических данных, отражающих обстоятельства предшествующей жизни ребенка и факты, их подтверждающие (особенности здоровья и

характера родителей, течения беременности и родов у матери, перенесенные болезни и их тяжесть, динамика психомоторного развития ребенка, особенности микросоциальной среды и пр.).

3 этап: Соматоневрологическое исследование школьника с учетом данных педагогической характеристики и анамнестических сведений; использование заключений различных специалистов (окулиста, невропатолога, ЛОР-врача), материалов дополнительных исследований (ЭЭГ, рентгенографии черепа и пр.).

4 этап: Оценка психического состояния ребенка в процессе бесед со специалистом, учитывающим при этом все уже имеющиеся источники информации о ребенке, определение его личностных особенностей, выявление дополнительных данных из диалога с учителем, родителями, самим школьником.

5 этап: Специальное психологическое исследование, уточняющее структуру и степень выраженности нарушений психических функций, а также наличие компенсаторных и других проявлений с использованием пато-и нейропсихологических методик, опирающееся на предварительно полученную информацию о проблемах школьника.

6 этап: Дефектологическое исследование речи, моторики и проч.

7 этап: Интегрированное диагностическое заключение, определяющее конкретную программу медикопсихолого-педагогической помощи исследованному школьнику, советы-рекомендации родителям.

8 этап: Практическая проверка обоснованности коррекционно-педагогической программы и соответствующих рекомендаций в условиях учебно-воспитательного процесса (6, 30 – 31).

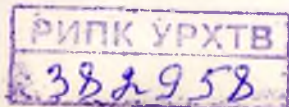
Вполне закономерен вопрос: имеются ли основания комплексное, междисциплинарное исследование школьника, выполняемое группой различных специалистов, называть «педагогической диагностикой»? Использование такого понятия в подобных случаях вполне уместно. Прежде всего инициатором, основным лицом, заинтересованным в получении результатов именно комплексного исследования ребенка, испытывающего те или иные трудности школьной дезадаптации, является педагог.

Во-вторых, цель исследования, начинающегося с составления педагогической характеристики, представляющей обобщенную совокупность наблюдений учителя и их предварительную оценку, заключается в том, чтобы на междисциплинарном уровне определить последующую педагогическую тактику и стратегию помощи конкретному ребенку с его проблемами как учебного, так и поведенческого характера.

В-третьих, если понятие «индивидуальная педагогическая помощь» включает в себя элементы коррекционной работы, свойственной дефектологии (например, логопедии при наличии дислексии, дисграфии, дискалькулии; развития соответствующих навыков при нарушениях тонких видов моторики, координации движений, чувства ритма и пр.), психотерапии (целенаправленное использование внушающей силы ободряющего слова), социальной психологии (в работе с родителями, сверстниками ученика, другими педагогами), то не в меньшей мере она предполагает педагогическую диагностику того, на что будет направлена эта «педагогическая помощь».

В-четвертых, решение педагогической задачи, т. е. достижение поставленной перед учителем цели, возможно лишь при создании соответствующих индивидуальных психофизическим и социальным характеристикам дезадаптированного школьника адекватных условий воспитания и обучения развивающими, личностно-ориентированными, реабилитационными, лечебно-педагогическими, психотерапевтическими в педагогических целях, деонтологическими (психогигиеническими в смысле общения) и прочими средствами. Все остальные специалисты психологического, педагогического и медицинского профилей работают на раскрытие механизма возникновения проблемы ученика, которой озабочен его учитель. Наконец, этот учитель не просто «соучастник разработки педагогического назначения» (7, 65), но и его непосредственный исполнитель, на практике оценивающий эффективность этих рекомендаций и вносящий по ходу их реализации соответствующие коррективы (6, 31 – 32).

Чтобы качество педагогической диагностики соответствовало тому, что от нее ожидается, необходимо соблюдение ряда условий.



1. Педагогическая характеристика должна отражать прежде всего те особенности «проблемного» ребенка, которые, по мнению учителя, раскрывают его наиболее «слабые» и «положительные» стороны, подтверждающие их факты и предварительные предположения относительно причин школьной дезадаптации. Ознакомление с многочисленными педагогическими характеристиками на дошкольников и учащихся школ позволяет сделать вывод, что их информационное содержание зависит не только от умения учителя излагать мысли в определенной последовательности, но и от умения видеть то, что наблюдаешь.

Нередко характеристика, написанная учителем или воспитателем дошкольного учреждения, отражает характерологические и профессиональные особенности самого педагога. Кроме того, на качестве характеристики, являющейся, с нашей точки зрения, ценным диагностическим материалом, составляющим синтез педагогических наблюдений за ребенком во время общения, учебных занятий, проведения досуга среди сверстников и рядом с родителями, в период школьных трудностей и состоянии болезни и пр., отражается профессиональное умение адекватно оценивать видимое. Дополнительным материалом к такому анализу могут служить тетради, рисунки, письма, записки. Наконец, характеристика должна отражать суждение педагога: в чем причина школьной дезадаптации и как он оценивает индивидуальные особенности психического состояния школьника на период его проблемной ситуации. Чем шире информированность и практическая подготовленность учителя в определении признаков школьной дезадаптации (даже самых начальных) и факторов, стоящих за ними, тем больше шансов на то, что характеристика «будет работать» на помощь ученику.

2. Анамнестические сведения, т. е. информация от родителей, имеют чрезвычайно важное значение для оценки прошлого, настоящего и даже, в известной мере, будущего ребенка. Главные требования, предъявляемые к процедуре сбора анамнеза, — это конфиденциальность, соблюдение максимального такта, терпение и целенаправленность расспроса, совмещающего информацию о родителях, условиях семейно-бытовой жизни,

характере развития и перенесенных заболеваниях, травмах, психологических стрессах ребенка, его увлечениях и особенностях общения, привязанностях и проч., а также тщательное изучение условий возникновения и становления признаков, относящихся к имеющей место школьной дезадаптации или вызывающим тревогу психическим нарушениям, соматическим жалобам и проч.

Хорошо собранный анамнез, опирающийся на материал педагогической характеристики, нередко служит решающим фактором как в оценке причин, обуславливающих происхождение школьной дезадаптации, так и в определении путей коррекционно-педагогической помощи. Еще одно важное требование, касающееся как анамнеза, так и остальных сведений об исследуемом ребенке, — это соблюдение принципа их неразглашения, сохранения профессиональной тайны.

Чем опытнее врач-специалист, тем точнее, целенаправленнее и экономнее ведет он расспрос. Однако техника анамнеза вполне доступна и педагогу, и психологу, если они достаточно хорошо ориентированы в различных аспектах проблемы школьной дезадаптации и нервно-психических расстройств, встречающихся у школьников, а также имеют хорошую школу практической подготовки. Для этого у них имеются определенные сведения в области медико-биологических знаний, которые «проходят» в вузе. При совершенствовании практической части этой подготовки применительно к рассматриваемому вопросу сбор анамнеза приобрел бы качественно иное значение.

Наиболее информативный анамнез тот, который собран непосредственно перед школой, в крайнем случае — в начале первого года обучения. С годами память родителей утрачивает значительную часть важных для анализа фактов и подробностей. В этих случаях приходится пользоваться лишь сведениями сравнительно недавнего и настоящего времени, тогда как прошлое остается безвозвратно утерянным. Схема анамнеза, как и педагогической характеристики, — это лишь путеводитель, который позволяет заглянуть в заданные «районы». Сами анамнестические сведения должны быть в одинаковой мере содержатель-

ными и лаконичными, свободными от «информационного шума», отражая самое важное, свойственное неповторимой индивидуальности исследуемого.

3. Сомато-неврологическое исследование школьника, как и всякое иное исследование, должно быть санкционировано родителями, убежденными, что за этим не последует каких-либо негативных для ребенка последствий. Более того, в процессе такого исследования, опирающегося на результаты педагогической характеристики и анамнеза ребенка, присутствие матери или заменяющего ее лица просто необходимо, т. к. результаты этого или другого специального медицинского исследования могут вызвать уточняющие вопросы к родителям или дать повод для дополнительных исследований, медицинских советов, рекомендаций и пр.

С другой стороны, изучение медицинских документов, имеющихся в распоряжении врача, и результаты непосредственного обследования школьника служат одной из важных частей междисциплинарного исследования — заключения, цель которого — направления коррекционно-педагогической или реабилитационной педагогической помощи. Следовательно, каждый педагог, как и школьный психолог, должен уметь оперировать медицинскими знаниями. Однако скромный курс основ медицинских знаний и валеологии, преподаваемый в педвузе в начале студенческой жизни, мало способствует сотрудничеству между учителем и медицинским работником школы.

4. Беседа с психиатром и психологом, как правило, вызывает известную напряженность у школьника и его родителей, а результат ее во многом будет зависеть от профессионального умения создать атмосферу доброжелательности, искренней заинтересованности и непринужденности, без чего трудно рассчитывать на доверие и понимание сторон. Желательно, чтобы психиатр был представлен как психотерапевт. Еще лучше, если педиатрическое, неврологическое и психиатрическое обследование проводится одним лицом, имеющим, разумеется, соответствующую квалификацию. Таким лицом может быть школьный врач, прошедший специальную подготовку по обследованию «проблемных учащихся», школьной дезадаптации, выявлению

нервно-психических и психосоматических расстройств и участвующий в соответствующих школьных консилиумах. К сожалению, существует противоречие между большими «массивами» школьников с различными формами «пограничных» нервно-психических расстройств и отклонений в развитии, относящимися к так называемой «малой психиатрии», с одной стороны, и степенью подготовки педиатра, в том числе — школьного врача, к работе с этим контингентом — с другой. Выход из создавшегося противоречия — в неотложном изменении программы интернатуры студентов-медиков по детской психиатрии в сторону увеличения учебных часов как по теории, так и практике с педагогической ориентацией получаемых знаний. Такие же выводы напрашиваются относительно системы переподготовки педиатров, школьных врачей, детских невропатологов.

5. Дефектологический анализ, представляющий совокупность специальных психологических методов исследования, опирающихся на данные педагогических наблюдений, результаты анамнеза и медико-биологической информации о ребенке, определяют свой объект коррекционной педагогики. Это могут быть различные формы и степени психического недоразвития, дефекты речевой функции, моторики, слуха, зрения.

6. Психологическое исследование является важной составной частью общей программы изучения состояний школьной дезадаптации. Как и предыдущие этапы исследования, оно должно быть подчинено уточнению и углублению уже полученных знаний о ребенке и его проблемах, поиску оптимизации его школьной деятельности посредством методов пато- и нейропсихологического исследования, позволяющих получить более прицельную информацию к разработке программы коррекционно-развивающего характера, а также проведению личностно-ориентированной, психолого-педагогической, психотерапевтической и социально-реабилитационной работы.

Психологическое исследование, как и всякое другое из перечисленных, может быть наиболее эффективным лишь в контексте общих задач по преодолению состояний школьной дезадаптации и причин, лежащих в их основе. При этом каждый психолог в силу объективной

сложности изучаемого явления обязан владеть интерпретацией результатов всех предшествующих исследований, что позволит ему более рационально использовать богатый арсенал диагностических методик.

К сожалению, в подготовке школьных психологов, на наш взгляд, недооценивается важность практического изучения пограничных нервно-психических состояний и расстройств, лежащих в основе возникновения различных вариантов школьной дезадаптации, а следовательно, ограничиваются возможности психогигиены и психотерапии, которые опираются на диагностику.

7. Основой школьного консилиума, конечной целью которого является составление программы педагогической помощи конкретному ученику, должна быть единая концепция взглядов всех участников диагностического исследования на проблему школьной дезадаптации и факторов ее определяющих, а также единство понятийного аппарата. Если каждый из участников педагогического консилиума несет ответственность за свою часть выводов и рекомендаций, то за педагогом остается выполнение основной части адаптационной или реабилитационной программы. На первый взгляд может сложиться представление о педагогической диагностике нервно-психических нарушений у учащихся как об очень громоздкой и весьма длительной процедуре. Действительно, без радикального улучшения всех перечисленных здесь звеньев существующей диагностической системы она будет очень обременительной и малорезультативной. Напротив, при активном вмешательстве всех заинтересованных сторон и большей рационализации бригадного исследования специалистов его длительность в среднем не будет превышать одного часа.

8. Работа учителя по выполнению адаптационной, коррекционно-развивающей или реабилитационной программы применительно к конкретному ученику, разработанной на основе совместного консилиума специалистов, является не столько завершением, сколько продолжением диагностического процесса, проверяющего в практике воспитания и обучения обоснованность рекомендаций, адекватность условий, в которых будет осуществляться соответствующая этим

рекомендациям педагогическая работа, а также уровень профессионализма самого учителя, степень его подготовки к работе с педагогически проблемными школьниками (6, 32 – 36).

Теоретический анализ проблемы позволяет сделать следующие обобщающие выводы:

1. Под педагогической диагностикой нервно-психических нарушений у школьников можно представить последовательный процесс сбора и компетентной интерпретации всей совокупности знаний, полученных в результате комплексного (медико-психолого-педагогического) обследования школьника.
2. Педагогическая диагностика, опирающаяся на концепцию о единстве физического, психического и социального в развитии и жизнедеятельности человека, является основой коррекционно-развивающей, компенсирующей, личностно-ориентированной, лечебной, реабилитационной, социальной и других направлений педагогической деятельности.

Результаты педагогической диагностики

Педагогическая диагностика, целью которой является определение на междисциплинарном уровне последующей педагогической тактики и стратегии помощи ребенку с его проблемами, начинается с составления педагогической характеристики, представляющей обобщенную совокупность наблюдений учителя и воспитателя и их предварительную оценку.

В школе-интернате № 12 г. Владимира для умственно отсталых детей учитель и воспитатель в своих характеристиках на учащихся, которые являлись объектом нашего исследования, опирались, в основном, на следующие критерии:

- состав семьи и внутрисемейные отношения;
- сформированность у детей основных учебных умений и навыков (по различным предметам);
- наличие отличительных особенностей в эмоционально-волевой, мотивационно-смысловой и поведенческой сферах.

Дополнительно в характеристиках учитель отмечал свои наблюдения за ранними признаками нервно-

психических нарушений и школьной дезадаптации. Например, было установлено, что у многих детей на подготовку домашних заданий затрачивается очень много времени, или констатировалась неготовность ребенка к уроку; утрата интереса к учебе; отгороженность от окружающих; антидисциплинарные поступки: драки, воровство; неустойчивость настроения, неадекватность реакций на те или иные поступки окружающих.

Что касается состава семьи учащихся исследуемой группы, то в основном это дети из неполных, многодетных семей, где отсутствует какая-либо система воспитания, а атмосфера внутрисемейных отношений часто служит причиной тех или иных нервно-психических заболеваний. Например, часто наблюдается у одного или обоих родителей алкоголизм, другие болезни или же наличие судимости. Естественно, такие родители не могут дать должное детям, а наоборот, жестоки и грубы с ними, беспричинно бьют и ругают. Все это не может не сказаться на здоровье детей, которые не понимают, что происходит и почему они во всем виноваты и страдают от рук собственных родителей.

Недостатки семейного воспитания непосредственным образом влияют на сформированность у детей основных учебных умений и навыков. Практически у всех детей в характеристиках отмечено, что «нужным способом чтения не овладел», «не может заучить небольшой стих», «затрудняется в написании текста под диктовку», «не умеет решать задачи изученных видов», «нет навыка пересказа текста», «имеет неудовлетворительные результаты по чтению, письму, математике» и т. д., т. е. дети с трудом справляются (а некоторые совсем не справляются) с программой вспомогательной школы, что опять же говорит о наличии у них признаков школьной дезадаптации и нервно-психических заболеваний.

Естественным следствием имеющих у детей нервно-психических нарушений является наличие у них отличительных особенностей в психической, поведенческой и в коммуникативной сферах. Так, например, у этих детей зачастую нет интереса к учебе, инициативы в труде и общении со взрослыми. В по-

ведении преобладает возбудимость, неуравновешенность; часто наблюдается неустойчивость настроения. Почти у всех детей отмечается неумение самостоятельно выполнить работу и контролировать свою деятельность.

Между тем, без анализа причин наблюдаемого педагогического «факта» трудно наметить последующие действия, направленные на его устранение. Так, например, за повышенной отвлекаемостью ребенка на уроке и связанными с этим фрагментарностью восприятия учебного материала, плохим его пониманием и запоминанием может скрываться целый ряд совершенно отличных друг от друга факторов: психическая истощаемость, эмоционально-волевая незрелость (инфантилизм), отсутствие понимания учебной ситуации и познавательной активности (при умственной отсталости); психомоторная расторможенность (при органическом психосиндроме); отсутствие мотивации в связи с недоброжелательным отношением со стороны учителя или скучным, неинтересным изложением урока; плохое самочувствие из-за недосыпания, недосыпания, из-за вялопротекающего воспалительного процесса, наличия аденоидов носоглотки, сниженного слуха и др. Именно поэтому для устранения «отвлекаемости», «плохой памяти», «лени» и проч. нет однозначных педагогических рецептов, но очень весомую роль в их компенсации играет точное выявление причин того или иного явления, наблюдаемого у ребенка.

Таким образом, на первом этапе исследования ребенка выявляются его школьные проблемы в условиях обычного педагогического процесса.

На втором этапе диагностики проводится сбор анамнестических данных, отражающих обстоятельства предшествующей жизни ребенка. Это, в первую очередь, особенности здоровья родителей (у половины исследуемых детей в протоколе медико-педагогической комиссии записано «родители здоровы» или «практически здоровы», хотя на самом деле большинство из них все же страдает алкоголизмом и другими заболеваниями), а также характер течения беременности и родов у матери, перенесенные в детстве болезни. Именно этот фактор играет ключевую роль в

дальнейшем развитии ребенка. Так, например, мальчик с диагнозом «умственная отсталость и неврозоподобные нарушения» (энурез, астеноневротическое состояние) еще до рождения перенес гипоксию и асфиксию; во второй половине беременности, протекавшей с угрозой прерывания, мать болела трихомониозом. Собственно, дальнейшее состояние здоровья такого ребенка требует к себе особого внимания многих специалистов.

Из перенесенных детьми болезней чаще встречаются такие, как ОРВИ, острый бронхит, ЗПР; одна девочка болела менингитом, другая — дерматитом. У всех детей отмечается отставание в той или иной степени психомоторного развития. Все это, в свою очередь, говорит о нарушении развития ребенка в целом.

Таким образом, анамнестические сведения имеют чрезвычайно важное значение для оценки прошлого, настоящего и даже будущего ребенка.

Третий этап комплексного исследования ребенка складывался на основе первых двух (данные педагогической характеристики и анамнестические сведения), а также на основе результатов медицинского обследования, отмеченного в протоколе медико-педагогической комиссии. У исследуемой группы в протоколах этот этап диагностики либо совсем не находил отражения, либо отмечались данные лор-врача и окулиста (в основном — норма). Лишь одному ребенку окулист поставил диагноз «расходящееся косоглазие»; у двух детей в этой главе отмечено: «правильно ориентирован в месте и времени». В протоколах двух детей врач-педиатр сделал заключения: «дерматит в стадии ремиссии»; «астеноневротическое состояние».

Данные этого этапа играют не менее важную роль в коррекционно-реабилитационной работе, поскольку педагог должен знать и учитывать индивидуальные особенности состояния здоровья каждого ученика для компенсационно-педагогической помощи.

Четвертый этап психолого-педагогического диагностирования нами был проведен в сочетании с пятым, т. к. целью этих этапов является психическое исследование школьника, его личностных особенностей, уточ-

няющее структуру и степень выраженности нарушений психических функций.

Описание методик исследования

Переход от младшего школьного возраста к подростковому является сложным периодом в развитии личности ребенка. Именно в этом возрасте, как отмечено в работах психиатров и патопсихологов (А.И. Захаров, 1982, В.В. Ковалев, 1985, А.Е. Личко, 1979 и др.), впервые проявляются симптомы многих психических заболеваний. Эти симптомы непросто отличить от обычных возрастных проблем. Практический психолог, наблюдая и решая те или иные личностные проблемы младшего школьника, сталкивается с целым рядом сложнейших и неоднозначных вопросов:

- трудности ли это, типичные для переходного возраста, которые при комфортных психологических условиях благополучно пройдут с возрастом?
- может быть, эти трудности и не являются симптомами психических заболеваний, однако могут стать причиной психического неблагополучия в будущем?
- не свидетельствуют ли эти трудности о серьезных психических расстройствах ребенка?

Школьный практический психолог должен уметь принять ответственное решение: достаточно ли ребенку, имеющему личностные проблемы, помощи психолога или для решения его проблем требуется привлечение других специалистов, например, детского психиатра?

Поэтому такое большое значение в работе детского практического психолога имеет диагностика особенностей личности младших школьников.

Для решения таких диагностических задач весьма эффективным оказывается применение проективных методов. Во-первых, диагностические техники этого типа интересны, занимательны для детей, обеспечивают более живой, непринужденный контакт ребенка с психологом. Во-вторых, они обладают психокоррекционным эффектом, что существенно в работе психолога с трудными детьми (21, 125—126).

Так, например, данные, полученные в результате обследования шестерых детей 9—11 лет из школы-

интерната для умственно-отсталых детей, подтвердили большие возможности диагностического комплекса «проективное интервью», предложенного чешским исследователем В. Михалом. Эта методика отвечает всем необходимым требованиям:

- адекватна возрасту, интересна, доступна и понятна детям 9—11 лет;
- направлена прежде всего на изучение отношений ребенка с другими людьми;
- предполагает изучение всех уровней общения ребенка с другими людьми как деятельности, позволяет исследовать не только осознанные цели в общении с другими людьми, но и неосознаваемые актуально мотивационно-смысловые аспекты общения.

Направленность методики на изучение отношений школьника с другими людьми существенна по двум причинам. Прежде всего, как показано во множестве исследований, межличностное общение является ведущей деятельностью в подростковом возрасте — деятельностью, в которой формируются личностные новообразования. Кроме того, как установлено в патопсихологических исследованиях, отношение к другому человеку является наиболее приемлемым критерием, позволяющим разграничивать нормальное и аномальное развитие личности.

Между тем, многие наиболее употребительные патопсихологические методики (например, классификация, пиктограмма, толкование пословиц и т. д.) раскрывают свойства личности через свойства познавательной деятельности. Поэтому для работы с младшими школьниками необходимы диагностические методы, исследующие особенности личности через свойства межличностных отношений и прежде всего — отношений подростка к другим людям (21, 127).

Проективное интервью состоит из двух частей — собственно интервью «Волшебный мир» и теста незавершенных предложений. Как отмечает автор методики, возможно использование этих тестов по отдельности, но наибольшие диагностико-коррекционные возможности они имеют при комплексном применении.

Комплекс проективного интервью предназначен для детей 7—12 лет. В интервью «Волшебный мир»

психолог предлагает ребенку выбрать для себя любую, какую тот захочет, роль в волшебной стране, а затем просит его идентифицироваться со всемогущим волшебником, который может сделать все, что захочет. В этой роли ребенок оказывается в волшебной стране, а затем в привычном ему мире — у себя дома, в школе, в компании друзей. Затем ребенка спрашивают, что он сделал бы для себя самого и для психолога (экспериментатора). Далее «всемогущество» волшебника ослабевает, и ребенку предлагается более пассивная роль — выбрать, во что или в кого он хотел бы превратиться, его спрашивают, в каком животном он хотел бы стать, после чего психолог называет ряд животных «на выбор». Далее следует тест «Золотой возраст», вопрос о том, хотел бы испытуемый стать ребенком противоположного пола, после чего психолог выводит ребенка из роли волшебника. Далее выясняется отношение ребенка к своему имени и фамилии, после чего следует тест «Три желания» и три проективных вопроса о страхах, радостях и огорчениях ребенка.

Итак, вопросы охватывают все стороны отношений ребенка с другими людьми и способствуют изучению самоотношения ребенка. Данная методика является хорошим средством установления контакта с ребенком, дает ему возможность пережить в форме игры многие значимые для него проблемы, в чем и заключается ее психотерапевтический эффект.

Вторая часть комплекса состоит из 10 незаконченных предложений и представляет собой модификацию теста Сакса ST — 22 для детей. Тест относится к методикам дополнения и отчасти к ассоциативным методикам. Целью проведения данного теста является исследование направленности индивида, системы его отношений; социальных и личностных интересов и пристрастий. Он состоит из предложений об отношении ребенка к родителям, детским группам, учителям, своим собственным способностям, а также о целях, ценностях, конфликтах и значимых переживаниях. Таким образом, тест незаконченных предложений, как и первая часть комплекса проективного интервью, направлен на изучение отношения ребенка ко всему своему окружению и к себе самому (21, 127 — 128).

В целом интерпретация результатов диагностического комплекса должна носить качественный характер. Как и в любой проективной методике каждый ответ ребенка сам по себе может служить лишь основанием для подтверждения или отвержения гипотез о природе его проблем, но не поводом для окончательных диагностических суждений.

В интерпретации первой части диагностического комплекса — проективного интервью — основой служат объяснения ребенка, почему он сделал бы то или иное дело, превратился бы в кого-то и тому подобное. Другой основой интерпретации является содержательный анализ ответов, который позволяет углубить представление о переживаниях ребенка и об его реальной житейской ситуации.

Невербальные проявления также дают много информации для исследования, поскольку по ним можно судить о глубине переживаний ребенка, о субъективной значимости тех или иных проблем, о которых он упоминает. Так, например, протестированная девочка, рассказывая о том, как пьяный отец бьет ее с матерью, становилась очень встревоженной, гиперактивной, в руках сжимала, «мяла» ручку, а на ее глаза наворачивались слезы, что говорит об очень сильном переживании девочки, эмоциональном потрясении и страхе.

Можно сказать, что в интервью «Волшебный мир» встречаются наиболее популярные ответы. Так, на вопрос о том, в кого ребенок хотел бы превратиться в сказочной стране, большинство детей отвечали, что хотели бы стать сказочными персонажами (колдун, кощей, золушка).

Ответы на данные вопросы отражают и самооценку ребенка (в основном, средняя самооценка). Так, в исследуемой группе не встретился ни один ответ «остаться самим собой», который чаще свидетельствует о принятии ребенком себя, довольно высокой самооценке, что не присуще таким детям. Но в то же время не обнаружено и ответов, «говорящих» о заниженной оценке ребенком своих возможностей. Это ответы, упоминающие какую-либо обыденно-житейскую профессию («шофер», например).

На вопрос о том, что дети сделали бы в волшебной стране, будь они волшебниками, наиболее распростра-

ненный вариант ответа среди нормальных сверстников — избавление от зла и несправедливости сказочных героев — у обследуемой группы детей ни разу не встретился. В их ответах чаще говорилось об обыденно-житейской ситуации ребенка («себе машину хочу»; «построил новые дома, замки» и тому подобное), что является признаком социальной незрелости, неудовлетворенности жизненными условиями таких детей.

Ответы на вопрос о том, что ребенок сделал бы у себя дома, в школе и в компании друзей, дает всестороннее представление об его социальной ситуации развития, об осознанных переживаниях, связанных с ней.

Наиболее типичны ответы о благоустройстве дома, школы, о подарках для близких, друзей, одноклассников. Признаком серьезного неблагополучия могут быть негативные переживания в ответах на все вопросы данной группы, чего в нашем исследовании почти не наблюдалось, т. к. всего две девочки на один вопрос наряду с положительным ответом высказали негативное отношение: «кто со мной не дружит — превращу в таракана, гориллу» или желание ребенка, чтобы в школе «никто не говорил плохих, матных слов; никто не курил».

В следующей части интервью идентификация ребенка с ролью всемогущего волшебника ослабевает, и ему предлагается менее активная роль. На вопрос: «Хотел бы ты превратиться в животное?» лишь один ученик ответил отрицательно, мотивируя тем, что тогда он не сможет учиться в школе (у этого ученика на протяжении всего обследования четко прослеживалось положительное отношение к школе и учебе).

Животные, которых называли остальные дети, являлись, как правило, внешне привлекательными. Свой выбор того или иного животного они мотивировали как некоторыми жизненными характеристиками данного животного (например, «Коровой. Она дает молоко»), так и качествами, присущими не только животным, но и людям (например, «Тигр. Он быстро бегает», или ответ девочки: «Хочу превратиться в тигра, потому что он красивый»). Собранные воедино мотивировки последнего рода могут дать косвенный психологический портрет ребенка, выявляя черты, кото-

рые он отрицает у себя (смелость, храбрость, красота), и черты, которые он приписывает себе или считает желательными (та же красота, умение быстро бегать и др.). Такой вариант качественной интерпретации данных наиболее интересен при изучении образа «Я» ребенка.

Следующие вопросы предполагают еще меньше возможностей для «волшебника». Так, в одном из них ребенку предлагается выбрать один из трех возрастов: взрослый, младенческий или свой собственный. Принятие ребенком своего возраста является одним из признаков удовлетворенности собой, чего не наблюдалось в исследуемой группе младших школьников, т. к. практически все они захотели стать взрослыми. Но этот признак тоже нельзя назвать «неблагополучным», т. к. дети этого возраста часто предпочитают идентифицировать себя со взрослым. Одна лишь девочка сказала, что хотела бы опять стать маленькой и сосать соску.

Следующий вопрос был направлен на изучение уровня половой идентичности детей. Ни один ребенок (ни мальчики, ни девочки) не захотели превратиться в ребенка противоположного пола, что свидетельствует об отсутствии у них проблем в усвоении полоролевых стереотипов. Известно, что девочки иногда говорят, что хотели бы превратиться в мальчиков, мотивируя свой выбор их большей физической силой, активностью и авторитетностью. В свою очередь, анализируя мотивировку девочки из школы-интерната для умственно отсталых детей («Не хочу стать мальчиком, т. к. они совершают много плохого»), можно сделать вывод о сложившемся у нее негативном представлении об индивидах другого пола.

Заключительная группа вопросов не связана с ролью волшебника. Вопрос об отношении ребенка к своему имени и фамилии является, по мнению автора методики В. Михала, одним из наиболее существенных для изучения самооценки ребенка, его отношения к себе. Около 50% опрошенных высказали отрицательное отношение к своему имени и фамилии и пожелали называться другим именем; но вывод о низкой самооценке этих детей можно сделать лишь в том случае, если у них в большинстве ответов на вопросы, изуча-

ющие самооценку, имеются признаки неудовлетворенности собой. Так, например, два мальчика в ответах на еще два вопроса («В кого хотел бы превратиться?» и «Какого возраста хотел бы быть сейчас?») выразили признаки невысокой самооценки и не хотели принимать себя такими, какие есть. Аналогично вывод о любой другой особенности личности ребенка не является обоснованным, если он базируется лишь на одном или двух ответах на вопросы интервью. Именно поэтому мы говорим о необходимости комплексного, междисциплинарного подхода к изучению личности младшего школьника.

Интервью завершается тестом «Три желания» и тремя проективными вопросами о страхах, радостях и огорчениях ребенка. Желания детей В. Михал делит на три группы: эготропные, т. е. желания для себя, аллотропные, или желания для других людей, и синтропные — желания для группы, включающей самого ребенка. У нормальных детей раннего подросткового возраста преобладает эготропная направленность желаний. В целом и у исследуемой группы детей наблюдается та же тенденция. Лишь один ребенок сказал, что у него нет никаких желаний, что можно интерпретировать либо как отказ об этом говорить с экспериментатором, либо как невозможность в силу различных причин осознать, понять то, чего ребенок «хочет от жизни», на что может надеяться и чего ожидать.

Следует отметить, что на ответы детей о трех желаниях оказывает существенное влияние социальная ситуация, уровень жизни детей. Так, основная масса опрошенных пожелали для себя иметь машину, квартиру, куклы и другие, на их взгляд, жизненно необходимые вещи, или же хотели стать сильнее, старше, опять превратиться в волшебника. Так или иначе, большинство высказанных детьми желаний относится к эготропным. Однако двое из шести детей хотели, «чтобы все люди добрые были», «чтобы друг стал волшебником», «чтобы я сама не совершала много плохих дел», «чтобы папа был с нами», «чтобы мама не курила». Такие ответы говорят о душевном беспокойстве, дискомфорте и даже психических проблемах детей.

По ответам на заключительные три вопроса интервью можно судить о способности ребенка к рефлексии собственных переживаний. На вопрос, чего больше всего боятся дети, наиболее часто они отвечали, что боятся глобальных бедствий, некоторых людей, животных.

Но ответ одной девочки, что она боится своего папу, позволяет сделать вывод о глубоком эмоциональном потрясении ребенка, которое не может не сказаться на ее дальнейшем психическом развитии.

Ответ другой девочки, которая боится заблудиться, можно интерпретировать по-разному. Возможно, этот ребенок в детстве перенес тяжелую психическую травму вследствие невнимательного отношения со стороны взрослых, родителей. Она, вероятно, просто заблудилась, потерялась в лесу, и очень испугалась, что оставило сильный эмоциональный отпечаток на всю жизнь. Такой ответ может говорить и не о конкретной перенесенной драме, а о том, что этот ребенок боится заблудиться в «пространстве жизни».

На вопрос о том, что больше всего радует детей, они чаще всего упоминают праздники и учебные успехи. Ответ мальчика о том, что он радуется, «...когда настанет новый день», скорее всего говорит о том, что этот ребенок не перестает надеяться на улучшение своей жизни, на обретение удачи и счастья, которое он ищет с приходом каждого нового дня.

Судя по ответам, наибольшие огорчения у детей вызывают неуспехи в учебе и ситуации, когда «ругают, бьют, а также неисполнение желаний». Одного ребенка огорчает беспокойство, несчастье близкого человека («...бабушка вспоминает папу и плачет»).

Проведенная экспериментальная процедура показала, что учебная деятельность для младших подростков значима не меньше, чем межличностное общение со сверстниками (во всяком случае, на осознанном уровне). А что касается каких-либо заключений по поводу нервно-психических нарушений младших школьников, то для подтверждения выявленных специфических особенностей детей данной методикой необходимо дополнительно использовать другие диагностические измерители, которые в совокупности дадут более полную и точную картину любого отклонения.

Так, в нашем исследовании мы опирались на данные еще двух методик: «Незаконченные предложения» и «Несуществующее животное».

В тесте «Незаконченные предложения» в ответах на вопросы о семье, школе, учителях и друзьях прослеживалось, что отношения этих детей в семье, с учителями и друзьями являются гораздо более острыми, конфликтными, чем у их здоровых сверстников. В частности, учителю часто приписывались негативное отношение и несправедливость к детям («Я мечтал бы, чтобы мой учитель был добрее»), а сверстникам — более сильная агрессия («Мне не нравится, когда мальчишки (вопрос задавался девочкам) дерутся, обзываются, обижают девочек» или «Настоящий друг — ...не злой, чтобы не бил»). В основном у всех детей сложилось четкое представление о настоящем друге («...добрый, не бросает в беде, не обижается»).

Как и в проективном интервью, отдельное окончание предложения не может быть надежной основой для выводов о сущности проблем ребенка, но позволяет выдвигать или ставить под сомнение предположения психолога-экспериментатора. Одно и то же продолжение фразы может означать различные трудности в зависимости от контекста. Например, ответ ребенка «Ничего» в предложении «Самое плохое, что я сделал в жизни...» может указывать на запоздание формирования рефлексивной самооценки, но может быть и проявлением психической защиты. Каждое из незаконченных предложений имеет «популярные» окончания, которые дети называют наиболее часто. Так, предложения, направленные на изучение отношения к матери, дети часто оканчивают словами положительными по эмоциональной окраске («Моя мама и я — друзья» или «...пошли гулять»). Зато отцам дети приписывают в ответах строгость, суровость и грубость в отношении с ними («Я хотел бы, чтобы мой папа никогда не пил», «...не бил меня», «...не расставался с мамой» и т. д.). На основе таких предложений можно сделать предположительный вывод о наличии конфликта в семье, отчего страдают опять же дети.

Одним из наиболее существенных фрагментов данного теста являются фразы, направленные на иссле-

дование отношения ребенка к себе — своим возможностям, переживаниям, мечтам и планам на будущее. Эта группа предложений позволяет дополнить данные о самооценке ребенка, полученные с помощью интервью «Волшебный мир».

Важно, что все шестеро детей, завершая предложения, направленные на исследование планов на будущее, говорят о том, что когда они станут взрослыми, они будут работать. Это свидетельствует о том, что все дети практически уверены в возможности реализовать свои способности, т. е. в социально-трудовой реабилитации и адаптации в обществе.

Что касается мечты и целей в жизни, то у двух девочек они ограничиваются материальными приобретениями, подарками (куклы). Двое других детей сказали, что больше всего в жизни они хотели бы учиться, выражая тем самым свое положительное отношение к учебе. Один мальчик мечтает хоть раз в жизни «поехать на море». Но больше всего настораживает ответ мальчика о том, что «больше всего в жизни...» он хотел бы «...жить». Такой ответ ребенка в возрасте десяти лет может свидетельствовать о серьезных психологических личностных проблемах, внутренних переживаниях и конфликтах.

Реалистичность планов на будущее дает косвенное представление об адекватности образа «Я» ребенка, что очень существенно при переходе к психокоррекционной работе.

Таким образом, тест «Незаконченные предложения» позволяет выявить существенные особенности взаимоотношений ребенка с другими людьми и представления о себе, обладает диагностической значимостью и дополняет данные интервью «Волшебный мир».

Для уточнения некоторых данных о нарушениях психических функций целесообразно использовать диагностический тест «Несуществующее животное». Эта методика, разработанная М.З. Дукаревич, проста в проведении и позволяет выявить различные личностные особенности испытуемых.

Инструкция. Перед ребенком кладут лист бумаги (горизонтально) и говорят: «Я хочу посмотреть, как ты умеешь придумывать, воображать. Придумай и нарисуй животное, которого на самом деле не бывает, ни-

когда не было и которого до тебя никто не придумывал — которого нет ни в книгах, ни в сказках, ни в мультфильмах». Когда ребенок заканчивает рисовать, его просят придумать животному название, которое записывается в протоколе. После этого психолог говорит: «А теперь расскажи про его образ жизни. Как оно живет?» Рассказ ребенка записывается, по возможности, дословно. Затем, если в рассказе отсутствуют соответствующие сведения, задаются дополнительные вопросы: чем оно питается? где живет? чем обычно занимается? а что любит делать больше всего? что оно больше всего не любит? оно живет одно или с кем-нибудь еще? есть у него друзья? кто? а враги у него есть? кто? почему они его враги? есть ли что-нибудь, чего оно боится или ничего не боится? какого оно размера?

Все ответы ребенка записываются в протокол по возможности дословно (5, 41 — 42).

Интерпретация результатов (по пяти показателям):

- 1) способ построения образа;
- 2) показатели тревожности, страхов, боязни агрессии;
- 3) агрессивности;
- 4) бытовой ориентированности;
- 5) показатель, характеризующий сферу общения.

1. Прежде всего следует оценить **способ построения образа**, характеризующий тип воображения и мышления ребенка, его подход к творческой задаче. При низком уровне изобразительной техники способ построения образа в большей мере отражается в названии животного, чем в его внешнем виде.

Наиболее низкий уровень («нулевой» — это изображение реального животного: зайца, собаки, крокодила и т. д.) не встретился среди участников диагностического процесса (правда, одна девочка начала рисовать жирафа, но после уточнения экспериментатором инструкции нарисовала другое животное). Несколько более высокий вариант, относящийся, однако, к тому же уровню (изображение животных не существующих, но существовавших когда-то или же позаимствованных из литературы или кино: динозавра, змея Горыныча и т. д.) принадлежит двум ученикам из шести. Мальчик нарисовал подобие динозав-

ра и даже сказал, что он уже вымер, а девочка — змею с тремя шеями и головами. Для детей этого возраста — это показатель отклонений и в умственном развитии, и в эмоциональной сфере. В частности, подобный способ построения образа говорит о высоком уровне тревожности: ребенок боится отойти от реальности и позволить себе фантазирование. Этот вариант говорит о бедности воображения и, как правило, типичен для детей с низким общекультурным уровнем.

Первый уровень — конструирование, собирание нового существа из деталей реальных животных (например, голова человека, тело медведя, уши зайца и т. д.) — наблюдается у трех человек из шести. Этот способ характерен для рационалистического подхода к задаче. Он говорит об очень низкой творческой направленности, об «исполнительской», а не творческой установке, что бывает типично для детей более младшего возраста. Получившиеся у детей комбинации из животных также являются показателями менее развитого воображения.

Лишь один рисунок девочки можно с трудом отнести ко второму уровню, где создается целостный образ несуществующего животного в соответствии с общей схемой животного, но без привлечения деталей конкретных животных. Но у учащихся школы-интерната для умственно отсталых детей это животное скорее напоминало образ человека в геометрических формах — квадратах.

Данный тип рисунка характерен для художественно-эмоционального подхода к творческой задаче. Чем меньше созданное животное похоже на что-то реально существующее (в природе или в культуре), тем выше оценивается уровень воображения. Но, к сожалению, это не характерно для детей с умственной отсталостью, ни один рисунок нельзя отнести к третьему, самому высокому уровню, где создается абсолютно оригинальное существо. Этот способ говорит о творческом складе личности, который очень редко встречается у детей с недостатками в интеллектуальном развитии.

Описание образа жизни несуществующего животного дает дополнительную информацию об интеллектуальном развитии ребенка. Здесь главным показате-

лем является логичность описания рисунка, которая отсутствовала у всех испытуемых, т. к. у этих детей наблюдались также выраженные нарушения речи, очень часто описание образа жизни животных ограничивалось двумя-тремя двусловными предложениями («Живет в воде. Бегает, очень большой» и тому подобными) либо ребенок вообще не мог ничего рассказать о «своем» животном.

2. Показатели тревожности, страхов, боязни агрессии. Наиболее распространенный признак тревожности — многочисленные самоисправления — ярче, чем у других, наблюдался у двух девочек. Характерный признак тревожности — линия, состоящая из отдельных мелких штрихов, когда ребенок опасается, что если он проведет ее сразу (одним движением), то она может пойти не туда, куда нужно — также очень часто встречается у исследуемых детей. Примерно половина детей испытывают острую тревогу, т. к. их рисунок выполнен с размахистой, небрежной штриховкой отдельных частей животного. Также наблюдаемый у детей другой признак тревожности отражается в описаниях образа жизни животных (различные способы предохранения от возможной опасности: хищников, стихийных бедствий, др.).

На выявление у детей страхов направлен вопрос о том, боится ли животное чего-либо. Признаками страхов служат:

- описание страхов, нетипичных у животных, зато частых у детей (темноты, высоты, змей, насекомых). «Боится собак», или «...слона», или «всего боится»;
- «застывание» на описании того, чего боится животное, особо длинный перечень страхов. Этот признак не наблюдался у испытуемых.

Утверждение о полной бесстрашности животного не говорит ни о наличии страхов, ни об их отсутствии (но чаще встречается у детей, у которых имеются страхи). Этот признак отмечается у мальчика, который на вопросы предыдущих двух тестов отвечал, что сам ничего не боится.

Особую группу составляют признаки, говорящие о боязни агрессии, что характерно для высокого уровня тревожности. К таким признакам относятся любые

защитные аксессуары: панцирь, щит, чешуя и т. д. Подобный встретился у одного мальчика, который подчеркнул, что иголки как у ежа животному необходимы для защиты. Боязнь агрессии подчеркивают гигантские размеры животного, приписываемые ему половиной исследуемых.

Специально на выявление боязни агрессии направлен вопрос о том, есть ли у придуманного животного враги. Большинство детей назвало врагами «своих» животных людей, что говорит о проблемах в их социализации, контактах с обществом и даже боязни агрессии со стороны людей.

3. Показатели агрессивности.

Тест «Несуществующее животное» чрезвычайно чувствителен к проявлениям агрессивности. Это любые орудия нападения, такие как рога, когти, жало и тому подобные, которые практически отсутствуют в рисунках детей. Но другие признаки агрессивности можно отметить в рассказах об образе жизни животных. Так, дети сами говорят, что они злые: кусают, едят людей («бьет, обзывает, убивает из пистолета», «не любит делать добро», «язык ядовит» и др.). Но бывает сложно различить проявления собственной агрессивности ребенка и сильно выраженной боязни агрессии. В этом случае приходят на помощь дополнительные методы, которые использует психолог-экспериментатор. В ряде случаев боязнь агрессии приводит к появлению собственной агрессивности, которая самим ребенком воспринимается как защитная, однако далеко не всегда выступает в этом качестве в реальном поведении. Бывает, что ребенок начинает защищаться превентивно, не дожидаясь нападения (которое, возможно, и вообще не входило в намерения того, кого он считает своим противником).

4. Показатели бытовой ориентированности.

Ориентировка ребенка в реальности проявляется в наличии у нарисованного животного всего необходимого для жизни — прежде всего возможности питаться и передвигаться. В рассказе об образе жизни животного слабая бытовая ориентация проявляется в отсутствии сведений о питании и месте проживания (когда эти сведения сообщаются только в ответ на прямой вопрос проверяющего), что и можно было отметить

при проведении этой методики у основного числа отвечающих.

5. Показатели, характеризующие сферу общения.

О высокой (обычно — недостаточно удовлетворенной) потребности в общении говорит человекообразность изображенного животного. Этот признак встретился лишь у одной девочки, чья фигура животного напоминает скорее робота, нежели человека.

Особенности общения может выявить рассказ об образе жизни животного. В частности, большое значение имеет описание места, где оно живет. В этом описании нередко прямо проявляется чувство одиночества. О нем свидетельствуют такие указания места проживания, как «под землей», «в пещере», «на другой планете» (отмечаются у половины опрошенных). Специально на выявление особенностей сферы общения направлены вопросы о том, с кем вместе живет придуманное животное и есть ли у него друзья. Как правило, в ответах на эти вопросы идет прямая проекция, т. е. ребенок напрямую раскрывает свое представление о себе. Примерно половина детей ответили, что их животные живут одни и ни с кем не дружат; остальные дети перечисляли большой список друзей-животных (зайцы, медведи, львы и т. д.). Но эти утверждения могут говорить о высокой, но неудовлетворенной потребности в общении.

Таким образом, анализируя данные, полученные при обследовании детей с помощью этой методики, можно сделать вывод о том, что для более глубокого и точного утверждения об обнаружении у детей каких-либо нарушений необходимо использовать ее в комплексе с другими методиками, подтверждающими или опровергающими наличие определенных отклонений. И только лишь на основе данных нескольких методик можно говорить о структуре и степени выраженности нарушений психических функций, а также о наличии компенсаторных и других проявлений, т. е. о полном специальном психологическом исследовании.

На шестом этапе психолого-педагогической диагностики мы исследовали уровень развития речи детей с помощью специальной методики Т.А. Фотековой.

Анализ полученных результатов показал, что двое из шести детей имеют третий уровень успешности, свидетельствующий о нетяжелом системном речевом дефекте либо о выраженной несформированности отдельных сторон речи (например, фонематического восприятия). Такие результаты характерны для детей с задержкой психического развития или с негрубым общим недоразвитием речи.

Успешность выполнения речевых проб, соответствующая второму уровню (у остальных четверых детей), указывает на наличие выраженного общего недоразвития речи. Как правило, такие учащиеся нуждаются в специально организованных условиях обучения. Помимо речевого дефекта, по данным Т.А. Фотековой, у них обычно выявляется недостаточность познавательной деятельности, поэтому им необходима комплексная коррекция, как логопедическая, так и психологическая, а по возможности — нейропсихологическая.

Но необходимо подчеркнуть, что все эти дети в условиях школы-интерната находились под воздействием логопедической коррекции, т. е. до логопедического вмешательства уровень развития речи этих детей был значительно ниже (т. е. соответствовал первому и второму уровню в интерпретации Т.А. Фотековой).

Таким образом, целесообразнее для более полного и точного представления о структуре и степени выраженности того или иного психического нарушения диагностику проводить, во-первых, с использованием нескольких методик, а во-вторых, — на более ранних стадиях развития ребенка, т. к. в дальнейшем на чистоту результатов могут оказывать влияние различные факторы.

На седьмом этапе диагностики делается интегрированное заключение, определяющее конкретную программу медико-психолого-педагогической помощи исследованному школьнику. Это заключение отражается в протоколе, и у всех детей оно одинаковое: «Легкая умственная отсталость. Обучение во вспомогательной школе».

Работа учителя по выполнению адаптационной, коррекционной или реабилитационной программы применительно к конкретному ученику, разработанной на основе совместного консилиума специалистов,

является не столько завершением, сколько продолжением (восьмым этапом) диагностического процесса, проверяющего в практике воспитания и обучения обоснованность рекомендаций; адекватность условий, в которых будет осуществляться соответствующая этим рекомендациям педагогическая работа, а также уровень профессионализма самого учителя, степень его подготовки к работе с педагогически проблемными школьниками.

Следовательно, качество и глубина педагогической диагностики прямо пропорциональна уровню профессиональной подготовки всех участников исследовательской «бригады» (врачей, психологов, педагогов и других специалистов) и зависит от времени проведения; т. е., чем раньше выявлено у ребенка какое-либо расстройство (проведена своевременная диагностика), тем быстрее и лучше можно разработать и применить методы его коррекции.

Литература

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Пограничные нервно-психические расстройства / М.: Наука, 1976. 272 с.
2. Альманах психологических тестов. М.: КСП, 1996.
3. Бехтерев В.М. Внушение и воспитание. СПб., 1923. 40 с.
4. Бурменская Г.В. и др. Возрастно-психологическое консультирование: Проблемы психического развития детей. М.: Изд-во МГУ, 1990. 134 с.
5. Венгер А.А., Цукерман Г.А. Психологическое обследование младших школьников. М.: Издательство ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. 159 с.
6. Винокуров Л.Н. Педагогическая диагностика и профилактика нервно-психических нарушений у младших школьников. Автореферат докторской диссертации. Кострома, 1996. 63 с.
7. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. / Гл. ред. А.В. Запорожец. Т. 5. М.: Педагогика, 1983. 369 с.
8. Гвоздев И.О. О самоубийстве с социальной и медицинской точек зрения. Казань: Университетская тип., 1889. 45 с.
9. Гордон Г.И. Воспитание и самоубийство детей // Труды первого всероссийского съезда по семейному воспитанию. Т. 2 С. 449 — 469.

10. *Завражин С.А.* Предупреждение отклоняющегося поведения несовершеннолетних в Российской империи. М.: Прометей, 1996. 120 с.
11. Из работ первого Всероссийского съезда по народному образованию // *Свободное воспитание*. 1913 — 1914. № 8 — 9. С. 193 — 244.
12. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1985. 131 с.
13. *Ковалевский П.И.* Психиатрия. Т. 1. Общая психопатология. Харьков. Тип. Каплана и Бирюкова, 1886. Т. 2. Специальная психиатрия, 1887. 360 с.
14. *Ленин В.И.* Полн. собр. соч. 5-е изд. М.: Госполитиздат, 1961. Т. 26. 587 с.
15. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985. 112 с.
16. *Миловидова Т.Б., Анисимов В.К.* Медико-психолого-педагогическая профилактика и коррекция отклоняющегося поведения детей и подростков: Пособие для практических педагогических работников / Владимирский институт усовершенствования учителей. Владимир, 1996. 50 с.
17. *Москвичев В.Г.* Структура невротических расстройств в детском и подростковом возрасте. В кн.: *Неврозы у детей и подростков*. М., 1986. 194 с.
18. На помощь молодежи. Сборник статей, писем, заметок о студенческой нужде и самоубийствах учащихся. Киев, 1910. 284 с.
19. *Острогорский А.Н.* Самоубийства как психологическая проблема // *Педагогический сборник*. 1883. № 1. С. 19 — 49; № 2. С. 137 — 163.
20. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1985.
21. Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. М.: Издательский центр «Академия», 2000. 159 с.
22. *Сикорский И.А.* Сборник научно-литературных статей по вопросам общественной психологии, воспитания и нервно-психической гигиены.: В 5 кн. Кн 2. Статьи по вопросам воспитания. Харьков: Южно-русское издательство Ф.А. Иогансона, 1899. 336 с.
23. *Спиваковская А.С.* Профилактика детских неврозов: Комплексная психологическая коррекция. М.: Изд-во МГУ. 1988. 198 с.
24. *Трахтенберг А.* О самоубийствах среди учащихся // *Русская школа*. 1908. № 11. С. 59 — 68.

25. Трошин Г.Я. Антропологические основы воспитания // Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей / СПб., 1915. 959 с.
26. Феноменов М.Я. Причины самоубийств в русской школе. М.: Изд-во А. Снегиревой, 1914. 131 с.
27. Фотекова Т.А. Тестовая методика диагностики устной речи младших школьников. М.: АРКТИ, 2000. 56 с.
28. Хорошко В.К. Самоубийства детей. М.: Тип. И.Д. Сытина, 1909. 115 с.
29. Шелгунов Н.В. Избранные педагогические сочинения. М.: АПН РСФСР, 1954. 403 с.
30. Энциклопедический словарь медицинских терминов / Гл. ред. Б.В. Петровский. М.: Сов. энциклоп., Т. 1, 1982. 464 с.

Вопросы и задания

1. Каково главное назначение диагностики в практической деятельности педагога коррекционного учреждения?
2. В чем специфика такого рода диагностики; можно ли ее назвать «педагогической»?
3. Охарактеризуйте основные этапы и условия диагностической работы в коррекционном учреждении.
4. Раскройте логику диагностического обследования детей с легкой и тяжелой умственной отсталостью.
5. Каковы особенности диагностики нервно-психических нарушений у школьников с интеллектуальной недостаточностью?

Темы для докладов и рефератов

1. Задачи и содержание диагностической работы в коррекционном учреждении.
2. Диагностика сенсорно-перцептивных функций у детей с умственной отсталостью.
3. Диагностика эмоционально-волевой сферы детей с интеллектуальными нарушениями.
4. Диагностика социального развития детей с умственной отсталостью.
5. Диагностика мотивационно-смысловой сферы умственно отсталых детей.

6. Диагностика социально-бытовых навыков у подростков с ментальными нарушениями.
7. Диагностика речевого развития детей с легкой и тяжелой умственной отсталостью.

Раздел 2

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ ШКОЛЕ

Проблема эпилепсии, ее психических и клинических проявлений, диагностики и коррекции является областью исследования многих наук: биохимии, иммунологии, генетики, патофизиологии, патопсихологии, невропатологии, психиатрии и др. Эпилепсия относится к одному из наиболее распространенных заболеваний центральной нервной системы. По данным мировой статистики, эпилепсией страдает 0,8 – 1% населения. У детей судорожные приступы встречаются гораздо чаще, чем у взрослых. Их частота достигает 22 на 1000 детей [4]. Эпилепсия и эпилептический синдром проявляются изменениями личности больного по эпилептоидному типу (инертность и замедленность мышления, эйфоричность, дурашливость, суетливость) [22], затрудняющими общение и адаптацию больных детей в образовательном учреждении.

Вот почему возникает необходимость специально-го изучения личности детей, страдающих эпилепсией и эписиндромом, а также потребность создания программы психолого-педагогической коррекции. Актуальность проблемы определяется также недостаточной изученностью данной категории детей. Для исследования и диагностики нарушений личности нами выбран

контингент учащихся вспомогательной школы, страдающих эпилепсией и эписиндромом, имеющих снижение интеллекта и характерологические изменения.

В последние годы внимание исследователей в области психологии и педагогики обращено не только на интеллектуальные, но и на индивидуальные проявления личности в норме и патологии, которые становятся предметом диагностирования и объектом психолого-педагогической коррекции (О.К. Агавелян, Д.А. Леонтьев, В.С. Мерлин, В.М. Русалов и др.) [22]. Учащиеся специальных (коррекционных) школ для детей с нарушениями интеллекта, имеющие эпилепсию и эписиндром, обращают на себя внимание особенностями личности и спецификой проявления личностных изменений.

Наличие специфических изменений личности в целом у рассматриваемого контингента больных детей делает проблему их выявления и коррекции одной из наиболее серьезных и чрезвычайно актуальных, требующих как углубленного изучения на теоретическом уровне, так и неотложного поиска продуктивных решений в практическом плане.

■ 2.1. Дифференциация эпилепсии и эпилептического синдрома

Эпилепсия — синдром или самостоятельная болезнь? В современной литературе большинство эпилептологов так отвечают на этот вопрос: эпилептические припадки могут быть проявлением многих заболеваний головного мозга: опухолей, токсоплазмоза, нейросифилиса, гидроцефалии, лейкоэнцефалита, клещевого энцефалита, менингита, травм головного мозга, рассеянного склероза, сосудисто-церебральных нарушений, в частности, аневризмы сосудов головного мозга, общих заболеваний организма (тетании, гипогликемии, уремии, токсикоза беременных, дисфункции надпочечников, фенилкетонурии и др.). Но в то же время часто встречаются больные общей эпилепсией, у которых нет никакого другого основного заболевания, которое могло бы быть причиной имеющихся у

них судорожных приступов. Следовательно, эпилептические припадки могут быть синдромом какой-то болезни, существующей одновременно с эпилепсией, но наряду с этим нередко встречается эпилепсия и как самостоятельная нозологическая форма, которую часто называют «эпилептической болезнью» [26]. В основу разграничения эпилептических припадков разного генеза А.И. Болдырев кладет принцип ведущего патологического процесса. Если приступы развиваются на почве перенесенных органических поражений центральной нервной системы (черепно-мозговая травма, инфекции, интоксикации), то речь идет об эпилепсии как самостоятельной нозологической единице, развивающейся по принципу второй болезни. Если же имеется активно текущий церебральный процесс (опухолевый, воспалительный, паразитарный), то эпилептические припадки следует рассматривать как синдром при соответствующем процессе.

Эпилептический синдром и эпилепсия требуют различной врачебной тактики и нуждаются в четком разграничении. Дифференциация здесь важна не только для решения терапевтических и профилактических задач, но и для рассмотрения социальных и других вопросов. На практике врачи обычно констатируют факт появления припадков и дают краткое их описание. Однако недостаточно или совсем не учитываются условия, в которых возникают припадки. Не принимается во внимание количественная и качественная характеристика факторов, способствующих наступлению приступов, создающих определенное функциональное состояние центральной нервной системы, при котором развиваются пароксизмы — приступы внезапной эпизодической болезни, возникающие у человека в здоровом состоянии или при резком обострении хронического болезненного состояния [17]. Например, для детского возраста характерны реактивные проявления в виде эпилептического синдрома, возникающие при стрессовых ситуациях или сопровождающие органические заболевания центральной нервной системы. Развитие пароксизмов происходит на органическом и функциональном фоне изменений в центральной нервной системе. Как правило, ранние

признаки эпилепсии маскируются различными неврологическими расстройствами и остаются нераспознанными, а при «накоплении» функциональных изменений и появлении припадков обнаруживаются, но уже в стадии значительных изменений эпилептического характера [27]. Для дифференциации эпилептического синдрома и эпилепсии большое значение имеет анализ условий возникновения припадков, в частности, появляются ли они спонтанно или под влиянием провоцирующих факторов.

Эпилептический синдром представляет собой эпилептические припадки, развивающиеся при очаговых поражениях головного мозга, т. е. при активно текущих церебральных процессах (опухолях, воспалениях, сосудистых, паразитарных и др.). Такие больные не имеют никакого отношения к эпилепсии, и постановка диагноза осуществляется по основному заболеванию [6]. Эпилептическому синдрому свойственна повторяемость припадков. Они наступают вне обязательной связи с провоцирующими факторами, чаще без внешнего повода. При нем наряду с припадками отмечаются клинические симптомы — очаговые и общемозговые — соответствующего патологического процесса.

Эпилепсия — это хроническое, часто прогрессирующее заболевание мозга со сложным патогенезом, гуморальными, эндокринно-вегетативными нарушениями, изменениями биоэлектрической активности мозга. Клинически заболевание определяется периодическими судорожными пароксизмами, которые в ряде случаев сопровождаются потерей сознания и прогрессирующими изменениями психических функций, объединенных термином «эпилептические изменения личности». Эпилепсия — одно из наиболее частых нервно-психических заболеваний [16]. Эпилепсия в отличие от эпилептического синдрома развивается на почве резидуальных явлений органического поражения центральной нервной системы, по типу второй болезни. Происходит как бы переход перенесенных черепно-мозговых травм, нейроинфекций и других органических заболеваний головного мозга в качественно новый — эпилептический процесс. Если первый припадок возник без заметного

провоцирующего фактора, то есть основания полагать, что речь идет об эпилепсии.

Эпилептическому синдрому более свойственны различные локальные формы и сравнительно реже наблюдаются генерализованные приступы. Истинные джексоновские припадки (односторонние соматомоторные пароксизмы с так называемым джексоновским маршем — судороги с пальцев рук переходят на предплечье, плечо, с лица — на мышцы ног [20], протекающие на фоне сохранного сознания, имеют место при таких органических поражениях головного мозга, как, например, объемные процессы, хронический вялотекущий энцефалит. При эпилепсии они встречаются в исключительно редких случаях, всего в 1% наблюдений.

Для эпилепсии более характерны генерализованные формы пароксизмов. Имеют место также приступы с локальным началом и с последующей мгновенной иррадиацией возбуждения на весь двигательный анализатор как того полушария, где произошел взрыв возбуждения, так и другого полушария. Это вторично генерализованные, но не истинные джексоновские приступы. При эпилепсии наблюдаются всевозможные варианты приступов с различной степенью их незавершенности — abortивные припадки. Они отмечаются либо в самом начале заболевания, когда эпилептический очаг еще недостаточно активен, либо когда приступы претерпевают обратное развитие (спонтанно или под влиянием терапии).

При эпилептическом синдроме имеется грубое органическое поражение головного мозга.

При эпилепсии речь идет не столько об очагах деструкции, которые могут быть очень незначительными или функциональными, сколько о повышенной припадочной готовности. Последняя заключается в легкости иррадиации возбуждения из очага патологической активности. Из-за облегченной иррадиации возбуждение из эпилептического фокуса широко распространяется, поэтому при эпилепсии преобладают генерализованные формы пароксизмов, протекающие с утратой сознания. По той же причине больные легко возбуждаются по незначительному поводу, а иногда и без него, отличаются взрывчатостью, сравнительно частым возникновением расстройств сознания и аф-

фективных нарушений (дисфории), протекающих нередко на фоне измененного, обычно суженного сознания.

Таким образом, если в происхождении эпилептического синдрома основную роль играют грубые органические фокусы, то в возникновении припадков при эпилепсии главное значение имеет облегченная и быстрая иррадиация возбуждения из очага патологической активности.

Эпилепсии свойственна также легкость формирования очагов патологической активности. Отсюда характерным для этого заболевания является полиморфизм пароксизмов, обусловленный как разной интенсивностью возбуждения, исходящего из одного и того же эпилептического очага, так и одновременным существованием нескольких очагов.

Полиморфизм может быть и при эпилептическом синдроме, если в процесс вовлечены разные анатомические образования головного мозга. Чаще же всего при эпилептическом синдроме встречается не истинный полиморфизм, обусловленный многоочаговостью, а различная степень выраженности одного и того же припадка, связанная с разной интенсивностью и распространенностью возбуждения, исходящего из одного и того же эпилептического фокуса. Если взрыв возбуждения ограничен в очаге, то имеет место изолированная аура (начальная фаза эпилептического припадка) [1]. При распространении его на часть двигательного анализатора появляются локальные судороги. Если возбуждение иррадирует на весь двигательный анализатор, возникают односторонние гемиконвульсии (судороги одной половины тела) [22]. В случае перехода возбуждения и на другое полушарие наблюдаются генерализованные судороги, которые могут протекать в виде серии припадков или даже эпилептического статуса (длительные или повторные припадки) [4]. Все эти разные варианты приступов обусловлены разной интенсивностью и неодинаковой распространенностью возбуждения, исходящего из одного и того же очага патологической активности.

При эпилептическом синдроме участок органического поражения головного мозга или очаг деструк-

ции постоянен, не изменяет свою локализацию. Стабилен и эпилептический фокус. В отличие от эпилептического синдрома, при эпилепсии очаг патологической активности динамичен, он изменяет свою локализацию. На более поздних этапах заболевания многочисленные участки головного мозга становятся эпилептогенными, создавая полиморфизм припадков. Для дифференциальной диагностики имеет значение не сам по себе факт припадка, а особенность течения его и послеприпадочное состояние. Тяжесть припадка выражается не столько в потере сознания или судорогах, сколько в длительности его и, главное, в скорости восстановления равновесия в послеприпадочном периоде.

При эпилепсии у детей наблюдаются частые, по несколько раз в день, кратковременные приступы выключения сознания с закатыванием глазных яблок или другими феноменами. Возбуждение при них мгновенно широко распространяется, но продолжается недолго, и равновесие быстро восстанавливается. Поэтому, несмотря на большую частоту указанных приступов, интеллект у таких больных в большинстве случаев остается сохранным.

При ряде эпилептических синдромов возбуждение распространяется медленнее, сознание не выключается, а приступы продолжаются дольше, и послеприпадочное состояние протекает тяжелее, чем при эпилепсии.

При эпилепсии вслед за общим судорожным припадком наступает сон, после которого сравнительно быстро восстанавливается равновесие.

При эпилептическом синдроме приступ проявляется симптомами выпадения со стороны двигательного (монопарезы — парезы одной конечности), чувствительного (гипестезия — снижение кожной чувствительности), речевого (афазия — полная или частичная утрата речи), зрительного (сужение, выпадение полей зрения, снижение остроты зрения) и др. анализаторов [22].

Изучение динамики выявило более характерную для эпилепсии постепенную эволюцию пароксизмов: изолированная аура, abortивный припадок, развернутый судорожный приступ, серия припадков. Иногда на протяжении ряда лет пароксизмы выражаются лишь

изолированной аурой. При грубых органических поражениях не отмечается такого постепенного усложнения структуры пароксизмов. Эпилептический синдром сравнительно часто дебютирует сразу развернутыми или тяжелыми формами пароксизмов [7].

■ 2.2. Причины возникновения эпилепсии и эпилептического синдрома

Детские судороги и детская эпилепсия встречаются очень часто. Больные этими заболеваниями являются главным источником, из которого вербуются будущие эпилептики-взрослые. К сожалению, еще с точностью не выяснены причины, могущие вызвать судороги или эпилепсию у детей. Так, например, в статистике Петермана приводятся следующие этиологические данные: в 33% случаев — острые инфекции, в 14% — родовые травмы, в 7% — спазмофилия, в 26% случаев говорится о так называемой «идиопатической» форме (термин, скрывающий в действительности незнание настоящей причины). По Ливингстону, в 51% случаев причина судорог у детей остается неизвестной. О.И. Кондратенко считает, что самой частой причиной детской эпилепсии является родовая травма (59%), затем следуют менингиты и менингоэнцефалиты (20%), аномалии развития мозга (6,7%), последствия родовой травмы (4,8%) и только в 9,5% случаев причина остается невыясненной [13].

Общепринятым является мнение, что эпилепсия вызывается взаимодействием эндогенных (внутренних) и экзогенных (внешних) факторов.

К внешним причинам эпилепсии относятся травмы черепа и головного мозга, инфекции, интоксикации. Многими авторами особенно подчеркивается значение черепно-мозговой травмы, полученной во время родов, вскоре после родов или в первые месяцы и годы жизни. Понятна возможная зависимость эпилепсии от острых и хронических инфекций (корь, скарлатина, коклюш, тифы, пневмония, энцефалит, сифилис, малярия и др.). Полагают, что причиной эпилепсии могут быть также инфекции, перенесенные

матерью во время беременности. Определенную роль отводят токсикозам беременности.

К внутренним причинам эпилепсии относят некоторые нарушения функции желез внутренней секреции, патологии обмена веществ (большая неустойчивость его), сдвиги со стороны вегетативной нервной системы (регулирующей состояние сосудов, деятельность внутренних органов и обмен веществ во всем организме, в отдельных тканях и органах), врожденные особенности строения и характера деятельности определенных областей головного мозга [4].

Эпилепсия в большинстве случаев начинается в детском возрасте. По данным различных авторов, число болеющих эпилепсией детей колеблется в пределах 3—7%. К сожалению, еще не родившемуся плоду приходится испытывать множество неблагоприятных воздействий, которые могут привести к развитию недуга. Это гипоксия плода, инфекции и интоксикации матери (которые вызывают поражение центральной нервной системы плода), травмы матери (особенно опасны травмы живота). Общеизвестно, что употребление разнообразных лекарственных препаратов не только с целью лечения, но и для прекращения беременности (снотворные, седативные, психотропные средства) отрицательно влияют на формирующийся плод. Печально, когда молодые люди, вступившие в брак, злоупотребляют алкоголем или наркотиками. В последние годы, когда среди молодых женщин широко стало распространяться курение (особенно когда курит беременная), все чаще возникает кислородное голодание организма матери и, соответственно, через плаценту — плода. Недостаточное поступление кислорода к плоду может быть обусловлено также маточными кровотечениями, резус-конфликтом, сердечно-сосудистыми заболеваниями матери (пороки сердца, заболевания крови и др.), неполноценным питанием и потреблением витаминов, недостаточным пребыванием на свежем воздухе.

Нельзя не сказать и о вредоносной роли различных инфекционных агентов (бактерии, вирусы, простейшие) [12]. Ф.С. Футер выделяет три группы инфекций, способных приводить к развитию эпилепсии:

- 1) общие хронические инфекции, способные действовать и на нервную систему — сифилис, туберкулез;
- 2) преимущественно нейротропные инфекции, иногда поражающие и другие органы — цереброспинальный и другие бактериальные менингиты;
- 3) вирусные инфекции, поражающие нервную систему, — сезонные и полисезонные энцефалиты.

Инфекционные агенты, способные приводить к развитию эпилепсии, могут действовать как пренатально, так и в разные периоды постнатальной жизни. Следует признать преимущественное значение внутриутробных вирусных энцефалитов, которые часто передаются трансплацентарно и поражают мозг плода, несмотря на относительно легкое и даже асимптомное заболевание матери в разные сроки беременности. Известна в этом отношении роль вируса краснухи, гриппа, герпеса и др. [16]. В послеродовом периоде эпилепсию могут вызвать самые разнообразные факторы. Прежде всего это нейроинфекции. Речь идет об инфекциях, воздействующих на головной мозг. К ним относятся менингиты, менингоэнцефалиты (в том числе туберкулезный), энцефалиты. Первопричиной эпилепсии могут быть энцефалиты коревые, коклюшные и другие, связанные с детскими инфекциями (например, пневмония, дизентерия). Известны случаи поражения головного мозга у детей, возникающего в связи с вакцинацией. Особенно опасны те детские заболевания, которые сопровождаются судорогами. Обычно они возникают на фоне высокой температуры (так называемые фебрильные судороги). Эти состояния опасны тем, что при них часто развивается гипоксия мозга. Как было сказано, это может привести впоследствии к формированию эпилептических припадков [12]. Среди причин эпилепсии сифилитическая инфекция занимает в настоящее время меньшее место, чем в прежние годы, но все же и сейчас *lues* нужно учитывать.

Современное успешное лечение гнойных менингитов значительно уменьшило их роль в развитии эпилепсии, но при поздней диагностике, затяжном течении, особенно вторичных гнойных менингитов, их исходом в ряде случаев могут быть гидроцефалия и эпилепсия. Наиболее частой причиной эпилепсии у детей

являются острые вирусные, так называемые полисезонные, энцефалиты, этиология которых часто остается невыясненной. Эпилепсия после таких энцефалитов часто сочетается с грубой резидуальной неврологической симптоматикой (парезы, параличи, локальные судороги, расстройство чувствительности [14]), нарушениями психических функций. У детей, перенесших вирусный энцефалит до 2 лет, эпилепсия часто сочетается с олигофренией и детским церебральным параличом. В ряде случаев эпилепсия может возникнуть после кори, скарлатины, которые протекали без признаков энцефалита. В генезе эпилепсии у таких больных, по-видимому, играет заметную роль аллергический фактор в сочетании с врожденным повышением судорожной готовности. Острая общая инфекция служит толчком к первым проявлениям эпилептического процесса. Такой же механизм эпилепсии наблюдается после токсико-геморрагических гриппозных энцефалитов и токсических энцефалитических реакций гриппозной этиологии (Э.А. Эдельштейн). Хронически текущие аллергические поражения мозга — подострые прогрессирующие энцефалиты и рассеянный склероз — дают тяжелое прогрессирующее поражение мозга, в котором как синдром могут встречаться эпилептические припадки. По особенностям патогенеза патологического процесса, его течения, по характеру изменения личности не эпилептического, а органического типа, наконец, по особенностям электроэнцефалограммы эти заболевания не относятся к эпилепсии [16].

Существенная роль в этиологии эпилепсии принадлежит наследственному фактору. Одноименное наследственное отягощение при эпилепсии, т. е. указание на эпилепсию у родственников больного, отмечается в 20% всех случаев. Обращает на себя внимание частое наличие проявлений «детской нервности» (ночное недержание мочи, сноговорение, ночные страхи) у самих больных эпилепсией и у их ближайших родственников, а также наличие в семье таких болезней, которые относятся к так называемому семейному кругу эпилепсии: мигрень, заикание, запойное пьянство, эпилептоидные психопатии. Электроэнцефалографическое исследование биотоков головного мозга у род-

ственников больного эпилепсией часто обнаруживает у них изменения, характерные для эпилепсии, хотя судорожных припадков у них никогда не было. Все это подчеркивает значение наследственного (генетического) фактора для возникновения болезни [4].

Электроэнцефалографические исследования больных эпилепсией и их родственников обнаруживают у 60% здоровых родственников эпилептические изменения на ЭЭГ. В семьях, где больных эпилепсией нет (в популяции), эпилептоидная активность в мозгу встречается значительно реже — в 10–12% случаев. Близнецовый метод обследования (Н.В. Боровко, Kendall) показывает, что конкордантность (сходство по генотипу между данными особями) по эпилепсии у однояйцевых близнецов значительно выше, чем у двухяйцевых. [21]. Многочисленные наблюдения (Д.Д. Федотов) позволяют считать, что при эпилепсии наследуется не само заболевание, а определенный уровень обменных процессов в мозгу, в результате чего снижается порог реактивности мозга. Все эти данные, несомненно, указывают, что у части больных эпилепсией выявляются наследственные факторы передачи эпилепсии. Но поскольку среди больных эпилепсией чаще встречаются случаи с не проявляющимися наследственными признаками, нельзя говорить о прямом наследовании эпилепсии и относить ее в группу наследственных заболеваний [16]. Здесь же следует заметить, что наличие наследственного предрасположения к эпилепсии не ухудшает предсказания. Эти больные поддаются лечению не хуже других [4].

В последние годы ведущая роль в этиологии эпилепсии отводится черепно-мозговой травме (Крейндлер). Г.Е. Сухарева указывает, что не всякую травму мозга, предшествующую возникновению эпилептических припадков, можно считать причиной эпилепсии. В остром периоде припадки могут быть следствием контузии головного мозга, эпидуральной, субдуральной гематомы. Эпилептические припадки могут наблюдаться и в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы. Больные жалуются на головные боли, головокружение, нарушение памяти, у них наблюдаются вегетативно-сосудистые нарушения, иногда

резидуальные очаговые неврологические симптомы. Эпилептические припадки у них однотипные, иногда с локальным компонентом, и должны расцениваться не как эпилепсия, а как эпилептиформный синдром при травматической болезни.

Только в тех случаях, когда после закрытой травмы мозга через определенный, иногда длительный, срок возникают эпилептические припадки, которые постепенно учащаются, становятся полиморфными, сопровождаются психическими изменениями эпилептического характера, можно говорить о развитии второго, самостоятельного процесса со специфическими патофизиологическими особенностями — эпилептического процесса. Перенесенная ранее травма в этих случаях играет роль этиологического фактора. Если в клинической картине заболевания наряду с проявлением эпилептического процесса еще сохраняются черты травматической церебрастении — утомляемость, головные боли, нарушения памяти и др., то эти случаи следует относить в группу травматической эпилепсии. Особое место в этиологии эпилепсии занимает пренатальная и интранатальная травмы мозга плода и новорожденного [16]. П.М. Сараджишвили и Т.Ш. Геладзе приводят следующий перечень перинатальной патологии, в связи с которой может развиваться эпилепсия:

- 1) попытка прерывания беременности с помощью различных лекарственных препаратов;
- 2) токсикоз беременных;
- 3) нарушение мозгового кровообращения плода;
- 4) многоплодие;
- 5) аномалия развития плода;
- 6) патологическая беременность;
- 7) патологические роды;
- 8) асфиксия плода;
- 9) переносенная беременность;
- 10) преждевременные роды;
- 11) кесарево сечение в сочетании с инфекцией;
- 12) применение акушерских щипцов;
- 13) использование вакуум-экстрактора;
- 14) асфиксия при родах;
- 15) родовая травма;
- 16) пуповичный сепсис;

- 17) реэус-конфликт;
- 18) гемолитическая желтуха [4].

Частота трудных родов в анамнезе больных эпилепсией подчеркивается многими исследователями (Penfield, Крейндлер, С.Н. Давиденков, Г.Б. Абрамович, Т.Ш. Геладзе и др.) [15].

Среди факторов, предрасполагающих к эпилепсии, определенное значение имеет алкоголизм родителей, особенно хронический алкоголизм матери. Предрасположение к эпилепсии связано с особой судорожной готовностью мозга эпилептиков, которая нередко может быть удостоверена электроэнцефалографическим исследованием, обнаруживающим особые формы биоэлектрической активности мозга больного. Эти особенности часто выявляются во время приступа, а во многих случаях вне приступа.

В происхождении эпилептических припадков определенную роль играет также возраст. В детском возрасте мозг характеризуется большей готовностью к судорожным реакциям, чем у взрослых. У детей довольно легко возникают судороги при многих болезнях, которые у взрослых людей обычно протекают без судорог. Известно, что в детском возрасте различные судорожные состояния встречаются в 4 раза чаще, чем у взрослых [4].

Среди возможных причин эпилепсии можно назвать токсические факторы: неорганические вещества (например, окись углерода), соединения металлов (например, свинцовые, ртутные), медикаменты, аллергические нарушения (введение посторонних белков, вакцинация), другие (уремия); циркуляторные нарушения (субарахноидальное кровоизлияние, эмболия, гемморagia, гипертоническая энцефалопатия, артериосклероз и другие заболевания артерий, обмороки, изменения в крови в виде анемии, геморрагического диатеза); метаболические нарушения и нарушения питания (нарушение электролитного и водного баланса, нарушение углеводного, жирового и белкового обмена, дефицит витаминов, эндокринные нарушения) [20]. Эпилептические припадки могут возникнуть как осложнение у больных с церебральным атеросклерозом, с гипертонической болезнью, особенно если она сопровождается кризовым течением. Разнообразные типы ост-

рого нарушения мозгового кровообращения (такие, например, как ишемический и геморрагический инсульт) зачастую являются причиной развития эпилептических припадков. Клиническая картина припадка зависит от локализации очага сосудистого поражения головного мозга [12].

Описаны многообразные причины возникновения припадков в детском возрасте: метаболические, токсические, генетические, травматические, инфекционные, натальные, перинатальные и постнатальные поражения мозга, нарушение гемодинамики и др. Не во всех перечисленных случаях речь идет об эпилепсии. Значительную часть из них составляют эпилептические синдромы. Тем не менее многие из перечисленных причин являются этиологическими факторами не только припадков, но и самой эпилепсии. У недоношенных детей, а также при нарушении электролитного обмена может развиваться судорожный синдром. У новорожденных, находящихся на искусственном вскармливании, может развиваться гипокальциемия, сопровождающаяся судорогами. У новорожденных правильнее говорить о судорожных состояниях, если припадки бывают редко, не нарастает их частота и не усложняется их структура. В грудном возрасте у 5% детей возникает хотя бы один судорожный приступ. В 80% наблюдений это приступы, обусловленные морфологической и биохимической незрелостью мозговых структур, и в связи с этим понижением судорожного порога. При эпилепсии речь идет о болезни организма, и эпилептические припадки являются клиническим проявлением пораженного мозга. При эпилепсии как самостоятельной болезни, кроме припадков, наблюдаются другие ее симптомы, в частности, неврологические и психические отклонения. В развитии эпилепсии имеют значение и предрасполагающие факторы, к которым относятся, прежде всего, индивидуальные особенности организма. Например, известно, что эпилепсия начинается обычно в детстве, когда судорожная готовность выше, чем у лиц более старшего возраста. Чем меньше возраст, тем ниже порог судорожной готовности. Однако развитие эпилепсии как самостоятельного заболевания чаще наблюдается в пубертатном возрасте, когда происходит значительная нервно-психическая и эндокрин-

ная перестройка организма. Этот период является наиболее предрасполагающим к развитию эпилепсии, хотя различные пароксизмальные проявления, судорожные состояния, в том числе фебрильные конвульсии, чаще наблюдаются у детей дошкольного возраста. В развитии эпилепсии играют важную роль следующие пусковые механизмы или провоцирующие факторы: интоксикации, психогении, черепно-мозговые травмы, соматические заболевания. Определенное значение имеют особенности реактивности организма, которые еще недостаточно изучены.

Этиология эпилепсии — мультифакторная, сложная и многогранная проблема. Для ее решения необходимо проведение комплексных исследований на всех уровнях — от молекулярного до клинического. В разработке этой проблемы должны участвовать представители различных фундаментальных наук (биохимии, иммунологии, генетики, патофизиологии, электрофизиологии и др.), использующие новые методологические подходы, работающие в тесном контакте с клиницистами, акушерами, инфекционистами, травматологами, педиатрами, невропатологами, нейрохирургами и психиатрами [4].

Таким образом, в возникновении эпилепсии весомую роль играют внутренние и внешние факторы. К внешним причинам эпилепсии относятся инфекции, интоксикации, травмы черепа и головного мозга. Большое значение в возникновении эпилепсии имеет черепно-мозговая травма. К внутренним причинам относятся некоторые нарушения желез внутренней секреции, патология обмена веществ и др. Существенная роль в этиологии эпилепсии принадлежит наследственному фактору. Совокупность причинно-следственных факторов в их взаимной связи и взаимодействии обуславливает развитие эпилепсии. Большая частота нарушений психической деятельности при эпилепсии, разнообразие их форм и различная их продолжительность являются особенностями этого заболевания. Издавна известны стойкие изменения личности, наступающие со временем у больных эпилепсией; кратковременные (пароксизмальные) расстройства психики в форме психомоторных, психосенсорных, психических эпилептических припадков: межпароксизмальные эпилепти-

ческие расстройства (дисфории, сумеречные состояния, некоторые другие картины); разнообразные последствия эпилептических припадков (оглушение, сумеречное состояние, расстройства речи и т. д.); ауры в форме нарушений психической деятельности. В любом случае эпилепсии можно найти те или иные нарушения психики [2].

У детей ухудшается память, сообразительность, они хуже учатся. Выраженные в легкой степени, эти нарушения не имеют типичных для эпилепсии черт и мало заметны при ненаправленной беседе. Темп мышления и речи обычен, нет склонности к детализации, ответы лаконичны. Только различные психологические тесты позволяют выявить замедленность психических процессов: снижение уровня обобщения, слабость абстракции. Нарушения мышления и интеллекта средней и выраженной степени выявляются уже при обычной беседе, отражаются и на внешнем облике больного. Структура снижения интеллекта различна. Так, помимо обычной для эпилепсии замедленности психических процессов на первый план могут выступать амnestико-афатические расстройства, снижение критических способностей. Больные выглядят слегка оглушенными; это состояние оказывается, несмотря на его длительность, преходящим [11]. Интеллектуальные способности больных эпилепсией также изменчивы: они то жалуются на заторможенность мыслей, трудность и невозможность сосредоточения внимания, снижение работоспособности, то, напротив, становятся излишне деятельными, говорливыми, способными выполнять ту работу, которая еще недавно казалась им неодолимой. Такая перемежаемость настроения и умственных способностей представляет собой одну из важнейших черт в характере больных эпилепсией. Мышление больных эпилепсией имеет ряд специфических черт, проявляющихся в особенностях речи. Наиболее характерны — застревание на деталях, невозможность выделить главное, трудность перехода от одних представлений к другим, в связи с чем больные с большим трудом могут высказать основную мысль. Дать краткий ответ они не в состоянии. Речь больных бедна словами (олигофазия), постоянно сопровождается возвратами к уже сказанному. Она пестрит витиеватыми банальными выраже-

ниями, уменьшительными словами, определениями, содержащими субъективную аффективную оценку: «хороший», «прекрасный», «плохой». Речь может быть певучей, сопровождаться патетическими интонациями. В высказываниях больного собственное «Я» и его болезнь занимают первое место, затем идут родственники и знакомые, которых он оценивает всегда положительно, а также повседневные бытовые вопросы. Понимание других людей, в частности, их интересов, у больных эпилепсией снижено. По их мнению, все должны испытывать по отношению к чему-либо те же чувства, что и они. У одних больных выражены детскость и незрелость суждений, у других — рассудительность, склонность к увещеваниям, стремление примирить, т. е. качества, свойственные лицам, много видевшим и пережившим. Такие больные производят впечатление «маленьких стариков» [8]. При раннем начале и выраженной прогрессивности течения эпилепсии возможен исход в грубую органическую деменцию вплоть до утраты речи и навыков самообслуживания.

Нарушения эмоционального реагирования, характера и поведения у детей с эпилепсией и эписиндромом бывают различными как по выраженности, так и по своему качеству. Нарушения легкой степени по существу малоспецифичны. Их необходимо дифференцировать от особенностей характера и поведения, свойственных здоровым, но «трудным» по характеру и «запущенным» в воспитательном отношении детям. Связывать наличие тех или иных эмоциональных и психологических свойств личности с эпилепсией мы можем только тогда, когда они, во-первых, по своей выраженности отличаются от того, что принято считать нормой, и, во-вторых, когда эти свойства появляются лишь после начала болезни, изменив таким образом прежнюю структуру личности.

При значительной деградации изменения личности достаточно ярки, типичны и соответствуют классическим описаниям. Однако следует указать, что иногда изменения личности, возникающие с появлением припадка и достаточно выраженные, отличаются от тех, которые принято считать характерными для эпилепсии (полярность эмоций и поведения, педантичность, эксплозивность и т. п.). У ряда больных выявляются не-

устойчивость эмоций, быстрый переход от веселого настроения к слезам, неспособность к умственному усилию, снижение деятельности, апатия, иногда снижение критики и т. п. [11]. Иногда у детей отмечаются взрывчатость, злобность. Это свойственно больным с преобладанием в картине психического дефекта аффективных изменений. Для заболевания эпилепсией характерны прогрессирующие нарушения самооценки. По мере углубления психического дефекта нарастают явления недостаточной критичности к себе, недооценка неблагоприятных жизненных факторов, становится более частой преувеличенно-оптимистическая оценка будущего. Больной с выраженным эпилептическим слабоумием фразу: «Думаю, что я достаточно способен, чтобы...» — заканчивает следующим образом: «...учиться в институте». Параллельно отмечается усиление испытываемых больным затруднений при выделении эмоциональной направленности фраз. Фразы становятся эмоционально малозначимыми: «Моя мать и я... сидим дома» [3]. Отчетливое проявление изменений личности, сопровождающееся различными по глубине изменениями памяти, свидетельствует о наличии эпилептического слабоумия. Темп нарастания изменений личности, а также изменений памяти зависит от возраста, в котором началась болезнь, ее продолжительности, характера припадков, их частоты, наличия дополнительных вредностей (например, черепно-мозговых травм) [8].

Эмоциональные расстройства

У больных эпилепсией в межприступном периоде и во время пароксизмов можно выделить две большие группы эмоциональных расстройств (М.И. Лапидес).

1. Эмоциональные расстройства межприступного периода:

а) В одной группе наблюдений нередко в начале заболевания обнаруживается измененный темперамент с аффективной напряженностью и вязкостью, застреванием на некоторых переживаниях. Обычно больные хмуры, мрачны и отличаются большой аффективной возбудимостью. Затем уже присоединяется общая замедленность психической деятельности, эгоцентризм,

иногда аффективное обеднение, что и служит основой для развития эпилептического характера. Постепенно возникают и другие характерологические сдвиги в связи с переживанием больным своей неполноценности — недоверчивость, подозрительность, агрессивность, биполярность поведения и др. Иногда у этих больных отсутствует аффективная взрывчатость, но тогда почти гротескно выражен другой полюс аффективных проявлений в виде слащавости, умилительности. Наконец, у ряда больных описанные эмоциональные расстройства находятся в зачаточном состоянии, они еще мало заметны.

б) У других больных эмоциональные изменения входят длительное время в картину органического психосиндрома: резкая аффективная возбудимость сочетается с большей или меньшей эмоциональной неустойчивостью, быстрой сменой настроения. Агрессивность сопровождается слезами. У некоторых больных отмечается эйфорический фон настроения с беспечностью, благодушием. Такое психопатоподобное состояние меняется лишь с годами в сторону развития большей аффективной вязкости, злобности, хмурости.

Не менее часто на первых же этапах заболевания в межприступном периоде наблюдаются такие формы эмоциональных расстройств: с одной стороны больной расторможен, груб и в то же время эмоционально лабилен, при конфликтах плачет; а с другой — становится злобным, напряженным, не прощает обид, в дальнейшем жесток, агрессивен.

2. Пароксизмальные эмоциональные расстройства (дисфории) относятся в подавляющем большинстве к изменениям настроения. Они разнообразны, но особенно часто встречаются дисфории с отрицательной эмоциональной окраской:

а) В одной группе наблюдений дисфория характеризуется особенной хмуростью, недовольством, озлобленностью, недоброжелательностью, аффект же тоски часто выражен нерезко. В эти «плохие дни» неопределенное недовольство переходит в придиричивость, возникают конфликты, агрессивные реакции. Усиливается свойственная больному подозрительность. Значительно реже пароксизмальное расстройство

настроения носит характер меланхолии с выраженной тоскливостью, мучительными мыслями о своей неизлечимости, самоуничтожения и лишь с легкой степенью раздраженности. У этих же больных отмечаются гипоманиакальные состояния с беспричинной веселостью, но с гневливостью, а также чрезмерной, хотя и не всегда целенаправленной, активностью.

б) В другой группе кроме дисфорий с наличием мрачности, озлобленности, агрессивности наблюдаются и такие, где имеется дистимический оттенок настроения со свойственным дистимии беспричинным монотонным плачем, эмоциональной неустойчивостью, а иногда с суицидальными намерениями. Здесь отмечаются жалобы на головные боли, озноб, нарушения сна. На первый план может выступать психопатоподобное поведение с двигательной расторможенностью, повышенной возбудимостью, склонностью к конфликтам, дракам, но без переживаний тоски. Настоящей напряженности и злобности также нет. В поведении как будто имеются черты насильственности. Психопатоподобное состояние длится несколько дней. Иногда же в течение нескольких дней или часов у больных наблюдается двигательная расторможенность на эйфорическом фоне, часто с благодушием, беспечностью [29].

Психические нарушения у детей с эпилепсией многообразны. Среди них выделяют астенические состояния, нарушения психического развития с задержкой и различной степенью умственной отсталости, девиантные формы поведения и аффективные расстройства, которые часто сочетаются между собой. Из расстройств поведения при эпилепсии чаще всего встречается психическая расторможенность. Нужно отметить, что девиантное поведение выступает в качестве фактора, осложняющего течение эпилепсии. Нарушения эмоционального реагирования, характера и поведения у детей с эпилепсией и эписиндромом бывают различными как по степени выраженности, так и по своему качеству. Это касается и интеллектуальных изменений. Вместе с тем эмоциональные и характерологические свойства личности можно связать с эпилепсией только тогда, когда они отличаются от того, что принято считать нормой и когда эти свойства появляются лишь после начала болезни, изменив та-

ким образом прежнюю структуру личности. При значительной деградации изменения личности достаточно яркие, типичны и соответствуют классическим описаниям. У больных эпилепсией выделяют две группы эмоциональных расстройств: эмоциональные расстройства межприступного периода и пароксизмальные эмоциональные расстройства. Интеллектуальные изменения представлены специфическими нарушениями мышления и памяти. Изменения личности у больного эпилепсией являются причиной дезорганизации его трудовой и учебной деятельности, создают трудности общения с окружающими людьми в школьном коллективе и препятствуют социализации его в обществе. Вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что личностные изменения у больных эпилепсией детей требуют тщательной психокоррекционной работы с участием в ней педагогов и психологов и обязательным привлечением в этот процесс родителей больных детей.

■ 2.3. Психологическая коррекция

Психокоррекционные воздействия представляют собой динамическую систему мероприятий, направленных на ликвидацию отклонений в психической деятельности больного, в частности, его личностной сферы. Максимальный психокоррекционный эффект при эпилепсии может быть получен только при совместном применении биологических (медикаментозных) методов лечения и психосоциальных воздействий (С.А. Громов и др.). В литературе нет четкого разграничения между терминами «психокоррекция» и «психотерапия». Оба они отражают процесс управления психической деятельностью человека с терапевтической целью. Все же психокоррекционная работа является более широким понятием и включает в себя в большей степени психолого-педагогические задачи, чем медико-психологические аспекты, в то время как для психотерапии характерны только последние. Участниками психокоррекционных мероприятий являются не только больной и психолог, но и лица его окружения

(члены семьи, друзья и др.), которые прямо или косвенно воздействуют на психику больного. Эти мероприятия включают в себя элементы просветительной и воспитательной работы, под влиянием которой расширяется кругозор больного, приобретаются навыки саморегуляции, изменяется в положительную сторону отношение окружающих лиц к больному.

Коррекция личностных изменений больного проводится в тех случаях, когда больной доступен для психокоррекционной работы, когда он сам в процессе беседы с психологом в определенной степени осознает их нежелательность для себя, отчасти или в полной мере понимает, что они являются причиной дезорганизации его трудовой и учебной деятельности и обуславливают напряженность межличностных отношений в школе и дома.

Психокоррекционная работа осуществляется дифференцированно, с учетом клинических проявлений заболевания, общих психологических закономерностей, индивидуальной, «внутренней» картины болезни. Она направлена на закрепление или повышение терапевтического эффекта биологической терапии, укрепление веры в проводимое лечение, на изменение межличностных отношений, усвоение адаптивных форм поведения.

Выбор аргументов, доводов, наглядных примеров, уровень эмоционального контакта соотносится с индивидуальными особенностями больного. Исходный принцип психокоррекционной работы состоит в отборе максимально доброжелательных, успокаивающих и щадящих воздействий в сочетании с «активной занятостью больного».

Психокоррекционная работа имеет несколько этапов.

1-й этап. Установление контакта с больным.

Экспериментально-психологическое исследование является пока еще в известной степени новой специфической формой обследования больных и потому недостаточно известной и, следовательно, необычной для широкого круга больных. Положительное отношение больного к психологическому обследованию рассматривается как условие повышения надежности и достоверности результатов. Отсутствие эмоциональной

напряженности во время проведения тестирования отмечалось у большинства обследуемых детей (Заира Х., Наташа С., Саша И.). У Андрея Ш. в момент проведения тестирования наблюдалась повышенная тревожность. Положительное отношение к психологическому обследованию складывалось уже в процессе установления контакта с больным, который начинался с момента приглашения на беседу. Во время беседы мы узнали общие сведения о ребенке: имя, возраст, любимые занятия, состав семьи. Формирование правильного отношения к исследованию является важной задачей и поэтому предъявляет определенные требования к профессиональному мастерству психолога.

В беседе с больным уточняются жалобы, различные стороны его жизни, отношение к болезни и лечению. Время, затраченное на беседу, варьируется индивидуально и определяется как уравнением релаксирующего эффекта, так и готовностью больного к работе с методиками. Об этом можно судить по отсутствию у испытуемого напряженности, пониманию им того, что психологическое обследование так же необходимо и важно, как и другие обследования, проводимые в клинике, и что его результаты будут способствовать совершенствованию диагностики и лечению. Отношение больного к исследованию и характер ошибок, допущенных при выполнении заданий, могут свидетельствовать о его установках, которые подчас обусловлены дефектами семейного воспитания.

Таким образом, установление контакта с больным на первой стадии реабилитации можно рассматривать как начальный, или ориентировочный, этап психологической диагностики и коррекции, на котором получают первичную информацию о ряде личностных качеств больного и его коммуникативных возможностях. Доверительный характер беседы, уважительное, доброжелательное отношение к больному, проникнутое чувством сопереживания, способствуют взаимопониманию и откровенности и в конечном итоге определяют успешность работы на последующих этапах.

2-й этап. Проведение углубленного комплексного психолого-диагностического исследования.

У больных эпилепсией экспериментально-психологическое исследование целесообразно начинать с

изучения тех функций, на ослабление которых они наиболее часто жалуются. Затем, постепенно усложняя задания, перейти к изучению особенностей эмоционального реагирования, системы отношений, самооценки и т. д.

Во время диагностической работы мы руководствовались принципом индивидуального подхода к ребенку, что позволило строить исследование в соответствии с особенностями и возможностями каждого ребенка. Во время исследования мы использовали игровые моменты, варьировали задания различной степени сложности. Это способствовало снятию напряжения и снижению уровня утомляемости детей во время совместной работы с ними.

Результаты психологического исследования описываются в медицинском документе (история болезни, амбулаторная карта) в виде констатирующей части и заключения. В ряде случаев с психотерапевтической целью в рамках рациональной психотерапии можно сообщить больному некоторые результаты психологического исследования, помня при этом, что подобного рода информация должна быть подана с большим тактом и ответственностью и содержать рекомендации, способствующие повышению уровня саморегуляции и адаптации больного к условиям его жизни.

Таким образом, 2-й этап является сугубо диагностическим, направленным на получение необходимой информации, обосновывающей правильное построение 3-го этапа.

3-й этап. Осуществление собственно психокоррекционных воздействий.

На основе полученной информации психолог может строить программу психокоррекционной работы. Психокоррекционная работа на этом этапе может носить динамический характер и изменяться в зависимости от течения заболевания (характера и частоты припадков, их ремиссий и др.), изменений социального статуса больного, а также от положительных или отрицательных сдвигов показателей психологических исследований.

Внедрение в систему реабилитационных мероприятий, проводимых с больным эпилепсией, психологической диагностики и психологической коррекции

способствует более углубленному обследованию больных и объективному формированию всего лечебного процесса, что в конечном итоге обеспечивает полную реализацию намеченных реабилитационных программ. Несомненно, это способствует повышению эффективности лечения больных, укрепляет у них веру в лечение и выздоровление, позволяет более адекватно оценивать свое состояние, изменяет в положительную сторону отношение больного к самому себе, к болезни, к собственным силам, что повышает его адаптационные и компенсаторные возможности и обуславливает частичное или полное восстановление биологического и социального статуса больного [10].

Индивидуальная рациональная психотерапия

Прежде всего нужно учитывать особенности ребенка и конкретные проблемы, затрудняющие его жизнь. У страдающих эпилепсией и эписиндромом детей есть достаточно типичные проблемы, встречающиеся наиболее часто. К ним относятся различного рода ограничения, стыд за свою болезнь, чувство неполноценности, неуверенность в себе, неприятие коллективом здоровых детей и т. п. Во время бесед с детьми мы стремились преодолеть пессимистические представления детей относительно характера их заболевания, объясняли, что они внешне ничем не отличаются от других детей.

Детей следует научить правильно поступать в трудных ситуациях, противодействовать развитию у них озлобленности и чувства неполноценности. Мы провели с больными детьми анализ тех особенностей их поведения, которые могли быть причиной отрицательного отношения к ним со стороны сверстников. Мы пытались объяснить Саше И., что упрямство и нетерпеливость, неумение контролировать свое поведение зачастую могут приводить к конфликтам со сверстниками и трудностям учебного характера. Эгоцентризм и упрямство Андрея Ш. также приводят к конфликтам и ссорам с товарищами. Неуверенность в себе, ранимость, нерешительность детей (в частности, Заиры Х., Наташи С.) в большинстве случаев мешают формированию дружеских отношений с коллективом, отрица-

тельно сказываются на успеваемости детей (такие дети редко поднимают руку, стесняются отвечать перед всем классом).

Индивидуальная психотерапевтическая работа с детьми была направлена на снижение отрицательного воздействия их личностных черт на поведение в целом и взаимодействие со сверстниками в стенах школы.

Групповая психотерапия

Наиболее часто применяется при коррекции поведенческих нарушений. Она более действенна, чем индивидуальная. В группе моделируются значимые для детей ситуации, дети имеют возможность приобрести опыт рационального решения конфликтов и функционирования в доброжелательной атмосфере приятия. В.К. Каубиш, М.Л. Нечаев рекомендуют включать детей, страдающих эпилепсией, без выраженной интеллектуальной деградации, с психогенно обусловленными нарушениями психики и поведения или имеющих психологические проблемы, в малые группы, гетерогенные по полу и диагнозу, но относительно гомогенные по возрасту и уровню интеллектуального развития. Не следует создавать группу исключительно из дезадаптированных детей, т. к. они без директивного руководства неизбежно сделаются малоуправляемыми. В группу можно включать только одного ребенка с явно дезорганизаторскими тенденциями. В групповых занятиях значительное место занимает дискуссия. Участники группы по собственному желанию подвергаются специальному обсуждению. Они рассказывают о себе, о своих проблемах, отвечают на вопросы членов группы и выслушивают их мнение о себе. Особенно в групповой психотерапевтической работе с больными эпилепсией и эписиндромом определяются как наличие типичных для них проблем, так и измененностью их психики. Следует отметить и то, что больные не очень охотно говорят о своих проблемах. Часто приходится сталкиваться с их стремлением уйти от обсуждения больных вопросов, заняться игровой деятельностью или вести пустой разговор. Для таких больных характерно стремление долго и обстоятельно излагать свои проблемы и недостаточный интерес к про-

блемам других членов группы. Наиболее актуальна проблема взаимоотношений в школе. Про свою болезнь и имеющиеся у них припадки дети говорят довольно свободно и правильно реагируют на приступы, возникающие во время группового занятия. Главное место в групповой психотерапии у детей младшего школьного возраста с эпилепсией и эписиндромом занимают игровые методы. При этом используются и подвижные игры с элементарными речевыми заданиями, и игры-драматизации любимых сказок.

Литература

- Абрамович Г.Б. Эпилепсия у детей и подростков. Практическое пособие. Л., 1997. С. 42 – 57.
- Абрамович Г.Б., Харитонов Р.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. Л., 1999. С. 6.
- Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев, 1998. С. 190 – 191.
- Болдырев А.И. Об эпилепсии. М., 1996. С. 15 – 18, 20, 24.
- Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М., 1998. С. 128 – 150.
- Болдырев А.И. Эпилепсия у детей и подростков. М., 2000. С. 27, 79 – 93.
- Болдырев А.И. Эпилептические синдромы. М., 1996. С. 7 – 18.
- Большая медицинская энциклопедия / Под ред. Петровского Б.В. Т. 28. М., 2000. С. 298 – 300.
- Буюнов М.И. Беседы о детской психиатрии. М., 2001. С. 59.
- Громов С.А. Реабилитация больных эпилепсией. Л., 1997. С. 120 – 125.
- Каубиш В.К. Личность и поведение детей, больных эпилепсией. М., 1998. С. 13, 14, 37, 79 – 93.
- Кинстлер Н.И. Психолого-педагогическая коррекция отклонений в процессах восприятия и понимания другого человека у детей с нарушением интеллектуального развития. Автореферат канд. дисс. Екатеринбург, 2000. С. 3.
- Колмомер Э. К. Эпилепсия. М., 1999. С. 8 – 11, 39.
- Крайнделер А., Кригель Е., Стойка И. Детская эпилепсия. Бухарест, 1999. С. 9, 28, 29, 250 – 257.
- Краткая медицинская энциклопедия / Гл. ред. Петровский Б.В. Т. 2. М., 2002. С. 286.
- Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика. М., 2000. С. 66.

- Липкина А.И. Самооценка школьника. М., 1999. С. 12 – 13, 15 – 16, 20.
- Мизикова И.З. Эпилепсия. Вопросы клиники, патогенеза, лечения. М., 1999. С. 3 – 9.
- Неврология детского возраста: болезни нервной системы новорожденных и детей раннего возраста; эпилепсия, опухоли, травматические и сосудистые поражения // Под ред. Шанько Г.Г., Бондаренко Е.С. Минск, 1997. С. 229.
- Немов Р.С. Общая психология. М., 2001. С. 209.
- Памфилова М. Графическая методика «Кактус» / Обруч. № 5. 2001 г. С. 12 – 13.
- Психологический словарь / Под ред. Петровского А.В., Ярошевского М.Г. М., 2001. С. 193.
- Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога. Ч. 1. М., 2001. С. 140 – 141, 182 – 183, 166 – 181, 227 – 255.
- Российская Педагогическая Энциклопедия / Гл. ред. Давыдов В.В. Т. 2. М., 1999. С. 471.
- Сарагжишвили П.М., Гелагзе Т. Ш. Эпилепсия. М., 2000. С. 5, 18, 142.
- Словарь иностранных слов. М., 2001. С. 15, 80.
- Словарь по коррекционной педагогике и специальной психологии / Новоторцева Н.В. Ярославль, 1999. С. 17, 19, 21, 22, 33, 53, 54, 55, 61, 89, 90, 102, 109, 113, 132.
- Справочник практического врача / Под ред. Кочергина И.Г. М., 2002. С. 573, 574.
- Утин А. В. Наследственность и среда при эпилепсии. М., 1997. С. 61.
- Ходос Х.Г. Эпилепсия: сущность болезни, ее симптомы, течение, причины и другое. Иркутск, 1998. С. 33, 34.
- Ходос Х. Г. Эпилепсия: факты, суждения, выводы. Иркутск, 1998. С. 134, 135.
- Шамансуров Ш.Ш., Рафикова З.Б. Малая эпилепсия у детей. Ташкент, 1999. С. 4.
- Эм З.Б. Особенности обучения и воспитания умственно отсталых детей. Ташкент, 2000. С. 14.
- Эпилепсия / Под ред. Семенова С. Ф. М., 1999. С. 190 – 192.
- Эпилепсия у детей и подростков / Под ред. Деглина В. Я., Кудрявцевой В. П. М., 2001. С. 201 – 207.

Вопросы и задания

1. В чем сходство и различие эпилепсии и эпилептического синдрома?
2. Каковы причины возникновения эпилепсии и эпилептического синдрома?

3. Охарактеризуйте особенности личности детей, страдающих эпилепсией.
4. Раскройте содержание и методы психолого-педагогической коррекции личности детей, страдающих эпилепсией и эпилептическим синдромом.
5. Назовите основные методы работы с родителями детей, страдающих эпилепсией и эпилептическим синдромом.

Темы для докладов и рефератов

1. Эпилепсия у детей и подростков.
2. Эпилептические психозы у детей и подростков.
3. Социализация больных эпилепсией.
4. Эпилептические синдромы.
5. Поведение детей, больных эпилепсией.
6. Психолого-педагогическая коррекция детей с эпилепсией.
7. Наследственность при эпилепсии.
8. Малая эпилепсия у детей.
9. Особенности обучения и воспитания умственно-отсталых детей с эпилепсией.

Раздел 3

СОЦИАЛИЗАЦИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

3.1. Теоретические вопросы детской агрессии и агрессивности

Перестройка нашего общества, обусловленная переходом к рыночным отношениям, привела не только к его демократизации и повышению степени свободы личности в сфере ее социальной активности, но и к изменению моральных норм поведения людей. Наибольшую тревогу вызывают проявления агрессивности в поведении детей, тех сегодняшних детей, которые в любом государстве определяют его будущий статус и направление движения — в сторону развития или деградации. Педагоги, родители отмечают, что у детей и подростков нарастает асоциальная направленность. Они стали более тревожными и агрессивными. Что же говорить о детях с интеллектуальными нарушениями? Известно, что умственно отсталые дети характеризуются неадекватной самооценкой, значительным снижением критичности и самокритичности, повышенной внушаемостью. Неумение разобраться в ситуации, осознать причинно-следственные связи между поступком и его результатом, установить смысл действия другого лица часто является причиной нарушения поведения умственно отсталых детей. Именно поэтому иссле-

дование особенностей агрессивного поведения детей с интеллектуальными нарушениями, разработка способов его коррекции и профилактики является одной из актуальных задач современной науки.

Следует отметить, что способность ребенка строить конструктивные отношения с окружающими, совместно с ними разрешать возникающие конфликты — важный показатель развития личности ребенка. Характерные для каждого человека способы поведения в трудных ситуациях и отношение к окружающим начинают складываться на ранних этапах развития личности, в процессе активного включения ребенка в систему общественных отношений, осознания себя и своего места в ней.

Те или иные формы агрессии встречаются у большинства детей в раннем детстве как отражение слабой социализированности личности и отсутствия более сложных конструктивных коммуникативных навыков. Постепенно, в ходе взаимодействия со сверстниками и взрослыми, дети усваивают новые социализированные формы поведения. Однако известно, что у определенной категории детей агрессия как устойчивая форма поведения не только сохраняется, но и развивается, трансформируясь в устойчивое качество личности. В итоге значительно снижается продуктивный потенциал ребенка, сужаются возможности полноценной коммуникации, деформируется его личностное развитие.

Говоря о детях с интеллектуальными нарушениями, необходимо отметить, что нарушения познавательной деятельности у этих детей значительно затрудняют правильное самостоятельное обобщение ребенком тех поведенческих действий, которые должны трансформироваться в общие идеи-убеждения, регулирующие поведение. Поэтому изучение условий, которые провоцируют формирование агрессивности у младших школьников с нарушениями интеллекта, и психологических особенностей данной группы детей может способствовать разработке программы мероприятий по профилактике и коррекции агрессивного поведения умственно отсталых детей в указанном возрасте.

Психологический словарь дает следующее определение агрессии: мотивированное деструктивное пове-

дение, противоречащее нормам и правилам сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.) [29, 10].

С точки зрения Р. Бэрона и Д. Ричардсон, агрессия — это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения [4, 26]. В связи с тем, что жертва агрессии стремится избежать подобного обращения, ученые не рассматривают самоубийство как одну из форм агрессии. Ведь самоубийца стремится причинить себе вред, выступая в роли собственной жертвы.

Большинство отечественных исследователей (И.П. Подласый, Е.О. Смирнова, Г.Р. Хузеева и др.) трактуют термин «агрессия» как поведение (индивидуальное или коллективное), направленное на нанесение физического или психического ущерба другому лицу либо на уничтожение другого человека или группы людей. Под это определение не попадают случайные столкновения детей в классах, неумышленные удары на спортивных площадках. Зато оно определено подходит для рукоприкладства, прямых оскорблений, в том числе и «невинных» (например, ущемляющих достоинство «дразнилок»).

Все рассмотренные выше определения агрессии трактуют ее как модель поведения, а не как эмоцию или мотив. В то же время термин «агрессия» часто ассоциируется с негативными эмоциями, например со злостью. Однако злость вовсе не является необходимым условием агрессивного поведения. Агрессивные действия могут совершаться как в состоянии аффекта, так и в состоянии полнейшего хладнокровия.

Кроме того, очень часто смешиваются такие понятия, как «агрессивный» и «жестокий». Правда, агрессия может быть тесно связана с жестокостью, но не совпадать с ней. Если жестокость всегда порицаема, то агрессия часто принимает социально приемлемые формы, например, в спорте. Агрессивное поведение человека может не сопровождаться жестокостью, если

у него нет мотива причинения страданий и мучений ради них самих.

Жестокость очень часто оказывается следствием того, что взрослые не понимают причин детской агрессии, не умеют найти подход к агрессивному ребенку. Родители часто оценивают поведение своего ребенка как жестокое, а значит, противоречащее социальным нормам. В результате родители применяют по отношению к ребенку суровое наказание. Возникает порочный круг, в котором агрессия ребенка рождает агрессию взрослого, а агрессия взрослого, в свою очередь, стимулирует агрессию ребенка, ощущение несправедливости наказания и желание отомстить. Иными словами, жестокое обращение с ребенком в семье ведет не только к проявлению им агрессивного поведения по отношению к другим детям, но и к развитию агрессивности как личностной черты. В данном случае физическая агрессия превращается в жизненный стиль личности.

При оценке агрессивного поведения важно также учитывать, что у детей дошкольного и младшего школьного возраста многие объективно аморальные формы поведения не входят еще в зону «плохого», а те, что входят, могут допускаться в силу некоторых обстоятельств, как бы «оправдывающих» поступок ребенка. Как отмечает Г.М. Бреслав, недоразвитость и малозначимость социальных чувств говорят о невозможности применения нравственных критериев при оценке поведения младших школьников [3, 42].

Следует также различать агрессию и наиболее опасную форму ее проявления — деструктивность, которая направлена на разрушение всего живого во имя самого разрушения. По Э. Фромму, которым учение о деструктивности разработано наиболее подробно, «злокачественная» агрессия (т. е. деструктивность) в отличие от «доброкачественной» не является защитой от нападения или угрозы; она не заложена в филогенезе; она специфична только для человека; она приносит биологический вред и социальное разрушение, не имеет никакой иной цели, кроме получения удовольствия [44, 246].

Необходимо также развести понятия «агрессия» и «агрессивность», т. к. они не синонимичны. Термин «агрессия», как было уже отмечено выше, чаще всего

трактуются как совокупность определенных действий, причиняющих физический или психический ущерб другому лицу. Под агрессивностью понимается устойчивая черта личности, выражающаяся в готовности к агрессивному нападению. Агрессивность в силу своей устойчивости и вхождения в структуру личности способна предопределять общую тенденцию поведения, более того — жизненный путь личности и поэтому заслуживает особого внимания. Агрессивность как личностная черта входит в группу таких качеств, как враждебность, конфликтность, негативизм и т. д.

Возможна агрессия без агрессивности, в то же время агрессивность может проявляться не только в открытом агрессивном поведении. Агрессия может возникать на фоне агрессивного состояния, в котором выделяют три компонента: познавательный, эмоциональный и волевой.

Познавательный компонент помогает ориентироваться в ситуации, выделить объект для нападения, выбрать «наступательные» средства.

К эмоциональному компоненту агрессивного состояния относят прежде всего гнев, который часто сопровождает агрессию. Однако не всякий гнев приводит к агрессии. Существует «бессильный» гнев при фрустрации, когда нет никакой возможности снять барьер, стоящий на пути к цели. Особый оттенок агрессивному состоянию придают недоброжелательность, злость, мстительность, а в некоторых случаях — уверенность и настойчивость.

Говоря о волевом компоненте агрессивного состояния, Н.Д. Левитов отмечает, что в агрессивном действии имеются все формальные качества воли, решительность и смелость... Агрессивное состояние часто возникает и развивается в борьбе, а всякая борьба требует вышеуказанных качеств [18, 43].

Вместе с тем агрессивные действия, наблюдаемые у детей с самого раннего возраста, носят импульсивный характер. Поэтому они долгое время не осознаются ребенком в той степени, в которой это необходимо для реализации поведения. Кроме того, детская агрессия часто отражает неспособность ребенка адекватно оценить ситуацию, предусмотреть последствия агрессивных действий, справиться с эмоциями и т. д.

Необходимо отметить, что большинство исследователей агрессии вычленяют ее различные формы и типы. Так, Басс ввел деление агрессии на физическую и вербальную, прямую и косвенную. Физическая агрессия направлена на причинение физического ущерба другому лицу (драки, избиения, ранение). Вербальная агрессия — это выражение негативных чувств как через форму (ссора, крик, визг), так и через содержание словесных ответов (угрозы, проклятия, ругань). Прямая агрессия непосредственно направлена против какого-либо объекта или субъекта. К косвенной агрессии относятся действия, которые окольным путем направлены на другое лицо (злые сплетни, шутки), и действия, характеризующиеся ненаправленностью и неупорядоченностью (взрывы ярости).

По направленности агрессивные реакции можно разделить на четыре группы:

- интрапунитивные реакции представляют собой разряд аффекта путем аутоагрессии — нанесение себе повреждений, покушение на самоубийство, при учинении себе вреда разными способами;
- экстрапунитивные реакции подразумевают разряд аффекта путем агрессии на окружающее: нападение на обидчиков или «вымещение злобы» на случайных лицах или попавших под руку предметах;
- импунитивные реакции проявляются тем, что аффект разряжается путем безрассудного бегства из аффектогенной ситуации, хотя бегство никак эту ситуацию не исправит, а часто даже очень дурно оборачивается;
- демонстративные реакции, когда аффект разряжается в «спектакль», в изображение попыток самоубийства и т. п. [19, 242].

В «норме» каждый человек должен обладать определенной степенью агрессивности. Иначе это приведет к подавленности, ведомости, пассивности поведения. Многие исследователи (Е.И. Рогов, Р. Бэрон, И.А. Фурманов, Е.О. Смирнова) отмечают, что агрессивные реакции у детей часто ситуативны и направлены на достижение какой-то цели, получение желаемого. В то же время эти ситуативные «нормальные» реакции агрессии могут перерасти в «нарушение».

Выход из конфликтных ситуаций с помощью агрессивных действий воспитывает у человека привычку к подобным действиям. Это ведет к тому, что агрессия становится устойчивой формой поведения. Далее она развивается и трансформируется в устойчивое качество личности. В итоге деформируется развитие личности ребенка, сужаются возможности полноценной коммуникации. Такие дети стремятся причинить вред другим, не имея какой-то определенной цели. Они испытывают удовлетворение от самих агрессивных действий. Например, мальчик спрятал любимую игрушку товарища и с удовольствием наблюдает за его переживаниями. Поэтому, вероятно, уместно разделение агрессии на инструментальную и враждебную, где только последняя несет в себе потенциал злобности и жестокости.

Публикации, посвященные агрессивному поведению детей с интеллектуальными нарушениями, вообще единичны. Первым, кто заговорил о проблеме исправления недостатков характера и поведения «трудных», «дефективных» детей, был известный педагог Всеволод Петрович Кащенко. Последний термин был введен в научную лексику именно Всеволодом Петровичем. Впоследствии он предпочитал писать и говорить: «исключительные дети», подчеркивая, что «трудным» детям свойственна характерная особенность в жизненных проявлениях (а также и в педагогическом плане), связанная с устойчивыми отклонениями от нормы тех или иных сторон формирующейся личности, обусловленными физическими или умственными недостатками и проявляющимися в осложненной форме поведения [11, 44].

В книге «Педагогическая коррекция» В.П. Кащенко рассматривает разнообразные недостатки характера, которые делит на две группы: преимущественно эмоциональные и преимущественно активно-волевые. Он подразделяет методы коррекции дефектов характера на педагогические и психотерапевтические. Кроме того, В.П. Кащенко отмечает, что патологические, ненормальные черты характера выравниваются, если коррекция производится с раннего возраста и достаточно по времени [11, 204].

Т.П. Миловидова и В.К. Анисимов отмечают, что органическое поражение головного мозга влечет за

собой различные отклонения в физическом и умственном развитии ребенка, а также нарушения эмоционально-волевой сферы и поведения [21, 14]. Кроме того, авторы раскрывают задачи, этапы и основные педагогические приемы психолого-педагогической коррекции поведения детей, перенесших органическое поражение головного мозга.

Проблемой агрессивного поведения младших школьников с нарушениями интеллекта занимается В.М. Махова. В статье «Изучение личностных свойств и особенностей эмоционального реагирования детей с интеллектуальной недостаточностью в период их адаптации к школе» она приводит данные экспериментального исследования. Автор статьи при обследовании умственно отсталых младших школьников обнаружила у них повышение количества агрессивных действий (с 32,9% в начале года до 43,2% в конце). В.М. Махова отмечает, что большинство испытуемых предпочитают деструктивные способы решения проблемных ситуаций, когда сознательное провоцирование конфликтных отношений с окружающими сопровождается проявлением физической и вербальной агрессии [20, 10].

Итак, отечественные исследователи полагают, что органическое поражение головного мозга увеличивает риск возникновения негативных отклонений в поведении детей. Однако комплексного исследования особенностей агрессивных проявлений детей с интеллектуальной недостаточностью нам обнаружить не удалось. Изучение данной проблемы в отечественной науке, по существу, только начинается. Потребуется не один год, чтобы доказать важность этой проблемы, разработать пути и методы ее разрешения и получить действенные результаты.

3.2. Диагностика и социализация агрессивного поведения младших школьников с нарушенным интеллектом

В нашем исследовании использован следующий блок психодиагностических методик:

- 1) методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга;
- 2) методика «Несуществующее животное»;
- 3) графическая методика «Кактус»;
- 4) рисуночный тест «Дом-дерево-человек»;
- 5) методика «Метапсихологический профиль ребенка», разработанная А. Фрейд;
- 6) Карта наблюдений Д. Стотта;
- 7) беседы с психологами и педагогами специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида;
- 8) анализ личных дел младших школьников с интеллектуальными нарушениями.

Экспериментальной площадкой послужил 4 «В» класс специальной школы-интерната № 12 г. Владимира. В исследовании принимало участие 9 детей.

1. Методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга.

На основе анализа результатов данной методики мы установили, что наибольшее число ответов умственно отсталых младших школьников 10—11 лет носит экстрапунитивный характер с фиксацией на самозащите (5 учащихся) или на препятствии (4 учащихся). Иначе говоря, в ответах детей присутствует обида, негативизм, агрессия, направленные на фрустратор, желание немедленно изменить ситуацию или же отрицание своей вины, порицание кого-либо («Это он, а не я», «Это я строил домик. Зачем ты его сломал?»). У подавляющего большинства детей агрессия носит личный характер, т. е. направлена на другого человека, который называется в качестве причины создавшейся фрустрационной ситуации («Ты что сделал, урод!», «Дай поиграть, а то шею сверну»).

У Гали Б. и Вити Ж. в ответах преобладают интрапунитивные реакции упорствующего типа, т. е. ответы детей направлены на разрешение проблемы за счет собственных действий.

В ответах Вити Ж. отмечается также достаточно большое количество импунитивных реакций препятственно-доминантного типа. Фрустрирующая ситуация рассматривается испытуемым как малозначащая, не имеющая серьезного значения.

Таким образом, наибольшее число экстрапунитивных реакций самозащитного типа свидетельствует о том, что агрессивное поведение у младших школьников с интеллектуальными нарушениями возникает как реакция защиты в трудных ситуациях. Кроме того, можно сделать вывод, что у умственно отсталых младших школьников не сформированы самостоятельные конструктивные способы выхода из ситуации фрустрации, т. е. у детей не хватает базовых социальных умений. Они часто используют свой деструктивный опыт для решения конфликтной ситуации.

2. Методика «Несуществующее животное».

Анализ рисунков детей показал, что для всех испытуемых характерны неосновательность суждений, импульсивность в принятии решения, легкомысленность отношения к окружающему миру, наличие аффективных критериев в основе мышления, инфантилизм. Это, несомненно, обусловлено имеющимися у этих детей интеллектуальными нарушениями.

У большинства испытуемых отмечается наличие тревожности, которая является важнейшим источником агрессивного поведения.

У 8 испытуемых выявлено наличие агрессии. По направленности агрессивные реакции можно разделить на три группы:

- против старших по возрасту, родителей, учителей (4 учащихся);
- против сверстников, боязнь осуждения (3 учащихся);
- готовность к самозащите любого порядка и в разных ситуациях (1 учащийся).

У четырех детей выявлено наличие вербальной агрессии, носящей в основном защитный характер.

Только у Вити Ж. отмечается отсутствие агрессии, конформность суждений и установок, подавленность.

Кроме того, анализ рисунков детей показал наличие у большинства тенденции к самоутверждению, потребности в признании, эгоцентризма. Лишь у 2 испытуемых была выявлена низкая самооценка, неуверенность в себе, отсутствие стремления быть принятым окружением. Склонность к аффектам характерна для 5 испытуемых.

После завершения работы с младшими школьниками проводилась беседа по следующим вопросам:

- Это животное домашнее или дикое?
- Это животное живет с кем-нибудь по соседству? Если да, то с кем?
- Чем питается это животное?
- Как и с помощью чего это животное защищается от врагов? Как нападает на других животных?
- Это животное охотится днем или ночью?

Ответы на эти вопросы подтвердили наличие у большинства испытуемых агрессии в поведении. Так, восемь детей ответили, что нарисовали дикое ночное животное. В качестве средств защиты и нападения дети называли когти, зубы, щупальца, оружие. Только Саша Ф. и Витя Ж. ответили, что их животное никогда не нападает на других, а только защищается от врагов. Пятеро детей охарактеризовали свое животное как хищника, питающегося человеческим мясом или другими зверятами.

Таким образом, данные, полученные с помощью методики «Несуществующее животное», подтверждают нашу гипотезу о том, что агрессивное поведение у младших школьников с нарушениями интеллекта имеет достаточную степень выраженности. Агрессия может быть направлена как на старших по возрасту, так и на сверстников. Отмечается также готовность к самозащите любого порядка.

3. Графическая методика «Кактус».

Анализ данной методики позволил установить, что среди рисунков испытуемых преобладают агрессивно-тревожные кактусы. Для большинства детей характерно наличие агрессии, тревожности, стремления к домашней защите. Только у Гриши С. в рисунке проявилось чувство одиночества. 4 испытуемых нарисовали маленький кактус, расположенный внизу листа, что свидетельствует о зависимости. У трех испытуемых была выявлена импульсивность.

Следует отметить, что только один ребенок (Витя Ж.) нарисовал добрый интровертированный кактус, для которого характерно отсутствие агрессии.

После завершения работы испытуемым предлагались следующие вопросы:

- Этот кактус домашний или дикий?
- Он сильно колется? Его можно потрогать?
- Кактусу нравится, когда за ним ухаживают, удобряют, поливают?
- Кактус растет один или с каким-нибудь растением по соседству?
- Когда кактус подрастет, то как он изменится?

Ответы на эти вопросы подтвердили наличие у большинства испытуемых агрессии. Так, в ходе беседы дети чаще всего характеризовали свой кактус как дикий (5 детей), сильно колющийся (7 детей). Преобладали ответы типа: «Когда кактус вырастет, он станет большим, и колючек станет больше».

Таким образом, анализ данных методики «Кактус» подтвердил наличие у 8 испытуемых агрессивности, которая в большинстве случаев сочетается с тревожностью и стремлением к домашней защите.

4. Рисуночный тест «Дом — дерево — человек».

Использование данной методики позволило нам выяснить, что для значительного числа детей (6 испытуемых) характерно чувство недостатка эмоциональной теплоты дома, т. к. учащиеся чаще всего рисовали трубу дома с тоненькой струйкой дыма. Это чувство может быть связано с нарушением функционирования семьи (смерть одного из родителей, развод родителей), неправильным стилем воспитания, эмоциональным отчуждением членов семьи и т. д.

Кроме того, в рисунках испытуемых проявились тревога (7 детей), враждебность (3 детей), негативизм (2 детей), зависимость (6 детей), агрессия (8 детей), конфликтность (2 детей).

У 4-х испытуемых отмечается генерализованное чувство опасности. Чувство отверженности, покинутости, незащищенности выявлено нами у 3-х детей.

У 4-х испытуемых отмечается слабый контакт с реальностью, что является следствием органического поражения головного мозга.

Таким образом, на основе данных этой методики можно сделать вывод, что неблагоприятная ситуация в семье, неправильный стиль воспитания являются одной из причин, способствующих формированию враждебности, конфликтности, агрессивности, тревожности.

Кроме того, умственно отсталые дети, воспитывающиеся в таких семьях, переживают чувство отверженности, незащищенности.

5. Методика «Метапсихологический профиль ребенка».

Анализ данной методики позволил установить, что все испытуемые не достигли адекватной их возрасту фазы либидозного развития. Либидо большинства детей находится на фаллической стадии развития, т. к. фаллическая фаза затягивается, дети испытывают трудности адаптации к классному коллективу, часто вступают в конфликты с одноклассниками. Во внешней картине у подавляющего большинства детей (8 испытуемых) отмечается выражение как физической, так и вербальной агрессии.

Агрессия направлена преимущественно на объектный мир. В конфликтных ситуациях дети часто используют примитивные защитные механизмы, преимущественно регрессию (грызут ногти, плачут). Только 2 детей используют в качестве защитного механизма сублимацию. У всех учащихся отмечается неразвитость суперэго, что говорит об отсутствии глубоко осознаваемых конфликтов, чувства вины, моральных требований. Об эмоциональной незрелости, несформированности суперэго свидетельствует преобладание внешних конфликтов.

Таким образом, имеющиеся у умственно отсталых младших школьников органические нарушения искажали развитие личности и ее структурализацию и стали причиной формирования нетипичной личности, а также способствовали формированию агрессивного поведения, направленного на объектный мир.

6. Карта наблюдений Д. Стотта.

Использование данной методики позволило нам проанализировать поведение каждого учащегося. При оценке агрессивности мы уделяли особое внимание синдромам, описывающим враждебность по отношению к взрослым, к детям и недостаток социальной нормативности.

У основной части испытуемых общее количество баллов по этим синдромам составляет от 23 до 26. Это, по-нашему мнению, свидетельствует о значительных

нарушениях в поведении и развитии личности детей. У этих детей, как правило, отмечается достаточно высокий уровень враждебности и агрессивности как по отношению к взрослым, так и по отношению к сверстникам. Иначе говоря, для испытуемых характерна открытая враждебность к взрослым и сверстникам, проявляющаяся часто в асоциальном поведении. Дети часто нарушают правила поведения в школе (прогулы, срывы уроков и т. п.). В то же время испытуемые проявляют беспокойство о том, любят ли их взрослые, испытывают тревогу за принятие себя другими детьми. Это свидетельствует о неудовлетворенности ребенка содержанием общения с близкими взрослыми и сверстниками, а также о неудовлетворенной потребности в признании.

У Паши Ф. и Гриши С. общее количество баллов по указанным выше синдромам превышает 30. В поведении этих детей наблюдается полная, неуправляемая, привычная враждебность, негативизм и агрессия при большом беспокойстве о том, любят ли их взрослые. Дети испытывают тревогу за принятие себя другими детьми. У Гриши С. неуверенность в одобрении взрослых выражается в такой форме негативизма, как отсутствие стараний понравиться взрослым, быть принятым окружением. Высокие показатели по синдромам «Враждебность к взрослым», «Враждебность к детям», «Асоциальность» сочетаются у этих мальчиков со значительно более высоким по сравнению с другими детьми «коэффициентом дезадаптированности» (119 баллов у Гриши С. и 84 балла у Паши Ф.). Это, по нашему мнению, дает основание говорить о враждебности, негативизме, агрессивности этих детей как об устойчивых качествах личности.

Отсутствие враждебности и агрессивности к взрослым и детям наблюдается у Вити Ж. Мальчик со слабо развитыми волевыми качествами, беззлобный, в конфликты со сверстниками старается не вступать. Отмечается податливость, пассивность поведения.

Таким образом, данные, полученные в ходе анализа карт наблюдения, подтвердили результаты, выявленные с помощью проективных методик. Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что нарушение детско-родительских отношений, удовлетво-

ренность потребности в признании являются причинами, стимулирующими возникновение агрессии, враждебности, негативизма в поведении детей. Ребенок, чувствуя себя отвергнутым, стремится обратить на себя внимание взрослых и сверстников негативными поступками, т. е. агрессивное поведение в общении со взрослыми и сверстниками носит защитный характер.

7. Беседы с психологами и педагогами специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида.

В ходе беседы с психологами и педагогами специальной (коррекционной) школы-интерната № 12 нами было обнаружено, что наиболее распространенными среди умственно отсталых младших школьников формами агрессивного поведения являются ссоры, драки, сквернословие, грубость, взаимные обвинения, взрывы ярости. Часто учащиеся младших классов нарушают правила поведения в школе (прогуливают, срывают уроки, отказываются выполнять задания). Некоторые учащиеся (Антон Ш., Галя О.) часто реагируют на замечания и требования педагога неконтролируемыми вспышками ярости (бросают учебники, опрокидывают парты, кричат).

И учитель, и воспитатель, и психолог отмечают, что с возрастом частота агрессивных проявлений (драк, ссор, сквернословия) возрастает. В то же время в ходе беседы было установлено, что работа по профилактике и коррекции агрессивного поведения младших школьников в школе практически не проводится. В школе действует Совет профилактики. В его состав входят педагоги, медицинские работники, родители, администрация школы. С учащимися, нарушающими правила поведения, проводятся беседы. На воспитательском часе воспитатель проводит с младшими школьниками беседы о дружбе, взаимопонимании, уважении к старшим. Коррекции агрессивного поведения детей с интеллектуальными нарушениями, по мнению педагогов и психолога школы-интерната № 12, во многом способствует участие учащихся в различных кружках (спортивных, танцевальном, песенном и т. д.). Однако данные кружки организованы только для учащихся

среднего и старшего школьного возраста. Младшие школьники занятия в кружках не посещают.

Психолог проводит с умственно отсталыми младшими школьниками занятия, которые включают упражнения на снятие эмоционального напряжения, на релаксацию. Однако специально на коррекцию агрессивного поведения эти занятия не направлены. Психолог также не использует в своей работе психодиагностические методики, направленные на выявление уровня и форм агрессивного поведения.

Ранее в штатном расписании школы была должность психоневролога, к которому педагоги могли обратиться за помощью, если у них возникали трудности в работе с умственно отсталыми детьми. Теперь эта единица исключена из штатного расписания.

Итак, можно сделать вывод, что комплексной работы по профилактике и коррекции агрессивного поведения в школе не проводится.

В качестве причин, стимулирующих возникновение агрессии, психолог и педагоги называли следующие:

- неблагополучная ситуация в семье;
- повышенная возбудимость детей;
- интеллектуальные нарушения;
- низкий уровень самоконтроля;
- отрицательное влияние классного коллектива, в котором агрессия считается нормой поведения;
- фрустрирующие ситуации (запреты, замечания педагогов);
- защита в ответ на «нападение».

Мы разделяем точку зрения педагогов и психолога, согласно которой агрессивное поведение детей с интеллектуальными нарушениями значительно отличается от агрессивного поведения нормально развивающихся детей. Это проявляется в следующем:

➤ У умственно отсталых детей не сформированы навыки самоконтроля. Поэтому если ребенок что-то задумал, то он обязательно должен достичь цели. Так, в драках эти дети часто не могут рассчитать силу удара, дерутся, не думая о последствиях («А я не знал, что могу сломать ему руку»).

➤ У многих младших школьников с интеллектуальными нарушениями завышенная самооценка. Они

часто грубят педагогам и младшему персоналу школы, срывают уроки.

➤ Умственно отсталые дети обычно не мстительны, быстро забывают нанесенные им обиды.

➤ Среди младших школьников с интеллектуальной недостаточностью есть дети, поведение которых характеризуется пассивностью, податливостью. Они не могут постоять за себя и ищут защиты у взрослых.

➤ В поведении детей с нарушениями интеллекта, по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками, чаще проявляются драки, угрозы, обвинения, ссоры, сквернословие, вспышки ярости.

По результатам бесед с педагогами и психологом специальной (коррекционной) школы-интерната № 12 можно сделать вывод, что умственно отсталые младшие школьники чаще, чем их нормально развивающиеся сверстники, используют свой деструктивный опыт для решения конфликтных ситуаций. Часто агрессивное поведение этих детей носит импульсивный характер, что обусловлено органическим поражением головного мозга. К причинам, стимулирующим возникновение агрессии, также следует отнести неблагоприятную ситуацию в семье, отрицательное влияние классного коллектива, несформированность навыков самоконтроля и т. д.

8. Анализ личных дел младших школьников с интеллектуальными нарушениями.

В результате анализа личных дел умственно отсталых учащихся нами было выявлено наличие практически у всех испытуемых неблагоприятной социальной ситуации в семье, нарушений детско-родительских отношений (неполные или многодетные семьи; алкоголизм и безработица родителей; жестокость в обращении с ребенком, брань в семье, эмоциональное отчуждение членов семьи и др.).

В педагогических характеристиках практически у всех детей есть указания на нарушение взаимоотношений со сверстниками. Дети часто вступают в конфликты с одноклассниками. Многие учащиеся нарушают дисциплину в школе, негативно реагируют на замечания педагогов.

У всех детей диагноз — умственная отсталость легкой степени.

Итак, результаты анализа личных дел младших школьников с интеллектуальными нарушениями подтверждают данные, полученные с помощью других методик. У всех агрессивных умственно отсталых детей нарушены взаимоотношения как с родителями, так и со сверстниками.

По результатам проведенных психодиагностических методик можно сделать вывод о том, что агрессивное поведение у младших школьников с нарушениями интеллекта имеет достаточную степень выраженности. Так, было установлено, что у шести из девяти учащихся имеется высокий уровень агрессивности как по отношению к взрослым, так и по отношению к сверстникам. Эти дети склонны к асоциальному поведению (прогулы уроков, срывы уроков, мелкое воровство). В поведении 2 испытуемых наблюдается неуправляемая, привычная агрессия, негативизм и враждебность, т. е. мы можем говорить об агрессивности этих детей как об устойчивом качестве личности. Отсутствие агрессии отмечается только у одного из девяти испытуемых.

Проведенное эмпирическое исследование показало, что агрессивное поведение умственно отсталых младших школьников возникает как реакция психологической защиты в трудных ситуациях. Часто агрессивное поведение детей носит импульсивный характер, т. е. сопровождается вспышками гнева, что обусловлено, как правило, органическими нарушениями, имеющимися у этих детей.

На основе данных, полученных в ходе исследования, мы выявили следующие виды агрессии, проявляющиеся в поведении младших школьников с нарушениями интеллекта:

- пассивная вербальная агрессия: ребенок ругается, прикрикивает;
- активная вербальная (скрытая) агрессия: злобный смех, насмешки;
- активная вербальная (прямая) агрессия: кричит, обзывается, ругает взрослых и детей;
- пассивная невербальная агрессия: плюется, царапается;
- активная невербальная (скрытая) агрессия: ставит подножки, толкается;

- активная невербальная (прямая) агрессия: бьет, кусает, толкает;
- активная невербальная (направленная на предметы) агрессия: повреждает предметы, громко хлопает дверью.

Наиболее часто у подавляющего большинства детей наблюдается активная вербальная (прямая) и активная невербальная (прямая) агрессия. Агрессивные действия умственно отсталых младших школьников направлены в большинстве случаев вовне, на окружающих. Активная невербальная (предметная) агрессия отмечается преимущественно при неконтролируемых вспышках гнева, ярости.

Проведенный анализ данных, полученных с помощью диагностических методик, показал, что на формирование агрессивности у младших школьников с нарушениями интеллекта могут оказывать влияние факторы как биологического, так и социального происхождения. Биологическими предпосылками агрессивности у умственно отсталых детей могут стать особенности развития нервной системы: импульсивность, раздражительность, вспыльчивость, склонность к аффектам, неумение сдерживать себя. Стойкое снижение познавательной деятельности детей, обусловленное органическим поражением головного мозга, также повышает риск возникновения агрессивных проявлений в поведении детей.

Однако влияние биологических факторов на развитие агрессивности опосредовано отношениями ребенка с окружающими его взрослыми и сверстниками. Проявления агрессивности в поведении умственно отсталых младших школьников являются следствием:

- неудовлетворенности ребенка содержанием общения с близкими взрослыми и сверстниками;
- низкого статуса ребенка в группе;
- неуспеха в совместной со сверстниками деятельности, обусловленного как трудностями операционного характера (неразвитость базовых социальных умений), так и изменениями мотивационной стороны деятельности (например, преобладание эгоистических мотивов общения);
- неудовлетворенной потребности в признании.

Практически у всех детей имеет место неблагоприятная социальная ситуация развития, нарушение детско-родительских отношений.

По результатам проведенного эмпирического исследования нами были намечены ориентиры для создания коррекционной программы. Оптимизация эмоциональных отношений агрессивного ребенка с родителями и сверстниками, развитие его коммуникативных способностей должны стать основными направлениями коррекционной работы, т. е. программа коррекции агрессивного поведения должна включать в себя как симптоматическую (работа с учащимися младших классов), так и каузальную (работа с родителями) формы коррекционной работы.

Задачи коррекционной работы с умственно отсталыми младшими школьниками, склонными к агрессивному поведению:

- снижение эмоционального напряжения;
- тренинг психомоторных функций;
- формирование у детей моральных представлений;
- развитие способности понимать эмоциональное состояние другого человека и умение адекватно выразить свое;
- коррекция эмоциональной сферы ребенка;
- коррекция поведения;
- обучение ауторелаксации.

В комплексе могут быть применены следующие методы, подкрепленные разнообразием организационных форм:

- беседы;
- ролевые игры, моделирующие правильное поведение в различных ситуациях;
- арттерапия;
- трудотерапия;
- игротерапия;
- релаксационный тренинг;
- поручения;
- методы, стимулирующие социально-нормативное поведение (поощрения, наказания) [32, 411].

Более подробно рассмотрим вышеуказанные методы.

1. Беседы. Во время беседы учитель предлагает детям вспомнить случаи, когда они были оскорбле-

ны, напуганы, унижены. Выясняет, что тогда случилось, почему это произошло, и думает вместе с детьми, что нужно было сделать, чтобы избежать подобных происшествий. Он выделяет и развивает мысль о том, что всегда нужно стремиться понять, почему так поступает другой человек, и лишь потом начинать действовать.

Особенно ценны профилактические беседы, которые проводятся с целью недопущения или нежелательного развития событий.

2. Ролевые игры. В них воспроизводятся реальные ситуации, которые уже были пережиты детьми, или ситуации, которые предположительно могут возникнуть в будущем. Главная цель — научить детей правильно вести себя, сформировать базовые социальные умения. В ситуациях, которые уже были и закончились агрессией, дети ищут способы мирного разрешения конфликта, показывают в игре, как можно было бы избежать недостойного поведения. Если воспроизводится ситуация, в которой ученик проявил неоправданную (завышенную, ненужную) агрессивность, обязательно нужно найти адекватное мирное разрешение конфликта.

И.П. Подласый предложил для разыгрывания следующие ситуации:

- сошлись два сердитых мальчика, один не хочет уступать другому. Что делать?
- плохое настроение у девочки, ее оскорбил мальчик — дергал за косички, развязал бант. Как поступить девочке?
- дети положили кнопку на стул учительнице. Она больно укололась и обиделась. Что делать учителю, как посоветуют дети?
- старший обижает младшего, тот плачет. Что посоветуют дети? [28, 299].

3. Арттерапия. Обеспечивает воздействие средствами искусства. Виды арттерапии — музыкотерапия, библиотерапия, изотерапия, имаготерапия.

Музыкотерапия способствует регуляции психоэмоционального состояния, повышению социальной активности, коррекции коммуникативных функций, а также облегчает усвоение новых положительных установок и форм поведения. Для работы с агрессивными

умственно отсталыми детьми педагог может использовать слушание музыки и ритмические движения под музыку.

Библиотерапия — метод воздействия на ребенка, вызывающий его переживания, чувства при помощи книг. Наиболее эффективно в работе с умственно отсталыми младшими школьниками использовать сказкотерапию. Сказка позволяет раздвигать рамки обычной жизни, сталкиваться со сложными явлениями и чувствами и в доступной форме постигать мир чувств и переживаний. Посредством сказочных образов, их действий ребенок может найти выход из различных сложных ситуаций, увидеть пути решения возникших конфликтов, усвоить моральные нормы и ценности [1, 178].

Изотерапия — лечебное воздействие, коррекция посредством изобразительной деятельности. Г.Ф. Кумарина отмечает, что в рисунках детей с агрессивным поведением поначалу преобладает «кровожадная» тематика. Постепенно содержание агрессивных сюжетов переводится в «мирное русло». Например, ребенку предлагают: «Мы нарисуем все, что ты хочешь, но сначала давай закрасим весь лист зеленой краской». Закрашенный определенной краской лист вызовет у ребенка уже другие ассоциации, что, возможно, позволит изменить его первоначальные намерения [13, 238].

Имаготерапия опирается на теоретическое положение об образе, а также о единстве личности и образа. Задачами имаготерапии являются: 1) укрепление и обогащение коммуникативных возможностей; 2) воспитание способности адекватно реагировать на возникновение неблагоприятных ситуаций; 3) воспитание волевых качеств, способностей к саморегуляции. Имаготерапию можно проводить в разных формах: драматизация народной, авторской сказки; театрализация специально составленного рассказа; переход рассказа в заранее запланированный педагогом диалог [1, 173].

4. Трудотерапия. Она имеет большое значение в коррекции агрессивного поведения детей с интеллектуальными нарушениями, т. к. трудовая деятельность снижает общую возбужденность и отвлекает

внимание ребенка от примитивных влечений и склонностей к агрессивным поступкам. Важную роль в развитии и укреплении качественно нового отношения умственно отсталых младших школьников к самим себе и к окружающим играет вовлечение их в систему общественно-полезной практической деятельности, приобщение к повседневному, постоянному труду (труд по самообслуживанию, труд в школьных мастерских и т. д.). Однако наиболее существенную роль труд играет тогда, когда он рассматривается с точки зрения коллективистского воспитания. Преодолевая эгоизм и агрессивность умственно отсталых младших школьников, коллектив, сплоченно действующий по выполнению значимых дел, естественно приводит детей к пониманию известного самоограничения, возможности поступиться своими желаниями [36, 72].

5. Игротерапия — это могут быть игры на развитие психомоторных функций и регулирование поведения в коллективе; игры, способствующие произвольному изменению мышечного тонуса и релаксации; упражнения и игры на воспроизведение отдельных черт характера с целью осознания детьми отрицательных черт своего характера и получения модели желаемого поведения.

Для коррекции агрессивного поведения педагог может использовать следующие игры: «Детский футбол», «Падающая башня», «По кочкам», «Штурм крепости» и т. д. [15, 106 — 113].

6. Релаксационный тренинг. Он способствует уменьшению гиперактивности, внутренней напряженности как предпосылок агрессивных актов. Релаксационный тренинг педагог может вводить в урок, использовать в специальных коррекционных занятиях. Л. Н. Кузнецова рекомендует использовать в работе такие упражнения, как «Зигфрид», «Квазимодо» [16, 26].

7. Поручения. Если учитель видит, что кому-то необходима помощь, он предлагает детям проявить чуткость: написать открытку, посетить этого ребенка или просто сделать что-нибудь приятное. Агрессивность некоторых детей учитель должен ослаблять, поручая им заботиться о домашних животных.

Кроме того, поручения способствуют повышению статуса ребенка в коллективе. Например, несмотря на постоянное нежелательное поведение, на ребенка возлагается ответственное поручение (помочь учителю приготовить пособия к уроку или провести физминутку на уроке). Повышение статуса закономерно вынуждает школьника изменить свое поведение.

8. Методы, стимулирующие социально-нормативное поведение (поощрения и наказания). Очень важно установить обратную связь с ребенком в виде реакций (позитивных) на его поведение. Дети поощряются или вознаграждаются за желательное и адекватное поведение. Напротив, положительное подкрепление отсутствует, если дети обращаются к неприемлемым моделям поведения. Наказывать же ребенка с агрессивным поведением можно только тогда, когда у педагога сложились с ним доверительные отношения [13, 249].

Необходимо отметить, что применение коррекционных методов полностью зависит от характера тех причин, которые обусловили агрессивное поведение. Выбор методов коррекции происходит с учетом конкретного случая и конкретного ребенка. При этом педагогу необходимо:

- знать особенности структуры дефекта, различать проявления, связанные с первичным нарушением и вторичными отклонениями;
- учитывать индивидуально-личностные особенности учеников;
- ориентироваться на возрастные особенности.

При коррекции агрессивного поведения младших школьников с нарушениями интеллекта необходимо использовать следующие педагогические принципы:

- доверие к личности ребенка;
- пример и авторитет педагога в отношении к детям;
- единство требований к учащимся со стороны всех работников школы, а также со стороны родителей;
- создание охранительного лечебно-педагогического режима во вспомогательной школе: четкая сме-

на различных видов деятельности учащихся на протяжении дня с учетом их работоспособности, своевременное проведение мероприятий.

Если работа педагога по коррекции агрессивного поведения младших школьников будет комплексной, последовательной, посильной и постепенно усложняющейся, это позволит снизить имеющийся у детей уровень агрессии.

Программа по коррекции агрессивного поведения должна включать в себя и работу с родителями. Необходимо подготовить родителей к адекватному восприятию агрессивных реакций ребенка, подсказать им, что необходимо добиваться дисциплины без применения слишком суровых наказаний. Можно рекомендовать родителям использовать следующие принципы общения с агрессивными детьми:

- помнить, что запрет и повышение голоса — самые неэффективные способы преодоления агрессивности. Лишь поняв причины агрессивного поведения и нивелируя их, можно надеяться, что агрессивность ребенка будет снята;
- дайте ребенку возможность выплеснуть свою агрессию, сместите ее на другие объекты. Разрешите ему поколотить подушку или разорвать «портрет» его врага, и вы увидите, что в реальной жизни агрессивность в данный момент снизилась;
- показывайте ребенку личный пример эффективного поведения, не допускайте при нем вспышек гнева;
- пусть ваш ребенок в каждый момент времени чувствует, что вы его любите, цените и принимаете. Не стесняйтесь лишний раз его приласкать или пожать. Пусть он видит, что нужен и важен для вас [12, 131].

Описанные выше подходы к разработке системы коррекционной работы с агрессивными младшими школьниками, имеющими интеллектуальные нарушения, позволяют уменьшить частоту агрессивных проявлений в поведении этих детей, а также сформировать у них умение конструктивно выходить из конфликтных ситуаций собственными силами.

Литература

- Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании / Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. М.: Академия, 2001. 247 с.
- Берковиц Л. Агрессия. Причины, последствия и контроль. СПб.: Еврознак, 2002. 512 с.
- Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения. М.: Педагогика, 1990. 140 с.
- Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 1998. 336 с.
- Бютнер К. Жить с агрессивными детьми. М.: Педагогика, 1991. 141 с.
- Вачков И. Как работать с агрессией // Школьный психолог. 2001. № 18. С. 9.
- Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Яллаева Н.В. Основы коррекционной педагогики. М.: Академия, 1999. 279 с.
- Гутенбюль А. Зловещее очарование насилия. Профилактика детской агрессивности и жестокости и борьба с ними. СПб.: Академический проект, 2000. 222 с.
- Дубинко Н.А. Влияние когнитивных процессов на проявление агрессивности // Вопросы психологии. 2000. № 1. С. 53 – 57.
- Истратова О.Н. Диагностика и коррекция агрессивности у детей дошкольного возраста: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психолог. наук. Ростов-н/Д.: 1998. 22 с.
- Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков. М.: Академия, 2000. 304 с.
- Клюева Н.В., Касаткина Ю.В. Учим детей общению. Ярославль: Академия развития, 1997. 240 с.
- Коррекционная педагогика в начальном образовании / Под ред. Г.Ф. Кумариной. М.: Академия, 2001. 314 с.
- Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Эмоциональная устойчивость школьника. М.: Знание, 1998. 80 с.
- Кряжева Н.Л. Развитие эмоционального мира детей. Ярославль: Академия развития, 1996. 208 с.
- Кузнецова Л.Н. Психолого-педагогическая коррекция детской агрессивности // Начальная школа. 1999. № 3. С. 24 – 26.
- Лебедева Л.Д. Арттерапия детской агрессивности // Начальная школа. 2001. № 2. С. 26 – 28.
- Левитов Н.Д. Вопросы психологии характера. М.: Педагогика, 1983. 43 с.
- Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. М.: ООО Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1999. 416 с.

- Махова В.М. Изучение личностных свойств и особенностей эмоционального реагирования детей с интеллектуальной недостаточностью в период их адаптации к школе // Дефектология. 2000. № 6. С. 9—14.
- Миловидова Т.Б., Анисимов В.К. Медико-психолого-педагогическая профилактика и коррекция отклоняющегося поведения детей и подростков. Владимир: 1996. 50 с.
- Нравственность, агрессия, справедливость // Вопросы психологии, 1992. № 1. С. 84—97.
- Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе. М.: Сфера, 1996. 240 с.
- Осницкий А.К. Психологический анализ агрессивных проявлений учащихся // Вопросы психологии. 1994. № 3. С. 61—68.
- Отклоняющееся поведение молодежи: Краткий словарь — справочник / Под ред. В.А. Попова. Владимир: Изд-во ВГПУ, 1994. 144 с.
- Памфилова М.А. Графическая методика «Кактус» // Обруч. 2000. № 5. С. 12—13.
- Петров В.Г. Психологические особенности агрессивного поведения и пути его коррекции: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. Иркутск: 1999. 23 с.
- Подласый И.П. Курс лекций по коррекционной педагогике. М.: Владос, 2002. 352 с.
- Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мецгерякова. М.: Педагогика-Пресс, 1996. 440 с.
- Рабочая книга школьного психолога / Под ред. И.В. Дубровиной. М.: Просвещение, 1991. 303 с.
- Раттер М. Помощь трудным детям. М.: Прогресс, 1987. 420 с.
- Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. М.: Владос, 1995. 529 с.
- Рояк А.А. Психологический конфликт и особенности индивидуального развития личности ребенка. М.: Педагогика, 1988. 177 с.
- Румянцева Т.Г. Понятие агрессивности // Вопросы психологии. 1991. № 1. С. 81—87.
- Рыбакова М.М. Конфликт и взаимодействие в педагогическом процессе. М.: Просвещение, 1991. 127 с.
- Семенюк А. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М.: Ин-т практ. психологии, 1996. 96 с.
- Смирнова Е.О., Хузеева Г.Р. Психологические особенности и варианты детской агрессивности // Вопросы психологии. 2002. № 1. С. 17—25.
- Степанов С. Три источника и три составные части науки о враждебности // Школьный психолог. 2001. № 18. С. 2—3.

- Фургор Г. Детская агрессивность // Начальная школа. 1998. № 11 – 12. С. 32 – 37.
- Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. В 2 т. М.: Апрель Пресс. ЭКСМО-Пресс, 1999.
- Фрейд А. Психопатология детства. М.: Nota bene, 2000. 223 с.
- Фрейд З. Введение в психоанализ. СПб.: Питер, 2001. 381 с.
- Фрейд З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1990. 447 с.
- Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: АСТ – ЛТД, 1998. 672 с.
- Фурманов И.А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск: Ильин В.П., 1996. 192 с.
- Худик В.А. Психологическая диагностика детского развития: Методы исследования. Киев: Освита, 1992. 220 с.
- Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер: 2001. 608 с.

Вопросы и задания

1. Раскройте содержание понятий «агрессия», «агрессивность», «жестокость».
2. Может ли агрессия носить конструктивный характер? Нужна ли она для развития человека?
3. Какие Вы знаете формы и виды агрессии?
4. Возможна ли агрессия без агрессивности? Приведите доказательства.
5. Каковы особенности агрессии в дошкольном, младшем школьном, подростковом возрасте?
6. Как, по вашему мнению, отличаются границы нормативного и агрессивного поведения среди здоровых детей и детей с нарушениями развития?
7. Какие формы агрессии проявляются чаще в поведении детей с нарушениями интеллекта по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками? Меняются ли во времени (5 – 10 лет) эти показатели?
8. Какие меры коррекции агрессивного поведения умственно отсталых детей Вы считаете наиболее результативными?

Темы для докладов и рефератов

1. Агрессивные проявления у дошкольников (младших школьников, подростков) с интеллектуальными нарушениями.

2. Коррекция агрессивного поведения умственно отсталых детей средствами семейного воспитания.
3. Диагностика агрессивности у детей с нарушениями развития.
4. Система работы специальной (коррекционной) школы по профилактике и коррекции агрессивного поведения учащихся.
5. Агрессивные фантазии детей с особыми потребностями.

Раздел 4

МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ КАК СРЕДСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

4.1 Психотерапия как средство психологической коррекции агрессивного поведения детей с нарушением интеллекта

В настоящее время интерес к психотерапии значительно вырос. Все чаще стали выходить в свет книги, посвященные вопросам психотерапии [4, с. 4]. Однако разнообразие направлений и течений, школ и конкретных методов психотерапии, основанных на различных теоретических подходах, приводит к тому, что единого определения психотерапии не существует. В литературе их насчитывается около 400. Одни из них четко относят психотерапию к медицине, другие акцентируют внимание на психологических аспектах. Отечественный подход состоит в том, что психотерапия определяется, прежде всего, как метод лечения, т. е. входит в компетенцию медицины. Зарубежные определения психотерапии в большей степени подчеркивают ее психологические аспекты [34, с. 14].

В качестве примера медицинского подхода к пониманию психотерапии можно привести следующие ее определения, которые обязательно включают такие

понятия, как лечебные воздействия, больной, здоровье или болезнь.

Психотерапия —

- «система лечебных воздействий на психику и через психику — на организм человека»;
- «специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья»;
- «процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющий лечение и воспитание» [34, с. 14].

В качестве определений, в большей степени фиксирующих психологические подходы и включающих такие понятия, как межличностное взаимодействие, психологические средства, психологические проблемы и конфликты, отношения, установки, эмоции, поведение, можно указать следующие:

Психотерапия —

- «особый вид межличностного взаимодействия, при котором пациентам оказывается профессиональная помощь психологическими средствами при решении возникающих у них проблем и затруднений психологического характера»;
- «средство, использующее вербальные методики и межличностные взаимоотношения с целью помочь человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными»;
- «длительное межличностное взаимодействие между двумя или более людьми, один из которых специализировался по коррекции человеческих взаимоотношений»;
- «персонализированная техника, которая представляет собой нечто среднее между техникой планируемых изменений отношений, чувств и поведения человека и познавательным процессом, который, в отличие от любого другого, ставит человека лицом к лицу с его внутренними конфликтами и противоречиями» [34, с. 15].

Обращает на себя внимание то, что в определениях, которые условно можно назвать медицинскими, психотерапия рассматривается как форма воздействия на психику (и через психику — на организм), т. е. под-

черкивается объект воздействия. Психологический же подход акцентирует внимание не столько на объекте или предмете, сколько на средствах воздействия. И одна, и другая позиции являются объяснимыми. С одной стороны, психотерапия дословно означает лечение души (от греч. *psyche* — душа, *therapia* — лечение), т. е. указывает на объект воздействия. С другой стороны, сходные по образованию термины — физиотерапия, фармакотерапия и прочие — указывают не на объект, а на средства воздействия: фармакотерапия — лечение медикаментозными средствами и т. д. Что является более адекватным и правильным, сказать трудно. Можно надеяться, что процесс развития психотерапии как научной дисциплины внесет когда-нибудь большую определенность и в сам этот термин [34, с. 14].

История психотерапии берет свое начало в глубине тысячелетий. Как способ целебного воздействия психотерапию, несомненно, использовали самые первые врачи и самые первые в истории человечества священнослужители. А если говорить о психотерапии как о специальности, то особый интерес вызывает точка зрения известного американского психотерапевта Э.Л. Росси (1998). Автор выделяет пять элементов в развитии психотерапии. Первый из них, спиритический, или шаманский, был единственным более 200 лет назад. И он уходил в глубины тысячелетий. Его дополнил ранний гипноз, наиболее яркий представитель которого венский врач Антон Месмер и признается большинством специалистов родоначальником современной психотерапии. Два следующих этапа связаны с анализом Зигмунда Фрейда и синтезом Карла Юнга. Пятый этап автор связывает с современной недирективной психотерапией и вкладом Милтона Эриксона. Следующий, наступающий этап развития мировой психотерапии связан с синтетическими, эклектическими обобщениями различных методов психотерапии. Наступающий этап характеризуется также развитием современной психотерапии в большинстве стран мира и ее обогащением культурой этих стран [27, с. 32].

В большинстве стран развиваются две модели психотерапии. По первой модели психотерапия является

врачебной специальностью и к занятию ею допускается также некоторое число психологов. По второй модели психотерапия — самостоятельная гуманитарная профессия, заниматься которой могут специалисты, получившие специальную подготовку.

В первой модели психотерапия несет на себе явный отпечаток естественно-научной дисциплины. Тогда как сторонники второй разделяют представления Л.Ф. Бурлачука (1999), согласно которым психотерапевтическое знание имеет специфический статус — оно не концептуально, а метафорично. Концептуальное знание прежде всего имеет объяснительную функцию. К нему применим принцип ложности — истинности, а также верифицируемости знания. Психотерапевтические знания метафоричны. Они как хорошая сказка ребенку, помогают взрослому человеку осмыслить мир, себя в нем. Психотерапевтические подходы не оцениваются с точки зрения «объективных» концептуальных позиций. Они содержат живой дух метафоры. А это значит, что психотерапия, понятая как метафора, содержит одно важное измерение — духовность.

Итак, психотерапия — это процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение поставленной цели — гармонии с собой и миром в настоящем. Гармония с собой и миром в настоящем может быть получена в случае полной самореализации, покоя, достижения счастья. Ее можно сформулировать и как высвобождение потенциала человека, самоактуализации и позитивной самореализации, достижения аутентичности, подлинной человеческой вечности. Такое краткое и вместе с тем широкое понимание психотерапии может обеспечить ее развитие в различных направлениях.

Психотерапия в настоящее время используется для лечения разнообразных заболеваний. Все чаще стали применять различные методы психотерапии для лечения лиц с нарушением интеллекта. Известно, что нарушение познавательной деятельности детей с нарушением интеллекта значительно затрудняет правильное самостоятельное обобщение ребенком тех поведенческих действий, которые в дальнейшем трансформируются в убеждения, регулирующие поведение. Поэтому такие дети часто не могут разобраться в ситуации, осознать

причинно-следственные связи между поступком и его результатом, установить смысл действия другого лица. Все это приводит к нарушению поведения умственно отсталых детей, проявлению агрессии по отношению к окружающим взрослым и сверстникам. Для преодоления отклонений в поведении таких детей специалисты выявили положительное влияние психотерапии, которая позволяет воздействовать на психику детей с нарушением интеллекта (словом, мимикой, при помощи различных методов, специально организованной среды), а через нее и на весь организм ребенка с целью лечения и профилактики имеющихся заболеваний, развития здоровья. Осуществляя психокоррекционное воздействие на детей с нарушением интеллекта, необходимо учитывать наличие в этиопатогенезе взаимосвязи трех факторов (биологического, психологического и социального), которые обуславливают выбор соответствующего метода психотерапии. Следует отметить, что чем больше удельный вес психологического фактора в этиопатогенезе заболевания, тем большее место занимает психотерапия в системе лечебных воздействий. Безусловно, что в каждом конкретном случае выбор методов психотерапии определяется не только нозологической принадлежностью, но и индивидуально-психологическими особенностями ребенка с проблемами в развитии, его мотивацией к участию в психотерапевтической работе.

■ 4.2. Анализ методов психотерапии как средства психокоррекции агрессивного поведения детей с нарушением интеллекта

Сущность и предназначение арт-терапии

Внутренний мир ребенка с интеллектуальными проблемами сложен. Как помочь таким детям увидеть, услышать, почувствовать все многообразие окружающей среды? Как помочь им познать свое «Я», раскрыть его и войти в мир взрослых, полноценно существовать и взаимодействовать в нем?

Средством, способным решить все эти задачи, является искусство. Искусство, являясь формой художественно-эстетического освоения мира, играет существенную роль в формировании художественной культуры ребенка с проблемами в развитии. Оно включает в себя художественно-эстетические, гуманистические, познавательные, нравственные ценности и воздействует на духовное становление личности. В работе с детьми, имеющими нарушение интеллекта, искусство не только используется как средство их художественного развития и формирования художественной культуры, но и оказывает лечебное воздействие, является способом профилактики и коррекции отклонений в развитии.

В последние годы во всем мире проблеме коррекции отклоняющегося развития детей с ограниченными возможностями здоровья средствами изобразительного искусства уделяется большое внимание. Искусство более, чем любая другая область общественной жизни, может оказывать положительное влияние на развитие личности ребенка с любой степенью ограничений здоровья. На этом факте основано лечение средствами искусства — арт-терапия.

Арт-терапия возникла в 30-е гг. XX в. Первый урок применения арт-терапии относится к попыткам коррекции эмоционально-личностных проблем детей, эмигрировавших в США из Германии во время второй мировой войны.

Первые попытки использовать арт-терапию для коррекции трудности личностного развития относятся к 30-м гг. прошлого столетия, когда арттерапевтические методы были применены в работе с детьми, испытывавшими стресс в фашистских лагерях и вывезенными в США. С тех пор арт-терапия получила широкое распространение и используется как самостоятельный метод и как метод, дополняющий другие техники.

Термин «арттерапия» (буквально: терапия искусством) ввел в употребление Адриан Хилл (1938) при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. Это словосочетание использовалось по отношению ко всем видам занятия искусством, которые проводились в больницах и центрах психического здоровья.

Это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительном, и творческой деятельности.

Первоначально арт-терапия возникла в контексте теоретических идей З. Фрейда и К.Г. Юнга, а в дальнейшем приобретала более широкую концептуальную базу, включая гуманистические модели развития личности К. Роджерса (1951) и А. Маслоу (1956) [31, с. 160].

Сущность арт-терапии состоит в терапевтическом и коррекционном воздействии искусства на субъект и проявляется в реконструировании психотравмирующей ситуации с помощью художественно-творческой деятельности, выведении переживаний, связанных с ней, во внешнюю форму через продукт художественной деятельности, а также создании новых позитивных переживаний, рождении креативных (художественно-творческих) потребностей и способов их удовлетворения [2, с. 26].

Благодаря такому терапевтическому и коррекционному воздействию арт-терапия достаточно успешно применяется при коррекции агрессивного поведения у детей с нарушением интеллекта, она дает детям возможность выразить свои переживания и эмоции через творческую деятельность, т. к. часто они не могут выразить все, что чувствуют, с помощью слов. Анализируя продукты творческой деятельности этих детей, взрослый определяет, какой вид помощи необходимо оказать ребенку, чтобы помочь ему избавиться от негативных переживаний, выплеснуть свои эмоции, не навредив окружающим. Освобождаясь от агрессии, ребенок прежде всего начинает понимать себя, учиться строить отношения с окружающими.

Арт-терапия может использоваться как в виде основного метода, так и в качестве одного из вспомогательных методов коррекции.

Выделяют два основных механизма психологического коррекционного воздействия, характерных для метода арт-терапии.

Первый механизм состоит в том, что искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переструктурирование

этой ситуации на основе креативных способностей субъекта.

Второй механизм связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л.С. Выготский, 1987) [31, с. 162].

Цели арт-терапии при коррекции агрессивного поведения умственно отсталых младшеклассников

➤ Дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам (работа над рисунками, картинами, скульптурами является безопасным способом выпустить «пар» и разрядить напряжение).

➤ Облегчить процесс лечения. Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции. Невербальное общение легче ускользает от цензуры сознания.

➤ Получить материал для интерпретации и диагностических заключений. Продукты художественного творчества относительно долговечны. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о ребенке, которая может помочь в интерпретации его произведений.

➤ Проработать мысли и чувства, которые ребенок привык подавлять. Иногда невербальные средства для детей с нарушением интеллекта являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.

➤ Наладить отношения между психологом и ребенком. Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

➤ Развить чувство внутреннего контроля. Работа над рисунками, картинами или лепка предусматривают упорядочивание цвета и форм.

➤ Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах. Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

➤ Развить художественные способности и повысить самооценку.

Основные функции арт-терапии:

- катарсическая (очищающая, освобождающая от негативных состояний);
- регулятивная (снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния);
- коммуникативно-рефлексивная (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки);
- основной целью арт-терапии (основываясь на коррекционно-личностном и деятельностном подходах в развитии) является гармоничное развитие ребенка с проблемами; расширение возможностей его социальной адаптации посредством искусства, участия в общественной и культурной деятельности в микро- и макросреде [2, с. 28].

В качестве материалов на занятиях по арт-терапии используются краски, глина, клей, мел. Арт-терапия используется как в индивидуальной, так и в групповой форме. Во время творческого самовыражения в ходе проведения арт-терапии возможно взрывное высвобождение сильных эмоций. Если при этом отсутствует твердый и опытный руководитель, то некоторые члены группы или индивиды могут оказаться буквально раздавленными собственными чувствами. Поэтому предъявляются особые требования к подготовке психолога, работающего в технике арт-терапии.

Существует две формы арт-терапии: пассивная и активная.

При пассивной форме ребенок «потребляет» художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривает картины, читает книги, прослушивает музыкальные произведения.

При активной форме арт-терапии ребенок сам создает продукты творчества: рисунки, скульптуры и т. д.

Занятия по арт-терапии могут быть структурированными и неструктурированными.

При структурированных занятиях тема жестко задается, и материал предлагается психологом. Как правило, по окончании занятий обсуждаются тема, манера исполнения и др.

При неструктурированных занятиях дети самостоятельно выбирают тему для освещения, материал, инструменты.

Существуют различные варианты использования метода арт-терапии:

- использование уже существующих произведений искусства через их анализ и интерпретацию детьми;
- побуждение детей к самостоятельному творчеству;
- использование имеющегося произведения искусства и самостоятельное творчество детей;
- творчество самого психолога (лепка, рисование и др.), направленное на установление взаимодействия с детьми.

Следует отметить, что занятия по арт-терапии имеют принципиальные отличия от учебных уроков рисования. Так, О.А. Карабанова выделяет следующие отличия: первое связано с целями и задачами рисуночной терапии: арт-терапия — это самовыражение в рисунке и моделирование конфликтной ситуации, а на уроках рисования — овладение средствами и техниками изображения. Второе отличие касается продуктов изобразительной деятельности: в терапии изобразительной деятельностью качество рисунка не выступает важным критерием его оценки (рисунок обладает собственной ценностью, связанной с последовательностью этапов разрешения личностных проблем ребенка). На учебных занятиях основным при анализе рисунка является мера и качество овладения ребенком системой изобразительных средств. Третье отличие состоит в различии функций взрослого в учебном и терапевтическом рисовании. На учебных занятиях эти функции сводятся к передаче ребенку новых способов и средств изображения и организации процесса их усвоения ребенком. В арт-терапии взрослый помогает детям осознать и разрешить проблемную ситуацию, внешне ее выразить в рисунке и определить выход из нее [2, с. 176].

Проводя специальные занятия по арт-терапии, направленные на коррекцию агрессивного поведения, детям с нарушением интеллекта предлагаются различные задания. О.А. Карабанова выделяет *пять типов заданий*, используемых в практике проведения рисуночной терапии при коррекции агрессивного поведения: предметно-тематический тип; образно-тематический; упражнения на развитие образного восприятия, воображения, символической функции; игры-упражнения с изобразительными материалами; задания на совместную деятельность.

Предметно-тематический тип — основой изображения является человек и его взаимодействие с окружающим предметным миром и людьми. Темы рисования могут быть свободными или заданными — «Моя семья», «Мое любимое занятие», «Я дома», «Кем я стану» и др.

Образно-символический тип — в основе которого рисование, связанное с нравственно-психологическим анализом абстрактных понятий «Добро», «Зло», «Счастье» в виде образов, созданных воображением ребенка, а также изображением эмоциональных состояний и чувств — «Радость», «Гнев», «Удивление».

Упражнения на развитие образного восприятия, воображения и символической функции — задания, основанные на принципе проекции, — «Волшебные пятна», а также воспроизведение в изображении целостного объекта и его осмысление — «Рисование по точкам».

Игры-упражнения с изобразительными материалами (красками, карандашами, бумагой, пластилином, мелками и т. д.), изучение их физических свойств и экспрессивных возможностей — «Рисование пальцами», экспериментирование с цветом, пластилином, тестом (создание простейших форм и их разрушение по типу игр «разрушение-строительство»).

Задания на совместную деятельность — могут включать задания всех четырех указанных выше видов, коллективное рисование, направленное на коррекцию проблем общения со сверстниками, улучшение детско-родительских отношений.

Активная деятельность и творчество способствуют расслаблению, снятию напряженности у детей. Допол-

нительные возможности самовыражения и новые навыки способствуют ликвидации негативного отношения к арттерапевтическим занятиям и страха перед ними. Для изменения и повышения самооценки большую роль играют постоянный интерес и положительная оценка со стороны арт-терапевта других детей. Вновь приобретенные способы самовыражения, положительные эмоции, возникающие в процессе творчества, снижают агрессивность, повышают самооценку («Я не хуже других»). Эмоциональная заинтересованность активизирует ребенка и открывает путь для более эффективного коррекционного воздействия.

Основная цель арт-терапии состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка через искусство, а также в развитии способностей к конструктивным действиям с учетом реальности окружающего мира. Отсюда вытекает важнейший принцип арт-терапии — одобрение и принятие всех продуктов творческой изобразительной деятельности независимо от их содержания, формы и качества.

Помимо коррекции агрессивного поведения у детей с нарушением интеллекта, показаниями для проведения арт-терапии как рисуночной терапии являются: трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, импульсивность эмоциональных реакций, переживания эмоционального отвержения, чувство одиночества, наличие конфликтов в межличностных отношениях, неудовлетворенность в семейной ситуации, ревность, повышенная тревожность, страхи, фобические реакции, негативная «Я-концепция», дисгармоничная, искаженная самооценка, низкая степень самопринятия.

Применение арттерапевтических методов незаметно в случаях тяжелых эмоциональных нарушений, коммуникативной некомпетентности, а также при низком уровне развития мотивации к деятельности. В случае трудностей общения: замкнутости или излишней стеснительности, арт-терапия позволяет объединить детей в группу при сохранении индивидуального характера их деятельности и облегчить процесс их коммуникации, опосредовать ее общим творческим процессом и его продуктом.

Арттерапевтический метод позволяет психологу как нельзя лучше объединить индивидуальный подход к ребенку и групповую форму работы. Как правило, арттерапевтические методы присутствуют в любой программе коррекции, дополняя и обогащая развивающие возможности игры.

Процесс создания любого творческого продукта базируется на таких психологических функциях, как активное восприятие, продуктивное воображение, фантазия и символизация.

Применение арттерапевтических методов при коррекции агрессивного поведения умственно отсталых детей позволяет получить следующие позитивные результаты:

1. Обеспечивает эффективное эмоциональное отреагирование, придает ему (даже в случае агрессивного проявления) социально приемлемые, допустимые формы.
2. Облегчает процесс коммуникации для замкнутых, стеснительных или слабоориентированных на общение детей.
3. Дает возможность невербального контакта (опосредованного продуктом арт-терапии), способствует преодолению коммуникативных барьеров и психологических защит.
4. Создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции. Эти условия обеспечиваются за счет того, что изобразительная деятельность требует планирования и регуляции работы на пути достижения целей.
5. Оказывает дополнительное влияние на осознание ребенком своих чувств, переживаний и эмоциональных состояний, создает предпосылки для регуляции эмоциональных состояний и реакций.
6. Существенно повышает личностную ценность, содействует формированию позитивной «Я-концепции» и повышению уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта, созданного клиентом.

Таким образом, арт-терапия открывает перед детьми с нарушением интеллектуального развития широкие возможности для игры, выражения эмоций, обще-

ния, рефлексии, творчества. Применение арт-терапии дает положительные результаты в коррекционной работе с этими детьми, позволяет направлять их художественную деятельность таким образом, чтобы она оказывала благотворное влияние на развитие их личности.

Игровая психотерапия

Идеология игровой терапии основывается не на догадках, не на пробах и ошибках, не на идее, вдруг осенившей психотерапевта. Игровая терапия — это хорошо продуманный, состоятельный в философском плане, основанный на принципах развития и подтвержденный исследованиями подход, позволяющий помочь детям справляться со своими проблемами и преодолевать их.

Игровая терапия — психотерапевтический метод, основанный на принципах динамики психического развития и направленный на облегчение эмоционального стресса у детей с помощью разнообразных выразительных и дающих пищу воображению игровых материалов.

Давно признано, что игра занимает значительное место в жизни ребенка. Еще в XVIII в. Жан-Жак Руссо очень верно подметил: для того чтобы узнать и понять ребенка, необходимо понаблюдать за его игрой. В отличие от взрослых, для которых естественным средством общения является язык, для ребенка естественное средство общения — это игровая деятельность.

О первостепенном значении игры для естественного развития ребенка свидетельствует тот факт, что Организация Объединенных Наций провозгласила игру универсальным и неотъемлемым правом ребенка. Игра — это единственная деятельность ребенка, имеющая место во все времена и у всех народов. Детей не надо учить играть; не надо заставлять их играть. Дети играют спонтанно, охотно, с удовольствием, не преследуя никаких определенных целей. Для того, чтобы легче было принять детскую игру, некоторые взрослые пытаются найти в ней особый смысл, называя ее работой. Стремясь ускорить процесс превращения

ребенка во взрослого, многие взрослые не выносят, «когда ребенок теряет время на игру». Им кажется, что ребенок должен упорно работать, чтобы достичь какой-то цели, которая ему, взрослому, кажется достижимой. К сожалению, во многих работах игра определяется как работа ребенка [24, с. 18]. По-видимому, это попытка хоть каким-то образом «узаконить» игру, показать, что игра может быть важной только тогда, когда она совпадает с тем, что считается важным в мире взрослых. Точно так же, как детство имеет свой внутренний смысл и не является просто подготовкой ко взрослости, точно так же игра имеет свою внутреннюю ценность и важна независимо от того, к каким последствиям она может привести. В отличие от работы, которая имеет определенную цель и направлена на выполнение какого-то определенного задания путем приспособления к требованиям непосредственного окружения, игра внутренне сложна, не зависит от поощрений извне и приводит внешний мир в соответствие с имеющимися у ребенка представлениями.

Хотя Зигмунд Фрейд очень мало работал с детьми, но замечательно понимал значение детской игры. Он писал: «Нам следует искать в ребенке первые следы воображения. Самая любимая и всепоглощающая деятельность ребенка — это игра. Возможно, мы можем сказать, что в игре каждый ребенок подобен писателю: он создает свой собственный мир, или, иначе, он устраивает этот мир так, как ему больше нравится. Было бы неверно сказать, что он не принимает свой мир всерьез; напротив, он относится к игре очень серьезно и щедро вкладывает в нее свои эмоции» [24, с. 18].

Игру детей можно оценить более полно, если признать, что она является для них средством коммуникации. Дети более полно и более непосредственно выражают себя в спонтанной, инициированной ими сами игре, чем в словах, поскольку в игре они чувствуют себя более удобно. Для детей «отыграть» свой опыт и чувства — наиболее естественная динамическая и оздоровляющая деятельность, которой они могут заниматься. Игра — это средство обмена информацией, и требовать от ребенка, чтобы он говорил — значит автоматически воздвигать барьер в терапевтических от-

ношениях, накладывая ограничения, которые фактически говорят ребенку: «Ты должен подняться на мой уровень общения и использовать для этого слова». Терапевт несет ответственность за то, чтобы спуститься на уровень ребенка и общаться с ним при помощи тех средств, которые удобны ребенку.

Рабочая система терапевтических отношений с умственно отсталым ребенком лучше всего создается в игре, и отношения эти являются краеугольным камнем той деятельности, которую называют психотерапией. Игра дает средства для разрешения конфликтов и передачи чувств. «Игрушки вооружают ребенка подходящими средствами, поскольку они, вне всякого сомнения, являются той средой, в которой может осуществляться самовыражение ребенка... В свободной игре он может выразить то, что ему хочется сделать... Когда он играет свободно, а не по чьей-то указке, он совершает целый ряд независимых действий. Он высвобождает чувства и установки, которые настойчиво стремились вырваться на свободу» [24, с. 22].

Чувства и установки, которые ребенок с нарушением интеллекта, возможно, боится выразить открыто, можно, ничего не опасаясь, спроецировать на выбранную по собственному усмотрению игрушку. Вместо того, чтобы выражать чувства и мысли в словах, ребенок может закопать в песок или застрелить дракона, или отшлепать куклу, замещающую маленького братика.

Чувства умственно отсталого ребенка часто невозможно выразить вербально. На этом уровне развития у него не хватает когнитивных, вербальных средств для выражения того, что он чувствует; в эмоциональном плане он не может настолько сосредоточиться на интенсивности своих переживаний, чтобы можно было их адекватно выразить в словах. Мир ребенка — это мир конкретных вещей, и так к нему и следует подходить, если мы хотим установить контакт с ребенком. Игра — это конкретное самовыражение ребенка и способ его приспособления к собственному миру. Большинство умственно отсталых детей сталкиваются в жизни с проблемами, которые кажутся неразрешимыми. Но проигрывая их так, как им хочется, дети могут научиться постепенно справляться в ними.

Игра в терапевтическом процессе

Игра — это произвольная, внутренне мотивированная деятельность, предусматривающая гибкость в решении вопросов о том, как использовать тот или иной предмет. Ребенок с нарушением интеллекта испытывает удовольствие от процесса игры; ее результат не так важен.

В игре физические, умственные, эмоциональные качества ребенка включаются в творческий процесс, и ему могут потребоваться социальные взаимодействия. Таким образом, когда ребенок играет, можно сказать, что он присутствует в этом целиком. Термин «игровая терапия» предполагает наличие некоторой деятельности, которую можно считать игрой. Игровая терапия определяется как динамическая система межличностных отношений между ребенком с нарушением интеллекта и терапевтом, обученным процедурам игровой терапии, который обеспечивает ребенка игровым материалом и облегчает построение безопасных отношений для того, чтобы ребенок мог наиболее полно выразить и исследовать собственное Я (чувства, мысли, переживания и поступки) с помощью игры — естественного для ребенка средства коммуникации.

Игровая терапия, безусловно, представляет собой трудную психотерапевтическую работу, облаченную в форму игры. Поскольку дети ведут себя и думают иначе, чем взрослые, метод работы с ними должен учитывать эту особенность.

Немногие умственно отсталые дети с готовностью соглашались, что «имеют проблемы», даже если их родители сходят с ума от того, что детей мучают ночные кошмары, страхи, или от агрессивного поведения своих любимых чад. Обращение к детскому психотерапевту, как правило, — инициатива взрослых. Но в кабинете психотерапевта даже те немногие из детей, которые с самого начала могли признаться в своих страхах и несчастьях, в большинстве случаев не могут вести дискуссию о своих проблемах с кем-то из незнакомых взрослых.

Даже взрослым бывает трудно искать помощь и обсуждать свои серьезные эмоциональные проблемы с психотерапевтом, насколько же это тяжело для де-

тей! К счастью, выручают методы игровой психотерапии, отвлекая ребенка, давая начальную «приманку» для вовлечения его в лечебную игру и поддерживая привлекательность этой игры в течение всего лечебного процесса. Игровая терапия открывает возможность реагировать на поведение ребенка в целом, а не только на его вербальное поведение. Игра — символический язык для самовыражения, и игра может открыть нам: что пережил ребенок с нарушением интеллекта; как он реагирует на то, что он пережил; какие желания, мечты и потребности возникают у ребенка и особенности его Я-концепции.

Игра представляет собой попытку ребенка организовать свой опыт, свой личный мир. В процессе игры ребенок испытывает чувства контроля над ситуацией, даже если реальные обстоятельства этому противоречат.

Понимание поведения умственно отсталого ребенка в игре дает терапевту подсказки, позволяющие ему более полно погрузиться во внутреннюю жизнь ребенка. Поскольку мир ребенка — это мир действия и деятельности, игровая терапия дает терапевту возможность войти в этот мир. Если терапевт подберет соответствующие игрушки, он облегчит ребенку с нарушением интеллекта выражение чувств. Таким образом, ребенка не принуждают обсуждать то, что произошло, он скорее проживает в каждый момент игры свой прошлый опыт и связанные с ним чувства. Поскольку ребенок погружается в игру целиком, экспрессия и чувства переживаются им как совершенно особые, конкретные и ситуационные; это позволяет терапевту реагировать на разворачивающуюся перед ним деятельность ребенка, на его высказывания, чувства и эмоции, а не на обстоятельства прошлого.

Цели игровой терапии

В общем смысле цели игровой терапии согласуются с внутренним стремлением ребенка к самоактуализации. Необходимое условие, которое часто упускается из виду, состоит в том, чтобы обеспечить ребенку с нарушением интеллекта позитивный опыт роста в присутствии взрослого, который его понимает и под-

держивает, чтобы ребенок мог обнаружить в себе внутренние силы. Основное внимание в игровой терапии уделяется тому, чтобы облегчить усилия умственно отсталого ребенка с агрессивным поведением, направленные на то, чтобы стать более адекватным как личность, справляясь с текущими и будущими проблемами, которые могут влиять на его жизнь. В этом смысле цель игровой терапии при коррекции агрессивного поведения у детей с нарушением интеллекта состоит в том, чтобы помочь ребенку:

- развить более позитивную Я-концепцию;
- стать более ответственным в своих действиях и поступках;
- стать более самоуправляемым;
- выработать способность к самопринятию;
- в большей степени полагаться на самого себя;
- выработать способность к самостоятельному принятию решений;
- овладеть чувством контроля;
- развить сензитивность к процессу преодоления трудностей;
- развить внутренний источник оценки;
- обрести веру в себя.

Эти цели игровой терапии задают общие рамки для понимания параметров подхода и его осуществления. Поскольку специфические цели для ребенка не устанавливаются, терапевт свободен облегчить разработку этих целей, ориентированных на конкретную личность.

Стадии процесса игровой психотерапии при коррекции агрессивного поведения у детей с нарушением интеллекта

Стадии процесса игровой терапии возникают как результат взаимодействия между терапевтом и умственно отсталым ребенком, протекающего в безоценочной, свободной атмосфере игровой комнаты, созданию которой способствует терапевт, демонстрирующий искреннюю заинтересованность и одобрение по отношению к ребенку. Эти уникальные живые отношения, в которых принимается и ценится особость и индивидуальность ребенка, дают ему ощущение дозволенности и позволяют расширить горизонты собствен-

ного «Я» в соответствии с тем, насколько он чувствует меру принятия себя терапевтом. Это переживание и расширение собственных возможностей часто проявляется в четко обозначенных стадиях изменений, наступающих по мере развития терапевтического процесса.

Анализируя случаи работы с детьми, страдающими нарушением интеллекта, Хэндрикс заметила, что дети проходят определенные стадии терапевтического процесса:

С 1 по 4 сеансы умственно отсталый ребенок проявляет любопытство, углубляется в исследовательскую, бессистемную и творческую игру, делает простые описательные и информационные замечания и вырабатывает одновременно радость и тревогу;

С 5 по 8 — продолжает исследовательскую, бессистемную, творческую игру, возрастает общая агрессивная направленность игры, по-прежнему выражается радость и тревога; очевидны спонтанные реакции;

С 9 по 12 — исследовательская, бессистемная и агрессивная игра уменьшается, увеличивается игра, направленная на установление отношений, творчество и радость доминируют, вербальное взаимодействие с терапевтом возрастает и выдается больше информации о семье и себе самом;

С 13 по 16 — преобладают творческие игры и игры, направленные на установление отношений, доля агрессивных игр уменьшается, возрастают случаи выражения счастья, волнения, отвращения, недоверчивости;

С 17 по 20 — преобладают разыгрывание сценок и ролевая игра, агрессивные высказывания продолжают усиливаться построение отношений с терапевтом, доминирующей эмоцией становится радость; ребенок продолжает сообщать сведения о себе и о семье;

С 21 по 24 — преобладают игры, направленные на построение отношений, а также драматические и ролевые игры, возрастает число игр с изображением несчастных случаев [24, с. 31].

Эти исследования свидетельствуют о том, что в процессе детской игры можно различать четкие модели установления терапевтических отношений в игровой комнате. По мере развития психотерапевтических отношений умственно отсталые дети начинают выра-

жать чувства более непосредственно и реалистично, тщательнее сосредотачиваются на них и более точно их определяют. Сначала дети погружаются в исследовательскую, бессюжетную, творческую игру. На втором этапе дети чаще играют в агрессивные игры и больше рассказывают о себе и о своей семье. На последних приемах важными становятся драматическая игра и установление отношений с терапевтом.

Большое значение отводится оборудованию игровой комнаты. Игрушки и материалы, необходимые для игровой психотерапии при коррекции агрессивного поведения, можно сгруппировать в три больших класса:

1. Игрушки из реальной жизни:

- кукольное семейство;
- кукольный домик;
- детская посуда;
- машины;
- «медицинский набор» и т. п.

2. Игрушки, помогающие отреагировать агрессию и страх:

- игрушечные солдатики;
- оружие;
- маски воина, бандита, чудовища и т. д.

3. Средства для творческого самовыражения:

- пластилин или глина;
- краски, карандаши и фломастеры;
- конструктор, детская мозаика и т. д.

Следует отметить, что помимо преодоления агрессии в поведении, игровая терапия оказывается эффективной при решении самых разнообразных детских проблем: при невротических и соматических расстройствах у детей; для улучшения эмоционального состояния детей после развода родителей; для снижения тревоги у госпитализированных детей; для облегчения состояния при психосоматических заболеваниях; для улучшения успеваемости детей, испытывающих затруднения в обучении; для коррекции эмоционального состояния детей, подвергшихся насилию или живших в условиях психической напряженности («заброшенные дети») и т. д.

Таким образом, игровая терапия способствует развитию ребенка с нарушением интеллекта, помогая ему

узнать и принять самого себя. Игровая терапия способствует также познанию мира. В ответ на атмосферу дозволенности, царящую в игровой комнате, на чувство безопасности, позволяющее до конца быть самим собой, и осторожное требование терапевтических ограничений дети научаются самоконтролю и свободе самовыражения в сочетании с ответственностью.

Большей частью то, что приобретает ребенок в игровой терапии, не относится к сфере когнитивного научения, но есть развивающееся, переживаемое, интуитивное познание самого себя, которое осуществляется в процессе терапевтического опыта. Игровой терапевт сохраняет и транслирует ребенку постоянное внимание и уважение к нему независимо от его поведения, независимо от того, пассивен ли он в игре, илиотреагирует агрессию, или хнычет и требует помощи в самом простом задании. Дети ощущают уважение терапевта, чувствуют, что их уважают, а поскольку отсутствует оценка и присутствует постоянное сиюминутное принятие, дети интериоризируют это уважение: иными словами, дети научаются уважать себя, следовательно, научаются уважать и других.

Обыгрывая чувства в присутствии взрослого, который понимает и принимает всю интенсивность этих чувств, умственно отсталые дети учатся понимать, что их чувства могут быть приняты. Дети учатся также быть более открытыми в выражении своих чувств. Когда скоро чувства были выражены открыто и приняты, они перестают быть столь интенсивными, и ими можно управлять более адекватно. По мере того, как дети научаются ответственно управлять своими чувствами, чувства более не управляют ими. Следовательно, в процессе игры дети становятся свободными и понимают, что они могут преодолеть собственные чувства.

В системе отношений игровой терапии терапевт верит в способность ребенка использовать свои внутренние ресурсы, и поэтому ему удастся устоять перед искушением сделать что-то, что лишит детей возможности испробовать собственные силы. По мере того, как терапевт разрешает детям бороться за то, чтобы сделать что-то самим, дети научаются принимать на себя ответственность.

Когда детям позволяют самим рассчитывать свои действия, предлагать собственное решение проблем, решать собственные задачи — реализуются и развиваются их творческие ресурсы. В этом случае дети гораздо лучше справляются с собственными проблемами и испытывают чувство удовлетворения от того, что они действуют самостоятельно. При этом дети научаются при столкновении с проблемами использовать свой внутренний потенциал и творчески подходить к их решению.

По мере того как ребенок чувствует, что его принимают таким, какой он есть, без всяких заранее обусловленных ожиданий, он постепенно начинает понимать собственную ценность и значимость. Этот процесс общения и проникновения в собственное «Я» осуществляется как прямо, так и косвенно. Встречая безоценочное принятие себя таким, какой он есть, и не испытывая необходимости в том, чтобы быть другим, ребенок постепенно научается принимать себя на эмоциональном уровне. Такое возросшее самопринятие является основным фактором, способствующим развитию позитивной Я-концепции.

Таким образом, проведение игровой терапии позволяет решать многие проблемы, возникающие у ребенка, причем делать это ненавязчиво, не заставляя ребенка строго следовать инструкции, а лишь вовлекая ребенка с нарушением интеллекта в деятельность, так близкую ему и так любимую им.

Хромотерапия

Хромотерапия (лечение цветом) — древний естественный метод лечения и изменения состояния человека, основанный на использовании узкополосных (монохроматических) излучений оптического диапазона волн. Монохроматические излучения участвуют в осуществлении гомеостатических реакций молекулярного, клеточного, тканевого уровня, а также уровня функциональных систем и организма в целом, они являются естественными регуляторами биохимических, биофизических и энергоинформационных процессов в организме человека, способствуют достижению психосоматической гармонии, могут успешно заменять

лекарства и служить универсальным средством лечения многих заболеваний.

Хромотерапия осуществляется через глаза. Энергетический поток света воспринимается колоссальной сетью сосудов, концентрированной пигментреагентной системой радужки и сетчатки, и далее беспрепятственно и мгновенно передается в регуляторные центры мозга. Далее свет вызывает в организме целый каскад превращений, воздействуя на органы и системы: активизирует физиологические процессы, восстанавливает баланс внутренней среды, поддерживает устойчивость клеточного метаболизма, регулирует обмена веществ, повышает жизнестойкость клеток и тканей, повышает иммунитет и поддерживает природный механизм гомеостаза [15, с. 18]. Исследования ряда ученых (Дерибере, Жуар, Подольский, Кравков, Фере) по применению цвета и цветового света в качестве терапевтического средства позволили сделать следующие выводы:

Голубой — антисептический цвет. Он напоминает о мире и побуждает к размышлениям, снижает мускульное напряжение и кровяное давление.

Зеленый — положительно влияет на нервную систему. Это — болеутоляющий, гипнотизирующий цвет. Эффективен при нервной раздражительности, истерии, усталости.

Желтый — тонизирующий. Стимулирует мозг, зрение, нервную систему, нейтрализует негативные действия. Может быть эффективен в случае умственной недостаточности.

Оранжевый — стимулирует чувства и слегка ускоряет пульсацию крови. Создает ощущение благополучия и веселья; улучшает пищеварение.

Красный — теплый и раздражительный. Он стимулирует мозг, укрепляет организм [15, с. 132].

Известно, что дети с нарушением интеллекта достаточно часто соматически ослаблены, психически неуравновешены. Для улучшения их здоровья, эмоционального фона можно использовать занятия по хромотерапии. При этом, проводить эти занятия как в активной (окрашивание стен класса в цвета, способствующие снятию напряжения на занятиях, улучшению работоспособности), так и в пассивной форме

(непосредственное наблюдение за предметами определенных цветов в течение определенного времени). Благодаря таким занятиям дети с нарушением интеллекта будут отдыхать, настраиваться на дальнейшую работу, а цвет будет оказывать свое терапевтическое воздействие.

4.3. Экспериментальная часть

Эксперимент использования арт-терапии как средства психокоррекции агрессивного поведения школьников с интеллектуальными проблемами проводился на базе 4 «А» класса специальной (коррекционной) школы-интерната VIII вида № 27 г. Владимира.

В исследовании принимало участие 9 детей в возрасте от 10 до 12 лет.

Главная цель психокоррекционной работы заключалась в проверке эффективности использования арт-терапии как средства погашения враждебной агрессии детей с нарушениями интеллекта.

Были поставлены следующие задачи психокоррекционной работы:

- активное включение младшеклассников в занятия по арт-терапии;
- коррекция агрессивного поведения и эмоциональной сферы в условиях бережного отношения арт-терапевта к психике ребенка;
- закрепление положительного эффекта от занятий с помощью рекомендаций арт-терапевта учителю.

За основу эксперимента были взяты пять типов заданий, предложенных О.А. Карабановой: предметно-тематический тип; образно-тематический тип; упражнения на развитие образного восприятия, воображения; игры-упражнения с изобразительными материалами; задания на совместную деятельность.

В своей работе мы использовали предметно-тематический тип занятий (основой изображения является человек и его взаимодействие с окружающим предметным миром и людьми) и образно-символический тип (в основе которого рисование, связанное с нравственно-

психологическим анализом абстрактных понятий «Добро», «Зло», «Счастье» в виде образов, созданных воображением ребенка, а также изображением эмоциональных состояний и чувств — «Радость», «Гнев» и т. п.).

Каждое занятие начиналось с обсуждения событий в жизни детей, и в зависимости от этого подбиралась тема занятия. Например, если у большинства детей были какие-либо неприятности или отрицательные моменты в отношениях со сверстниками или в учебе, то на занятиях давалась тема, которая либо позволяла учащимся выплеснуть эти эмоции, или тема, при рисовании которой учащиеся использовали бы яркие краски. Это связано с тем, что рисование яркими красками позволяет человеку обрести чувство уверенности, поднять настроение (красный, желтый, зеленый и другие яркие цвета оказывают стимулирующее влияние на нервную систему, повышают работоспособность, улучшают настроение). В этом плане арт-терапия сочеталась с использованием знаний из хромотерапии. Также на всех занятиях присутствовали элементы и из сказкотерапии (например, когда учащиеся составляли историю о том, что они только что нарисовали) и игровой терапии, т. е. эти методы психотерапии использовались в комплексе, но основной акцент делался на арт-терапии.

После таких обсуждений начинался основной этап занятий, на котором учащимся давались различные задания. Например:

«Закройте глаза и представьте цвет, соответствующий вашему настроению. Нарисуйте его. Покажите свой цвет движением. Каково ваше настроение на ощупь?»

«Закройте глаза и постарайтесь вспомнить ситуацию, в которой вы испытывали самую сильную злость. Попробуйте полностью сконцентрироваться на этом чувстве. Если это удалось, откройте глаза и молча приступайте к рисованию».

«Нарисуйте себя в минуты гнева (злости, ярости)».

«Нарисуйте портрет очень агрессивного человека».

«Нарисуйте, какие чувства вы испытываете, когда вашему недругу больно и обидно».

«У каждого человека иногда бывает плохое настроение. Оно может проявляться во враждебности, зло-

сти. Закройте глаза и постарайтесь почувствовать, мысленно пережить это состояние. Нарисуйте символический образ своей агрессии на листе бумаги. Далее поступите с рисунком так, как вам хочется (исправьте, сомните, порвите и т. д.).»

«Раскрась свои чувства». Это задание выполняется на отдельных листах со схематичным изображением человека. «Этот человек может испытывать разные чувства, и его ощущения живут в разных частях его тела. Раскрасьте эти чувства: радость — желтым; счастье — оранжевым; удовольствие — зеленым; гнев, раздражение — ярко-красным; чувство вины — коричневым; страх — черным».

После выполнения рисунков, обязательно проходила беседа о тех чувствах, том состоянии, которое испытывали учащиеся до рисования, во время его и после рисования. Это было необходимо для того, чтобы определить, насколько данное задание было понятно и интересно учащимся, а также насколько оно способствовало высвобождению агрессии и других негативных эмоций. Также это способствовало развитию взаимопонимания между учащимися, они видели, что определенные чувства и эмоции свойственны не только им, но и их сверстникам, что у них есть похожие проблемы, конфликтные ситуации. Поэтому следует помочь друг другу при решении некоторых проблем, поддержать своего товарища, когда это необходимо.

Все занятия вызывали у учащихся большой интерес, они всегда с удовольствием приступали к работе; многие отмечали повышение настроения или снятия напряжения, усталости после рисования, независимо от темы занятий.

Настроение и переживания детей можно было определить и по их рисункам. Как правило, если ребенок был чем-то раздражен или обижен, то в его рисунках наблюдалась преобладание темных цветов и большого количества штриховки. Так он пытался вытеснить на бумагу все негативные эмоции.

Во время работы дети редко разговаривали друг с другом, они всегда были сосредоточены на выполняемой работе, могли разговаривать сами с собой, ругая кого-то.

Но в обсуждение рисунков дети включались активно, высказывали мнения о своих рисунках и рисунках своих товарищей. Это было очень важно при определении результата данного занятия.

Для исследования эффективности выполненной работы был проведен контрольный эксперимент с использованием рисуночной методики «Несуществующее животное» и теста «Рука».

На основе данной методики были получены следующие результаты.

Ответы большинства испытуемых относились к категориям активной безличности (ответы, в которых рука представляется имеющей тенденцию к действию, например, «шьет», «достает что-нибудь», «бросает что-то»), эксгибиционизму (категория включает ответы, в которых рука принимает участие в деятельности, связанной с развлечениями или другими публичными проявлениями себя «напоказ», например, «показывает лак на ногтях», «играет на пианино») и пассивной безличности (ответы, в которых рука не меняет своего физического положения и не преодолевает силы тяжести, например, «роняет что-то», «отдыхает», «сушит ногти»). Но также имеются ответы, относящиеся к категории страха (ответы, означающие страх перед возмездием или агрессией со стороны других, например, «отражает удар», «царапает ногтями») и к категории агрессивность (ответы, где рука представлена как атакующая, наносящая вред, обиду, например, «ударяет», «толкает», «ловит насекомых»).

Для семерых испытуемых коэффициент агрессии колеблется в пределах от -3 до $1-1,5$, что свидетельствует о снижении агрессивных реакций в поведении, которые наблюдались до проведения занятий по арт-терапии. У двоих испытуемых этот коэффициент приблизительно равен 1 , что свидетельствует о наличии агрессивных реакций.

Рисуночная методика «Несуществующее животное».

Испытуемым давалась инструкция: «Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим именем».

Анализ рисунков показал, что для испытуемых характерны неосновательность суждений, импульсив-

ность в принятии решения, легкомысленность отношения к окружающему миру, инфантилизм. Это, несомненно, обусловлено интеллектуальными нарушениями, имеющимися у детей.

У большинства испытуемых (5 человек) рисунок имеет форму круга, что символизирует и выражает тенденцию к скрытности, замкнутость, закрытость внутреннего мира, нежелание давать сведения о себе окружающим.

Кроме того, анализ рисунков детей показал наличие у большинства тенденции к самоутверждению, потребности в признании, эгоцентризм. Лишь у троих испытуемых были выявлены низкая самооценка, неуверенность в себе, отсутствие стремления быть принятым окружением.

В рисунках четверых детей присутствует штриховка, сильный нажим линий, что свидетельствует о наличии тревожности, которая может привести к агрессивным реакциям в поведении.

Таким образом, результаты данных методик констатируют снижение уровня агрессивных реакций в поведении детей с нарушением интеллекта после проведения занятий арт-терапией.

Литература

- Абраменкова В.В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. М., 2000. 416 с.
- Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. М., 2001. 247 с.
- Берн Э. Психоанализ и психотерапия для несведущих. М., 2000. 416 с.
- Буль П.И. Основы психотерапии. Ленинград, 1974. 302 с.
- Бурлачук Л.Ф., Грабская И.А., Кочарин А.С. Основы психотерапии. Киев, 1999. 324 с.
- Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб., 2001. 519 с.
- Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. СПб., 2001. 304 с.
- Водинска М. Арт-терапия с агрессивными детьми // Дошкольное образование. 2002. № 12. С. 7
- Воронкова В.В. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе. М., 1994. 416 с.
- Гонеев А.Д., Лифинцева Н.И., Ялпаева Н.В. Основы коррекционной педагогики. М., 1999. 279 с.

- Грегушова Г. Использование средств изобразительного искусства в развитии личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2003. № 5. С. 52 – 55.
- Ерина С.И., Колесниченко Н.А. Тест «Рука». Руководство. Второе издание. Ярославль, НПЦ «Психодиагностика». 1997. 20 с.
- Ермолаева М.В. Практическая психология детского творчества. М., 2001. 194 с.
- Ермолаева М.В. Психология развивающей и коррекционной работы с дошкольниками. М., 2002. 176 с.
- Ефименко Н.Н. Театр физического развития и оздоровления детей дошкольников. М., 1998. 158 с.
- Завражин С.А., Фортova Л.К. Адаптация детей с ограниченными возможностями. Владимир, ВГПУ, 2003. 401 с.
- Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб., 2000. 310 с.
- Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. М., 2000. 108 с.
- Калинина Р.Р. Тренинг развития личности дошкольника: занятия, игры, упражнения. СПб., 2001. 160 с.
- Кашенко В.П. Педагогическая коррекция. М., 2000. 301 с.
- Копытин А.И. Основы арт-терапии. СПб., 1999. 245 с.
- Кэджьюсон А.П., Хайгу С.Т. Практикум по игровой психотерапии. СПб., 2001. 415 с.
- Лебедева Л.Д. Арт-терапия детской агрессивности // Нач. шк. 2001. № 2. С. 26 – 30.
- Лэндрет Г.А. Игровая терапия: искусство отношений. М., 1998. 368 с.
- Лэндрет Г., Хоумер Л., Гловер Д., Свини Д. Игровая терапия как способ решения проблем ребенка. М., 2001. 320 с.
- Майорова Н.П., Чепурных Е.Е., Шурухт С.М. Обучение жизненно важным навыкам в школе. СПб., 2002. 288 с.
- Макаров В.В. Психотерапия нового века. М., 2001. 496 с.
- Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонением в развитии. М., 1992. 95 с.
- Миллер С. Психология игры. СПб., 1999. 319 с.
- Общая психодиагностика. СПб., 2000. 439 с.
- Осипова А.А. Введение в теорию психокоррекции. М., 2000. 512 с.
- Памфилова М.А. Графическая методика «Кактус» // Об- руч. 2000. № 5. С. 12 – 13.
- Петров В.Г. Психологические особенности агрессивного по- ведения и пути его коррекции: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. Иркутск, 1999. 23 с.
- Психотерапия. Под ред. Карвасовского Б.Д. СПб., 2000. 544 с.

- Рисуночный тест фрустрации С. Розенцвейга. Методическое руководство. Владимир, 1991. 16 с.
- Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. М., 1995. 529 с.
- Романин А.Н. Основы психотерапии. М., 1999. 208 с.
- Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1979. 192 с.
- Руководство по психотерапии. Под ред. Рожнова В.Е. Ташкент, 1979. 620 с.
- Семенюк Л. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции. М., 1996. 96 с.
- Сказкотерапия // Психология и воспитание. № 4. С. 14
- Соколова Е.Т. Общая психотерапия. М., 2001. 156 с.
- Худик В.А. Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте. К., 1993. 144 с.
- Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. М., 1999. 512 с.
- Шкала эмоциональной возбудимости. Ярославль, 1996. 9 с.
- Эльконин Д.Б. Психология игры. М., 1999. 359 с.
- Экслайн В. Развитие личности в игровой терапии. М., 2000. 251 с.

Вопросы и задания

1. В чем сходство и отличия медицинского и психологического подходов к психотерапии?
2. Какие педагогические условия следует соблюдать при использовании психотерапии во вспомогательной школе?
3. Какими преимуществами перед другими психотерапевтическими методами обладает арт-терапия?
4. Каковы возможности хромотерапии как средства коррекции агрессии детей с нарушениями интеллекта?

Темы для докладов и рефератов

1. Специфика психотерапии в коррекционной работе вспомогательных школ.
2. Арт-терапия как средство коррекции агрессивных проявлений детей с интеллектуальной недостаточностью.

3. Технология хромотерапии в системе коррекции деструктивного поведения учащихся коррекционных школ.
4. Использование психотерапии в реабилитации детей, подвергшихся агрессии сверстников во вспомогательной школе.

Раздел 5

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

■ 5.1. Анализ состояния семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии

В настоящее время в Российском обществе отмечается повышенное внимание к семье со стороны всех социальных институтов. Это объясняется такими объективными процессами, как гуманизация и демократизация социокультурных отношений, ростом понимания приоритетности семьи в развитии, воспитании и социализации детей. В связи с этим необходимо все усилия направлять на восстановление социальных систем, культивирование взаимопонимания в семьях, на повышение педагогической культуры родителей, совершенствование воспитательного потенциала семьи.

Характерная для реальных повседневных жизненных ситуаций обстановка нестабильности, тревоги, безысходности усугубляет проблемы детства и семьи. Именно в семье формируется или, наоборот, подрывается психофизическое здоровье детей. С каждым годом возрастает число детей с различными патологическими состояниями (неврозы, психопатии, фобии и т. п.), с отклонениями в развитии личности, поведении, трудностями в обучении, в общении с людьми.

Как правило, такие дети воспитываются в семьях, имеющих неблагоприятные социальные и психолого-педагогические условия (эмоционально-конфликтные отношения, некомпетентность родителей в вопросах развития и воспитания детей, жестокое обращение с детьми и т. д.).

Негативные черты личности родителей, проявляющиеся в неадекватных воспитательных установках, способствуют психической травматизации детей. Пьянство и конфликты в семье, развод родителей встречаются в 2—4 раза чаще у подростков с отклонениями в психическом здоровье, чем у здоровых [22,5—12]. Модели семейного воспитания детей с ограниченными возможностями часто опираются на «антипедагогику», оказывающую деструктивное влияние на развитие личности ребенка в целом.

Пристальный интерес к институту семьи объясняется и рядом других обстоятельств: ухудшением демографической ситуации в стране; усложнением образовательных задач и ростом числа детей с отклонениями в психофизическом развитии, поведении; усложнением психологического, духовного мира современного человека, ростом его потребностей, которые, в большинстве своем, формируются в семье. Кроме того, меняется и сам субъект процесса социализации (воспитания и обучения) — ребенок. Он становится все более информированным и развитым. Поэтому руководство его духовным и нравственным созреванием требует более высокой культуры и педагогического мастерства взрослых, синтеза усилий всех социокультурных институтов.

Взаимодействие личности, семьи, школы и общества становится сегодня глобальной, общемировой проблемой. Специфический характер приобретает она и в современном российском социуме: нравственное неблагополучие общества, психологический кризис несовершеннолетних, минимализация воспитательной роли семьи — вот далеко неполный перечень социально-экономических условий, влияющих на состояние семьи и процесс социализации подрастающего поколения.

Современная семья представляет собой сложную по структуре и достаточно устойчивую систему, кото-

рая создает специфическую атмосферу жизнедеятельности людей, формирует нормы взаимоотношений и поведения растущего человека. Конструируя определенный социально-психологический климат жизни ребенка, в том числе с ограниченными возможностями, семья во многом определяет развитие его личности в настоящем и будущем. Как фактор социализации семья занимает значительно более высокий ранг, чем школа или другие социальные институты формирования личности.

Функциональный потенциал семьи в рамках общества огромен. Функции семьи по отношению к обществу довольно подробно рассмотрены в традиции марксизма, в частности в советской социологии семьи. В этой системе семья, где есть ребенок или взрослый с отклонениями в развитии, инвалидность будет считаться дисфункциональной для общества и нефункциональной для инвалида, а забота об инвалидах должна быть передана другому институту, чтобы семья вновь могла сконцентрироваться на социализации «нормальных» членов общества и на общественно полезном труде.

Согласно исследованиям семейной системы с нетипичным ребенком, среди функций семьи, как указывает А.Р. Turnbull & Н.Р. Turnbull, следует рассматривать не только такие, как экономическая (ведение хозяйства и забота о здоровье), но и рекреационную (например, хобби и другие мероприятия), социализирующие (например, развитие социокультурных навыков и межличностных взаимосвязей), самоидентификацию (например, признание сильных качеств и слабостей, формирование чувства принадлежности), аффективную (например, развитие интимности и способности к воспитанию), образовательно-профессиональную (например, приготовление домашних заданий, осуществление выбора карьеры, оформление профессиональной этики).

С нашей точки зрения, имеет смысл выделить ряд специфических функций, реализуемых семьей по отношению к ребенку с проблемами в ментальной сфере. К традиционному блоку функций (репродуктивная, воспитательная, хозяйственно-бытовая, экономическая, сфера первичного социального контроля, духовного

общения, социально-статусная, досуговая, эмоциональная, сексуальная) [64,315] и к функциям, выделяемым А.Р. Turnbull & Н.Р. Turnbull, добавляются следующие:

- абилитационно-реабилитационная (восстановление психофизического и социального статуса нетипичного ребенка, включение его в социальную среду, приобщение к нормальной жизни и труду в пределах его возможностей);
- корригирующая (исправление, ослабление или сглаживание недостатков психофизического развития детей с ограниченными возможностями);
- компенсирующая (замещение, перестройка нарушенных или недосформированных функций организма, его приспособление к негативным условиям жизнедеятельности и попытка заменить пораженные, вышедшие из строя или непродуктивно работающие структуры относительно сохранными, компенсаторными механизмами).

Реализация данных функций может носить явный и латентный характер.

Главной задачей семьи нетипичного ребенка выступает превенция конструирования у такого ребенка стигматизированного образа «Я» как «больного» человека, субъекта с ограниченными возможностями, со строго социально заданным кругом притязаний. Необходимо всячески препятствовать формированию у ребенка представления о границах своих возможностей, о том, что ему доступно и в каких пределах. В противном случае существует риск появления у него нежелательных поведенческих реакций, дискомфорта, фрустрации.

В настоящее время наблюдается острая потребность в специалистах, работающих непосредственно с семьей. Поэтому каждый воспитатель, учитель, в силу имеющихся в него профессиональных знаний и педагогического опыта, обязан оказывать помощь родителям в развитии и воспитании детей, их интеграции и социокультурной адаптации. Это требует повышения качества подготовки педагога к продуктивному сотрудничеству с семьей, расширения системы профессиональной подготовки специалистов по социальной работе. Специалист (социальный работник, социальный педагог, психолог) должен иметь представление о роли

позитивных и негативных супружеских взаимоотношений в формировании личности ребенка, о причинах возникновения и возможностях профилактики супружеских конфликтов, должен владеть методами диагностики межличностных коммуникативных практик между родителями и детьми в семье с целью осуществления дифференцированного подхода к различным семьям, оказания действенной и своевременной помощи родителям.

Для оказания индивидуальной адресной помощи семье, а через нее — детям, необходима качественная мультидисциплинарная (прежде всего, социально-психологическая) диагностика семьи и моделей семейного воспитания. Неправильное воспитание в семье может стать детерминантой появления патологических отклонений в формировании личности и характера ребенка. Пилотажный анализ состояния семьи, ее социокультурной роли показывает, что данный институт выступает важнейшей социальной ценностью, предоставляя условия для развития и восстановления способностей, исправления и компенсации нарушенных функций организма человека, подготовки детей к самостоятельной жизни, профессиональной ориентации, выступая экологической нишей для детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности. Именно поэтому актуальным является лонгитюдное и пролонгированное исследование фамилистических социальных систем.

Так, Д.В. Зайцевым в 2000 – 2001 гг. было проведено изучение семей учащихся специальной коррекционной школы VIII вида (420 семей) и учащихся общеобразовательной школы (1476 семей) по таким параметрам, как половозрастная и количественная структура семьи, образовательный и профессионально-квалификационный статус родителей, их социально-педагогический статус (лишены родительских прав, находятся в местах лишения свободы), особенности психофизического здоровья матери и отца, жилищные условия и материальная обеспеченность семьи [15, 3 – 10].

Начальным этапом исследования было изучение контингента образовательных учреждений с целью конструирования целостной картины социального развития ребенка. Были проанализированы личные

дела 1500 обычных детей и 500 детей с умственной отсталостью (диагноз: олигофрения в степени дебильности).

Дифференциация детей осуществлялась по следующим показателям: уровень соматического здоровья, уровень социальной адаптивности, социальный статус, статус семьи.

Анализ результатов исследования показал, что учащиеся с умственной отсталостью из специальной (коррекционной) школы соматически более здоровы, чем учащиеся массовой школы (81 против 66%). Хронические заболевания диагностируются у 12% детей с ментальными нарушениями и у 33% обычных детей. Однако учащихся, имеющих статус ребенка-инвалида, на 6% больше в коррекционной школе (7 и 1% соответственно).

По показателю социальной адаптации различие групп детей незначительно. Неадекватные социально-поведенческие реакции наблюдаются у 0,2% обычных детей и у 5% детей с умственной отсталостью. Стоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних обычных детей — 0,3%; детей с умственной отсталостью — 12%. Нормально адаптированными являются 99,5% обычных детей и 83% детей с умственной отсталостью.

Наиболее благополучными по социальному статусу являются обычные дети. Среди них не встречаются такие категории, как дети-сироты, социальные дети-сироты, а категория «опекаемые дети» представлена 1% (8 человек). Среди детей с ментальными нарушениями данные категории представлены 27% учащихся, т. е. практически каждым 3—4-м ребенком. Примерно каждый 7—8-й ребенок в обеих группах живет в неполной семье. С двумя родителями проживают 87% обычных детей и 58% детей с ограниченными умственными возможностями; среди последних количество детей, находящихся под опекой, больше на 7%.

Почти все обычные дети (99,6%) и только 10% детей с умственной отсталостью проживают в благополучных семьях. Более половины этих детей живут в благополучных семьях (62%). В группе учащихся общеобразовательной школы таких детей нет. В семьях, относящихся к группе социального риска, проживают 0,4% обычных детей и 28% учащихся коррекционных школ и школ-интернатов.

Анализ распределения родителей по возрасту показал доминирование среди них респондентов в возрасте от 31 до 40 лет (коррекционная школа — 72,1%; массовая школа — 70,4%). Четвертая часть родителей учащихся обычной школы по возрасту распределяется между 41 и 50 годами (24,5%), а пятая часть перешагнула полувековой рубеж (20,7%). В коррекционной школе такая ситуация свойственна для 14,7 и 9,7% респондентов соответственно.

Сравнительный анализ социально-демографических и экономических характеристик семей, воспитывающих обычных детей и детей с интеллектуальной недостаточностью, позволяет констатировать значительное различие данных семейных (фамилистических) систем. Одним из основных факторов, детерминирующих отличие семей, выступают образовательный уровень родителей и их профессиональный статус: большинство родителей детей с умственной отсталостью — люди с начальным (14%), средним (26,3%) и средним специальным образованием (56,6%). Только 0,9% респондентов имеют диплом высшего учебного заведения. Среди родителей обычных детей подавляющее большинство составляют люди с высшим образованием (94%); у 4,7% родители закончили профессиональные училища, колледжи и техникумы (среднее специальное образование) и у 0,4% — только школу (среднее образование).

Трудовой потенциал семьи подразумевает совокупность ее характеристик, обеспечивающих благосостояние и развитие семьи за счет трудовой деятельности ее членов. Самостоятельное развитие семьи базируется прежде всего на использовании трудового потенциала, составными частями которого являются образовательный и профессионально-квалификационный потенциал каждого члена семьи.

В ходе исследования было установлено, что более половины родителей детей с умственной отсталостью (56,3%) являются представителями двух профессиональных групп: рабочие (24,7%) и работники сельского хозяйства (31,6%). Среди родителей обычных детей к первой группе относится лишь 0,2% респондентов, а представителей второй группы нет совсем.

Самое большее число родителей обычных детей занято в сфере предпринимательства (55,2% против

2,3% по коррекционной школе); категория служащих среди родителей представлена вдвое меньшим количеством (27,2% против 38,9% по коррекционной школе). Ведением домашнего хозяйства занимаются 17,3% родителей учащихся коррекционной школы.

Достаточно высокий образовательный и профессиональный статус часто обуславливает получение материального дохода, необходимого для нормального функционирования семьи, а значит, осуществления ею эффективных социализирующих практик в отношении ребенка, в том числе с ограниченными возможностями здоровья.

Интересным является то, что не имеет постоянного места работы практически каждый десятый родитель ребенка с ограниченными умственными возможностями и почти треть (36,7%) родителей обычных детей. Такой высокий процент безработных среди родителей детей массовой школы объясняется, прежде всего, уровнем притязаний респондентов, которые, имея высшее образование, не считают возможным заниматься малооплачиваемым трудом как высокой (бюджетные организации), так и низкой квалификации.

Изучение демографических, социальных и культурно-бытовых условий семей детей с умственной отсталостью и обычных детей преследовало цель выяснить конкретные условия жизни семьи, своеобразие положения в ней ребенка.

При проведении исследования было выявлено, что доминирующим типом семейной системы выступает простая нуклеарная семья. Семьи этого типа можно разделить на три категории:

- с одним ребенком;
- с двумя детьми;
- с тремя и более детьми (многодетные семьи).

Как было установлено, наиболее «популярной» оказалась вторая категория семейной системы. Количество семей с двумя детьми было практически равным в обеих родительских группах (67 и 69%). Семей, воспитывающих одного ребенка, в два с лишним раза больше в массовой школе, чем в коррекционной (28 и 10% соответственно). Тот факт, что на фоне тотального снижения рождаемости семьи с двумя детьми преобладают над семьями с одним ребенком, объясняется

детскими датами рождения, которые приходится на более стабильный в социально-экономическом плане период развития России, когда большинство родителей имело возможность содержать 2-х детей. Почти четверть семей, воспитывающих детей с отклонениями в умственном развитии, являются многодетными (23% против 3% по общеобразовательной школе), которые в своем большинстве находятся в трудных материальных условиях.

Значительную долю семей, особенно детей с умственной отсталостью, составляют неполные семьи. Преимущественно это семьи одиноких матерей, разведенных женщин, вдов, семей с отчимами или приемными отцами (73,5 и 17,2% по массовой школе). Такое положение в ряде случаев может выступать детерминирующим фактором реализации неадекватных социализирующих практик семейного воспитания, а в дальнейшем — различных социокультурных девиаций ребенка.

Анализ социально-демографических характеристик полных и неполных семей позволил констатировать, что полные семейные системы более благополучны и жизнеспособны. В их составе нет родителей, находящихся в местах лишения свободы, родителей, злоупотребляющих алкоголем, родителей, лишенных прав на ребенка.

В 13% неполных семей, относящихся к специальной (коррекционной) школе, наблюдались различные социальные девиации. Это семьи алкоголиков, наркоманов, правонарушителей. Для таких семей характерным является проявление насилия со стороны супругов по отношению друг к другу, окружающим, собственным детям. В общеобразовательной школе подобных семей нет.

Из всех полных семей 83,6% являются, со слов самих родителей, относительно обеспеченными. По неполным семьям данный показатель в три с лишним раза ниже и составляет 25,8%. Таким образом, лишний раз доказано, что именно полная семья чаще всего в состоянии создать для развития и социализации ребенка оптимальные условия. В случае с полными семьями важным, по мнению Т.А. Гурко, является не столько сам показатель дохода (что точно измерить достаточно слож-

но), но его восприятие членами семьи [11, 81]. Это тем более интересно, т. к. уровень совокупного дохода в таких семьях невелик. Следовательно, можно предположить, что члены полных семей стремятся минимизировать свои потребности, а также имеют дополнительный доход.

В ходе проведенного Д.В. Зайцевым исследования [15,3—10] было выяснено, что ежемесячный совокупный доход более половины семей детей с отклонениями в ментальной сфере (61,4%) составляет от 501 до 1000 рублей; у 29,2% доход не превышает 500 рублей. Для 69,4% семей, воспитывающих обычных детей, характерно колебание совокупного дохода в пределах от 1000 до 2000 рублей в месяц, а у 18,1% доход составляет более 2000 рублей. Наблюдаемый дисбаланс совокупных доходов родителей обычных детей со сферой их занятости (предпринимательство — 55,2%) говорит о том, что предпринимательская деятельность не так успешна, как представляется социально, либо о том, что родители стремятся не афишировать свои истинные доходы.

Экономический потенциал семьи, или материальный достаток семьи, определяется не только уровнем текущих доходов, но и наличием жилья, уровнем жилищно-бытовых условий. Сравнительный анализ жилищно-бытовых условий семей выявил, что почти 90% семей обычных детей и 58,5% семей детей с ментальными отклонениями проживают в благоустроенных квартирах со всеми удобствами. Примечательным отличием является то, что 305 семей, воспитывающих детей с отклонениями, имеют минимальный набор мебели и недорогую, часто изношенную (или бывшую в употреблении) бытовую технику. Свой дом, в основном с частичными удобствами, имеют 7,6% семей первой группы и 11,7% семей второй проживают в общежитиях или коммунальных квартирах.

Таким образом, сравнительный анализ социально-демографических и экономических характеристик семей, воспитывающих обычных детей и детей с интеллектуальной недостаточностью, позволяет констатировать значительное различие данных семейных систем. Одним из основных факторов, детерминирующих отличие семей, выступают образовательный уровень

родителей и их профессиональный статус. Эти факторы часто обуславливают получение материального дохода, необходимого для осуществления нормального функционирования семьи, а значит, осуществления ее эффективных социализирующих практик в отношении ребенка, в том числе с ограниченными возможностями. В ходе исследования было установлено, что объективному риску социальной уязвимости подвержены практически все семьи, воспитывающие детей с умственной отсталостью, и порядка 5% семей учащихся массовой школы. Подавляющее большинство семей, имеющих детей с умственной отсталостью, живут за чертой бедности, уровень образования родителей крайне низок, лишь каждая десятая семья может считаться по совокупности социокультурных, психологических, экономических и других характеристик благополучной. В данной ситуации семья не в состоянии оказать какой-либо действенной помощи образовательному учреждению в развитии и воспитании ребенка с умственной отсталостью, что осложняет реализацию процесса его социальной адаптации.

Это актуализирует необходимость интеграции данных категорий семей, испытывающих потребность во всесторонней поддержке государства в бенефициарную систему (систему льгот, пособий), а также обеспечение тесного сотрудничества образовательных учреждений с социально-психологическими и социально-реабилитационными учреждениями, антикризисными центрами, т. к. в настоящее время слаженная, скоординированная работа данных социальных структур наблюдается крайне редко.

Неблагоприятная социокультурная ситуация развития ребенка с нарушенным интеллектом, детерминируемая особенностями социально-демографических характеристик их родительских семей, актуализирует необходимость развития сети комплексной социокультурной и психолого-педагогической поддержки семьи. В настоящее время развиваются и активизируются: адресная государственная поддержка детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей; ориентирование социальной политики в соответствии с принципами «поддержки детей через семью» и «благополучие детей через благополучие их родите-

лей (семьи)». Данные направления деятельности должны стать фокусом всей социальной политики российского государства. Кроме того, семья должна быть суверенной в рамках социокультурных отношений, интервенция государства, общества в ее мир должна быть в идеале сведена к нулю на фоне высокой активности и жизнедеятельности самой семьи. В данном контексте акцент современной государственной социальной политики может быть смещен на стимулирование внутренних резервов семьи: демографических, экономических, образовательных, рекреационных.

5.2. Анализ опыта социальной помощи семьям, воспитывающим ребенка с отклонениями в развитии, в современной России

Позитивные изменения в отношении общества к детям с отклонениями в развитии наметились в 90-е гг. Анализ современного состояния системы социальной помощи в России вскрывает формирование новой философии отношения к людям с отклонениями в развитии, к их гражданским правам, происходящее на фоне сочетания государственного покровительства и общественной благотворительности. Важнейшим принципом современной социальной политики является перенос центра тяжести в системе социальной помощи с денежных выплат на оказание прямых социальных услуг. Социальное обслуживание представляет новый для нашей страны вид социальной помощи, которая носит нематериальный характер и предполагает поддержку в решении социально-педагогических, психологических, правовых и других проблем. Юридически закреплено появление структур негосударственного сектора: общественных объединений, некоммерческих организаций, что можно расценить как новый этап возрождения благотворительного движения в России.

Несмотря на значительные трудности, связанные прежде всего с социально-экономической нестабильностью и явной декларативностью многих государственных решений в области социальной сферы, в

стратегии социальной помощи лицам с нарушениями развития обозначились инновационные направления:

- становление государственно-общественной системы социальной помощи (создание образовательных учреждений и социальных служб как государственного, так и негосударственных секторов);
- совершенствование существующей сети специальных учебно-воспитательных учреждений на основе внедрения вариативности и разноуровневости образования в зависимости от особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей ребенка;
- создание принципиально новых (межведомственных) форм социально-педагогических учреждений (постоянно действующих психолого-медико-педагогических консультаций, реабилитационных и медико-психолого-социальных центров);
- появление служб ранней диагностики и ранней психолого-педагогической помощи ребенку в условиях семьи;
- апробация опытных моделей интегрированного обучения.

Конкретным примером развития данных направлений является опыт работы социально-реабилитационного центра г. Балахны Нижегородской области по социальному патронажу семей, попавших в кризисные ситуации (одной из таких ситуаций является рождение в семье ребенка с отклонениями в развитии) [62, 51 – 64]. Деятельность данного социально-реабилитационного центра осуществляется в соответствии с Федеральным законом №120, и, следовательно, его целью является: способствовать реализации права семьи и детей на защиту и помощь со стороны государства; содействовать укреплению семьи.

В деятельности центра г. Балахны четко определена его структура, основные задачи, принципы, на которых строится проведение мероприятий, главные направления работы; намечены этапы взаимодействия с семьей. В деятельности различных социально-реабилитационных центров выделяются следующие основные этапы работы с семьей:

- Этап 1. Знакомство. Договор с семьей.
- Этап 2. Вхождение в семью. Создание и поддержание мотивации к выходу из кризиса.
- Этап 3. Сбор информации в семье.
- Этап 4. Анализ информации о семье.
- Этап 5. Выведение семьи из социальной изоляции. План и контракт в работе с семьей.
- Этап 6. Выход из семьи.

Наиболее важным направлением, определяющим эффективность социально-педагогической помощи семьям, имеющим ребенка-инвалида, является работа служб ранней диагностики и ранней психолого-педагогической помощи ребенку в условиях семьи. В данном направлении действует Служба ранней педагогической помощи детям с синдромом Дауна «Маленькие ступеньки», находящаяся в г. Москве [1, 69—71]. Служба «Маленькие ступеньки» организована родителями детей с синдромом Дауна и специалистами Ассоциации «Даун-синдром». Целью деятельности службы ранней педагогической помощи является поддержка и обучение родителей специальным методам и приемам взаимодействия с ребенком, организации в условиях дома обучающей педагогической среды и способам включения детей и родителей в жизнь общества.

Московская служба действует в рамках программы ранней педагогической помощи, разработанной в Центре специального образования Университета Маккуэре (Сидней, Австралия). По существу, эта программа — практическое руководство для занятий с ребенком в условиях семьи. Программа может быть адресована также профессионалам: педагогам, врачам, медицинским сестрам и т. д.

Особое внимание стало уделяться работе с родителями, имеющими ребенка с отклонениями в развитии, т. к. рождение подобного ребенка коренным образом изменяет жизненные перспективы семьи и оказывает на ее членов (в наибольшей степени на мать ребенка) длительное психопатогенное воздействие. Поэтому очень важной является разработка мер коррекции родительско-детских отношений в связи с наличием у членов семей, в которых воспитывается аномальный ребенок, личностных нарушений. Выстраиванием

системы коррекционных мероприятий, учитывающих выявленные особенности личностных нарушений у родителей больных детей, в последнее время занимается работник Московского государственного открытого педагогического университета В.В. Ткачева [56, 3—9]. Ею разработаны конкретные методы исправления имеющихся недостатков в родительско-детских взаимоотношениях.

Немаловажным направлением является апробация опытных моделей интегрированного обучения. В русле данной проблемы действует детский центр социальной реабилитации «Эхо» г. Москвы [18, 21—25]. В настоящее время все активнее рассматривается вопрос о равноправной совместной деятельности ребенка инвалида с прочими членами общества. Методические подходы, осуществляемые в центре социальной реабилитации «Эхо», имеют в виду развитие у детей с отклонениями в развитии коммуникативных умений и социальных навыков. Происходит это в условиях пребывания ребенка в смешанном детском коллективе, в процессе совместной игровой и творческой деятельности.

Педагог Ю.А. Климова рассматривает теоретические основания социальной работы с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями. Концептуальное поле включает ряд положений теории систем, семейного стресса и социально-экологической модели.

Теория систем, лежащая в основе формирования семейной терапии, признает взаимозависимость физического, социального, эмоционального факторов в функционировании членов семьи [25, 12—21]. Так, изменения в одном компоненте системы сразу же вызывают изменения в других. Поэтому, если объектом изучения и воздействия является семья ребенка с ограниченными возможностями, было бы ошибкой останавливаться на проблемах только самого ребенка. Ведь заболевание или нарушение развития одного из членов семьи влияет на всю семейную систему, что, в свою очередь, оказывает воздействие на каждого в отдельности, в том числе и на ребенка с нарушенным развитием.

В большинстве исследований по проблемам семьи признается необходимость применять для анализа

семейной системы концепцию семейного стресса [49, 55]. Семейный стресс трактуется как давление или напряженность внутри семейной системы. Теоретическая модель семейного стресса была разработана Хиллом, который считает, что нарушения эмоциональной сферы вызываются не событием, а тем значением, которое придает событию человек. Поэтому важнейшими задачами социального работника становятся поиск путей мобилизации ресурсов семьи как со стороны, так и изнутри, обучение позитивной интерпретации событий. Рассмотрение семьи в социально-экологическом аспекте было предложено в 1970-е гг. Бронфенбреннером, а в контексте семейного стресса и детской инвалидности это направление в настоящий момент развивается Митчеллом, Бубольцем и Вирен. Речь идет о «тенденции понимания проблем индивида, группы, семьи в контексте отношений с социальным окружением, где одной из важнейших структурных характеристик выступает фактор культуры» [49, 82]. Базовым постулатом выступает то, что семья, будучи первичным социальным окружением, сама погружена в широкий социальный контекст.

Помимо теоретических аспектов социальной работы Ю.А. Климова разрабатывает организационные формы услуг семьям, в которых воспитываются дети с ограниченными возможностями, а также целый спектр ролей в деятельности социального работника [21, 243 – 253].

1 сентября 1995 г. в городе Владимире была создана Ассоциация Родителей Детей-Инвалидов «Свет» (АРДИ «Свет»). Это областная «общественная организация, объединяющая родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями, и всех неравнодушных людей, которые помогают этим детям в развитии, в интеграции в общество, подготовке к взрослой жизни, чтобы в будущем они не стали балластом для общества, в формировании у общества терпимого и милосердного отношения к таким людям, в защите и реализации прав детей с ограниченными возможностями и их родителей» [10,3]. АРДИ «Свет» занимается разработкой специальных программ: «Летние оздоровительные лагеря для детей-инвалидов», «Детский театр»,

«Иппотерапия и лечебная верховая езда», «Бесплатные юридические консультации и др.».

Деятельность подобной организации оказывает неоценимую помощь родителям, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Благодаря существованию перечисленных инновационных направлений социальной помощи лицам с нарушениями развития и их семьям, становится актуальным вопрос разработки концепции государственно-общественной помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии.

■ 5.3. Опытно-экспериментальная работа

Для практического решения проблем семьи, воспитывающей аномального ребенка, необходима разработка основных стратегий, направленных на реализацию социально-педагогической помощи семьям данной категории. Однако эти стратегии нельзя определить, не изучив качественных характеристик семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, с точки зрения выявления условий внутри семьи, необходимых для полноценного формирования личности аномального ребенка.

С целью решения этой проблемы было проведено социально-психологическое и социально-педагогическое диагностическое обследование членов семьи, воспитывающей ребенка с интеллектуальными нарушениями.

Объектом диагностического исследования являлись семьи детей, имеющих легкую степень умственной отсталости, обучающихся в 12-й школе-интернате г. Владимира.

На основе анализа внутрисемейных отношений определялся уровень интеграции семьи с аномальным ребенком в общество, тип отношений между родителями и ребенком, а в случае дисбаланса этих отношений — его причина.

В исследовании использовались как методы наблюдения, педагогической беседы и анкетирования, так и методики высокого уровня формализации. Последние были представлены проективными методиками, включающими как методики диагностики внутрисемейных

отношений, так и методики качественных характеристик семей.

В качестве методик диагностики внутрисемейных отношений мы использовали: «Методику Рене Жиля» и «Кинестетический рисунок семьи», а также методики качественных характеристик семей: «Матрица определения комплексного показателя социального благополучия семьи как института воспитания» И.Ф. Деметьевой, методика «Семейные ценности» В.С. Торохтиго и «Социальный паспорт семьи» для выяснения потребностей ее членов.

Описание методик исследования

Тест «Кинестетический рисунок семьи»

Историческая справка о методике.

Считают, что идея использования рисунка семьи для диагностики внутрисемейных отношений возникла у ряда исследователей, среди которых упоминают работы В. Хьюлса, А.И. Захарова, Л. Кормана и др.

Цель применения теста. Выявление особенностей внутрисемейных отношений.

Задачи. На основе выполнения изображения, ответов на вопросы оценить особенности восприятия и переживаний ребенком отношений в семье.

Инструкция. «Нарисуй свою семью». При этом не рекомендуется объяснять, что означает слово «семья», а если возникают вопросы «что нарисовать?», следует лишь еще раз повторить инструкцию. При индивидуальном обследовании время выполнения задания обычно длится 30 минут. При групповом выполнении теста время чаще ограничивают в пределах 15–30 минут.

После выполнения задания следует стремиться получить максимум дополнительной информации (вербальным путем).

Обычно задаются вопросы:

- Скажи, кто тут нарисован?
- Где они находятся?
- Что они делают? Кто это придумал?
- Им весело или скучно? Почему?
- Кто из нарисованных людей самый счастливый? Почему?

— Кто из них самый несчастный? Почему?

Можно задать ребенку для выбора решение 6 ситуаций: 3 из них должны выявить негативные чувства к членам семьи, 3 — позитивные.

— Представь себе, что ты имеешь два билета в цирк. Кого бы ты позвал с собой?

— Представь, что вся твоя семья идет в гости, но один из вас заболел и должен остаться дома. Кто он?

— Ты строишь из конструктора дом (вырезаешь бумажное платье для куклы), и тебе не везет. Кого ты позовешь на помощь?

— Ты имеешь ... билетов (на один меньше, чем членов семьи) на интересную кинокартину. Кто останется дома?

— Представь себе, что ты попал на необитаемый остров. С кем бы ты хотел там жить?

— Ты получил в подарок интересное лото. Вся семья села играть, но вас одним человеком больше, чем надо. Кто не будет играть?

Интерпретация теста

«Кинестетический рисунок семьи»

На основании особенностей изображения можно определить:

— степень развития изобразительной культуры, стадию изобразительной деятельности, на которой находится ребенок. Примитивность изображения или четкость и выразительность образов, изящество линий, эмоциональная выразительность — те характерные черты, на основе которых можно различить рисунки;

— особенности состояния ребенка во время рисования. Наличие сильной штриховки, маленькие размеры часто свидетельствуют о неблагоприятном физическом состоянии ребенка, степени напряженности, скованности и т. п., тогда как большие размеры, применения ярких цветовых оттенков часто говорят об обратном: хорошем расположении духа, раскованности, отсутствии напряженности и утомления;

— особенности внутрисемейных отношений и эмоциональное самочувствие ребенка можно определить по степени выраженности положительных эмоций у членов семьи, степени их близости (стоят рядом,

взявшись за руки, делают что-то вместе или хаотично изображены на плоскости листа, далеко отстоят друг от друга, сильно выражены отрицательные эмоции и т. д.). [6, 325—329].

Методика Рене Жия

Для исследования сферы межличностных отношений ребенка и его восприятия внутрисемейных отношений предназначена детская проективная методика Рене Жия. Цель методики состоит в изучении социальной приспособленности ребенка, а также его взаимоотношений с окружающими.

Методика является визуально-вербальной, состоит из 42 картинок с изображением детей, детей с взрослыми, а также тестовых заданий. Ее направленность — выявление особенностей поведения в различных жизненных ситуациях, важных для ребенка и затрагивающих его отношения с другими людьми.

Перед началом работы с методикой ребенку сообщается, что от него ждут ответов на вопросы по картинкам. Ребенок рассматривает рисунок, слушает или читает вопросы, отвечает.

Ребенок должен выбрать себе место среди изображенных людей либо идентифицировать себя с персонажем, занимающим то или иное место в группе. Он может выбрать его ближе или дальше от определенного лица. В тестовых заданиях ребенку предлагается выбрать типичную форму поведения, причем некоторые задания строятся по типу социометрических. Таким образом, методика позволяет получить информацию об отношении ребенка к разным окружающим его людям (к семейному окружению) и явлениям.

Простота и схематичность, отличающие методику Р. Жия от других проективных текстов, не только делают ее более легкой для испытуемого — ребенка, но и дают возможность относительно большей ее формализации и квалификации. Помимо качественной оценки результатов, детская проективная методика межличностных отношений позволяет представить результаты психологического обследования по ряду переменных и количественно.

Психологический материал, характеризующий систему личностных отношений ребенка, можно разделить на две большие группы переменных.

1. Переменные, характеризующие конкретно-личностные отношения ребенка: отношение к семейному окружению (мать, отец, бабушка, сестра и др.), отношение к другу или подруге, к авторитетному человеку и пр.

2. Переменные, характеризующие самого ребенка и проявляющиеся в различных отношениях: общительность, отгороженность, стремление к доминированию, социальная адекватность поведения.

Всего авторы, адаптировавшие методику, выделяют 12 признаков: отношение к матери; отношение к отцу; отношение к матери и отцу как к семейной чете; отношение к братьям и сестрам; отношение к бабушке и дедушке; отношение к другу; отношение к учителю; любознательность; стремление к доминированию; общительность; отгороженность; адекватность.

Отношение к определенному лицу выражается количеством выборов данного лица из максимального числа заданий, направленных на выявление соответствующего отношения.

Методику Р. Жилия нельзя отнести к числу проективных, она представляет собой форму, переходную между анкетой и проективными тестами. В этом ее большое преимущество. Она может быть использована как инструмент глубинного изучения личности, а также в исследованиях, требующих и статистической обработки [6, 367 – 373].

Социальный паспорт семьи

Социальный паспорт семьи позволяет выяснить насущные запросы и потребности аномальных детей и их семей, а также услуги, в которых они нуждаются.

На основе «социальных паспортов» планируется дальнейшая деятельность по организации психолого-педагогической, юридической, социальной помощи и поддержки.

«Социальный паспорт» — это своеобразная ступень в «диагностике» семьи.

На основе полной диагностики впоследствии строится социально-педагогическая помощь семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии.

Располагая информационной базой, банком данных о семьях и детях-инвалидах, нуждающихся в социальной поддержке, можно стремиться к формированию системы социального обслуживания населения, к созданию комплексной, совместной работы сети учреждений, призванных оказывать разнообразную социально-педагогическую помощь семье и детям. Можно разрабатывать и отрабатывать методики и технологии взаимодействия с данной категорией семей и детей. [31, 27 – 30].

СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ СЕМЬИ

Проживающей по адресу:

1. Состав семьи: _____

Отец: _____

Бабушка: _____

Мать: _____

Дедушка: _____

Дети: _____

Другие родственники: _____

2. Жилищно-бытовые условия: _____

3. Материальное состояние: _____

4. Характеристика социального окружения: _____

5. Гос. учреждения, с которыми контактируют члены семьи: _____

Учебные заведения (дошк. учр-я): _____

КДН: _____

ОППН: _____

ЖЭУ: _____

Место работы родителей: _____

Наркологический диспансер: _____

Прочие учреждения: _____

6. Психологическая характеристика: _____

7. Категория: _____

8. Травмирующий фактор: _____

9. Социальная характеристика семьи (на основе изучения документов, посещения семьи, личных бесед с членами семьи): _____

10. Выводы: _____

11. План действий: _____

Матрица определения комплексного показателя социального благополучия семьи как института воспитания. Данная методика разработана ведущим педагогом Государственного НИИ семьи и воспитания И.Ф. Дементьевой.

Цель. Изучение и оценка воспитательного потенциала семьи на основе ее социального благополучия, выявление семей группы повышенного риска.

Описание методики. В ходе исследования оценивается ряд социальных показателей семьи. За каждое выбранное утверждение присваивается определенный балл. Общая сумма баллов позволяет отнести обследуемую семью к одной из трех групп семей [13,35–37].

Матрица определения комплексного показателя социального благополучия семьи как института воспитания

1. Состав семьи:

- мать, отец, бабушка, бабушка (5)
- только мать и отец (4)
- мать и отчим, отец и мачеха (3)
- одна мать, один отец (2)
- нет родителей: бабушка, бабушка, другие родственники (1)

2. Санитарно-жилищные условия семьи:

- благоустроенная отдельная квартира (5)

- квартира с родителями супруга(и) (4)
- более одной комнаты в коммунальной квартире с удобствами (3)
- комната в коммунальной квартире, общежитии с удобствами (2)
- комната в общежитии, в бараке без удобств (1)

3. Доход семьи:

- могут практически ни в чем себе не отказывать (5)
- денег в основном хватает, но для покупки товаров длительного пользования берут кредит или в долг (4)
- на повседневные расходы денег хватает, но покупка одежды вызывает трудности (3)
- живут от зарплаты до зарплаты (2)
- денег до зарплаты не хватает (1)

4. Педагогический стиль семьи:

- постоянная поддержка, разумная требовательность к детям, демократизм отношений, атмосфера доверия (5)
- слепая любовь, гиперопека, эмоциональная навязчивость (4)
- первичная ориентация родителей на собственную жизнь при сохранении доброжелательного, дружелюбного отношения к детям (3)
- равнодушие, отсутствие заботы о детях, безразличность, дети как дополнительное бремя, дополнительная проблема жизни (2)
- напряженно-конфликтные отношения родителей с детьми, различные формы насилия, применяемые к детям (1)

5. Уровень социального здоровья семьи:

- атмосфера взаимной поддержки, доброжелательства, любви (5)
- здоровый образ жизни без особой эмоциональной окраски: без ссор и без большой привязанности, живут «по привычке» (4)
- в семье ссоры, скандалы, один из супругов склонен к выпивке (3)
- судимость родителей, пьянство, рукоприкладство, выраженная форма умственной отсталости одного или обоих супругов (2)
- стоят на учете с диагнозом алкоголизм, наркомания, асоциальное поведение (1)

6. Ценность детей в семье:

- дети — главная ценность семьи (5)
- дети — равнозначимая ценность наряду с супружеством (4)
- дети дополняют супружеские отношения (3)
- дети — элемент социального статуса: «как у всех» (2)
- дети — обуза, доставляют много дополнительных забот, беспокойства (1)

7. Отношения семьи со школой:

- высокая включенность в жизнь школы, посильная помощь школе, полная информированность о школьных делах ребенка (5)
- обращение к педагогам за советами по вопросам воспитания, признание их авторитета, регулярное участие в родительских собраниях (4)
- интерес к школьной жизни ребенка односторонний: только у матери (3)
- критика педагогических методов школы, уклонение от посещения родительских собраний (2)
- отсутствие интереса к школьным делам ребенка, сознательное ограничение посещений ребенком школы (в целях эксплуатации его труда, по другим причинам) (1)

Матрица определения комплексного показателя социального благополучия семьи как института воспитания предполагает выявление трех групп семей:

- семьи группы повышенного риска (ниже 21 балла);
- семьи в пределах допустимой нормы (от 22 до 30 баллов);
- благополучные семьи (более 31 балла).

Методика «СЕМЕЙНЫЕ ЦЕННОСТИ»

Данный инструментарий предполагает проведение индивидуального анкетирования взрослых членов семьи, а также детей подросткового и юношеского возраста. Пять групп (1 — 5) показателей семейных ценностей предназначены для всех членов семьи, а показатели группы 6 — только для супругов.

Сравнение результатов индивидуального анкетирования позволяет выявить сходство семейных ценностей в изучаемой семье или среди отдельных ее членов. Кроме того, данный инструментарий помога-

ет определить уровни сходства семейных ценностей в каждой из обозначенных основных функций жизнедеятельности семьи. Анкета дает возможность получить данные о полярных оценках реально существующих ценностях в исследуемой семье, а также сравнить желанные и реально существующие семейные ценности [57, 21 – 30].

Анкета «Семейные ценности»

Уважаемый товарищ, Вашему вниманию представляется перечень семейных ценностей, соответствующих основным функциям жизнедеятельности семьи. Определите, пожалуйста, в каждой группе отдельно ранг желанных лично для Вас семейных ценностей и ранг реально существующих в Вашей семье.

№ п/п	Семейные ценности в основных функциях жизнедеятельности семьи	Ранг семейных ценностей	
		Желанных	Реальных
1	Воспитательная функция семьи (ВФ)		
	1. Личный пример — основа коррекции поведения 2. Диктат — ... 3. Опекa — ... 4. Невмешательство — ... 5. Сотрудничество — ...		
	Другие		
2	Функции хозяйственно- бытовых отношений (ХБФ)		
	1. Семейные обеды (ужины) 2. Благоустройство жилья 3. Бережное отношение к одежде, обуви 4. Новая покупка 5. Забота о близких		
	Другие		

3	Функция социального контроля (ФСК)		
	1. Ответственность за свои поступки, дела 2. Взаимный контроль 3. Аккуратность и пунктуальность 4. Самоконтроль и самооценка 5. Подчинение мнению большинства		
	Другие		
4	Функция интеллектуального общения (ФИО)		
	1. Интерес к собеседнику 2. Уважение мнения другого 3. Компромисс 4. Информативность общения 5. Стремление понять другого		
	Другие		
5	Функция психологической разрядки (ФПР)		
	1. Чувство юмора 2. Психологическая поддержка 3. Эмоциональная удовлетворительность 4. Совместный семейный отдых 5. Любовь к животным		
	Другие		
6	Сексуально-эротическая функция (Функция деторождения) (СЭФ)		
	1. Эмоциональная уравновешенность 2. Равная любовь 3. Привлекательность 4. Дети, любовь к ним 5. Супружеская верность		
	Другие		

Анализ результатов исследования

Анализ результатов методики «Кинестетический рисунок семьи»

В ходе исследования были установлены следующие тенденции изображения ребенком своей семьи:

- Исключение в процессе рисования отдельных членов семьи, что отражает невключенность данных лиц в совместную жизнедеятельность с ребенком.
- Лица, входящие в состав семьи, как правило, не объединены совместной деятельностью, далеко отстоят друг от друга. Это подчеркивает отсутствие тесной близости между членами семьи.
- В редких случаях в выражении лиц, изображенных на рисунке ребенка, преобладают положительные эмоции. Обычно вместо улыбок — тонкие складки или выгнутые дуги, опущенные концами вниз. Подобная закономерность позволяет судить о превалировании негативного эмоционального самочувствия ребенка в кругу семьи.
- Наличие сильной штриховки, маленькие размеры, отсутствие ярких цветовых оттенков, свидетельствуют о неблагоприятном физическом состоянии многих детей во время рисования.

В процессе беседы с детьми после выполнения рисунка выявились исключительно позитивные чувства к членам семьи. В ответах на предложенные исследователем вопросы были определены предпочтения детей в общении с родителями, братьями и сестрами, дедушками и бабушками: стремление к подчинению собственных интересов потребностям других членов семьи; представления о своей семье как о дружной, сплоченной группе.

- Обнаруженное противоречие между идеальным представлением детей о своей семье и реальной картиной внутрисемейных отношений, выявленное в ходе исследования, позволяет сделать вывод о том, что семья ребенка с отклонениями в развитии остро нуждается в психолого-педагогической помощи.
- Как правило, такие дети воспитываются в семьях, имеющих неблагоприятные социальные и психолого-педагогические условия (эмоционально-конфликтные отношения, некомпетентность

родителей в вопросах развития и воспитания детей, жестокое обращение с детьми и т. д.). Обычно воспитанием аномального ребенка занимается одна мать, отец покинул семью после рождения ребенка с интеллектуальным недоразвитием или отстранился от его воспитания, считая достаточной заботой материальную поддержку семьи.

Близким окружением ребенка с особыми нуждами являются его братья и сестры, оказывающие ребенку помощь и поддержку. Среди сверстников, не имеющих интеллектуальных нарушений, у аномального ребенка почти нет друзей, круг его общения ограничивается близкими родственниками и одноклассниками, обучающимися с ним в коррекционно-образовательном учреждении VIII вида.

Особенностями самого ребенка с отклонениями в развитии можно назвать такие, как повышенная конфликтность, агрессивность, стремление к доминированию.

Поэтому актуальность создания комплексной межведомственной службы, включающей в себя меры по организации психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии, не вызывает никаких сомнений.

Анализ результатов методики Рене Жюля

В ходе исследования было установлено, что восприятие ребенком с отклонениями в развитии внутрисемейных отношений характеризуется следующими особенностями:

- В отношениях с родителями более близкую привязанность дети проявляют к матери. В предложенных заданиях упоминания об отце встречаются редко или вообще не фигурируют.
- Восприятие ребенком отца и матери как родительской четы крайне неопределенно.

Использование «**Социального паспорта**» в качестве методики, диагностирующей состояние внутрисемейных отношений и социальный статус семьи, воспитывающей ребенка с проблемами в развитии, позволило выделить ряд аспектов в характеристике семьи:

1. Среди семей, имеющих аномальных детей, часто встречаются многодетные семьи. Этот факт под-

тверждают данные результатов обследования, выявившего 5 многодетных семей из общего числа исследуемых семей.

2. Уровень жилищно-бытовых условий семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, характеризуется следующей ситуацией: из 10 семей 5 проживают в помещениях, требующих ремонта; размеры жилой площади квартир не соответствуют количеству проживающих в ней людей.
3. Материальное состояние семей с аномальным ребенком в 4-х случаях оказалось в пределах нормы; 6 семей имеют низкие доходы, 2 находятся за чертой бедности.
4. Социальное окружение семей данной категории лишь в 3-х случаях оценивается как положительное, у 7 семей обнаруживается аморально-маргинальное окружение.
5. Государственные структуры, с которыми контактируют члены семей, ограничены, в основном, кругом образовательных учреждений, в которых обучаются дети, и органами собес.
6. В качестве травмирующего фактора для развития и жизни ребенка с особыми нуждами в семье часто выступает раздельное проживание родителей после развода (в 5 семьях), алкоголизм одного из членов семьи (в 4 семьях), а иногда и совокупность нескольких факторов (например, алкоголизм матери и проживание с отчимом).
7. При анализе психологической характеристики семьи только в 4-х семьях с детьми, имеющими отклонения в развитии, обнаруживается благоприятный внутрисемейный климат, в 6 остальных присутствуют неровные, конфликтные отношения между членами семьи.

В связи с вышеизложенным можно сделать вывод о том, что актуальными потребности семьи, имеющей ребенка с отклонениями в развитии, являются следующие:

- улучшение материальной базы семей, воспитывающих ребенка с особыми нуждами;
- приведение жилищно-бытовых условий данных семей к уровню, необходимому для нормального развития и жизнедеятельности детей с отклонениями в развитии;

- стабилизация социального окружения семьи аномального ребенка за счет лекционно-просветительской работы с детьми и родителями;
- расширение сферы контактов членов семей с разного рода учреждениями, способными оказать посильную помощь данным семьям (служба ранней педагогической помощи, служба семейного патронажа, служба социально-правовых консультаций и др.);
- коррекция родительско-детских отношений для создания комфортного психологического климата в семье с аномальным ребенком.

Реализация выявленных социальных запросов со стороны семей, имеющих детей с отклонениями в развитии, возможна при условии создания комплексной межведомственной службы, которая бы обеспечивала государственно-общественную помощь таким семьям.

Анализ результатов методики

«Матрица определения комплексного социального благополучия семьи как института воспитания»

По результатам проведенного исследования (было изучено 10 семей учащихся школы-интерната № 12) к первой группе семей были отнесены 7 семей (2 из них характеризуются очень высокой степенью риска); ко второй группе — 3 семьи; благополучных семей в данной выборке не оказалось.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что большинство семей учащихся коррекционно-образовательных учреждений VIII типа характеризуются низким показателем уровня социального благополучия семьи как института воспитания. Подобная ситуация подчеркивает необходимость создания социально-педагогической системы комплексной помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии.

Анализ результатов методики

«Семейные ценности»

В результате проведенного исследования была выявлена очень низкая степень совпадения семейных ценностей между членами семьи, имеющей ребенка с отклонениями в развитии.

При анализе уровня сходства семейных ценностей в основных функциях жизнедеятельности семьи обнаружались некоторые **закономерности**:

- В характеристике *воспитательной функции* семьи наиболее часто выбираемой стратегией поведения родителей по отношению к своим детям являлся диктат. В редких случаях основой коррекции поведения детей родители избирали сотрудничество или личный пример. Высказывания детей подтверждали предпочтения родителей.
- В плане *хозяйственно-бытовых отношений* отмечалось стремление родителей к привлечению детей к выполнению поручений, связанных с жизнью в семье. Детями возлагаемые на них обязанности воспринимались не как способ помочь родителям и обеспечить здоровые условия семейного быта, а как вынужденная необходимость.
- *Функция социального контроля* проявлялась в выборе желанным вариантом поведения членов семьи подчинение мнению большинства, а также ответственность каждого за свои поступки, дела. Такой взгляд на социальный контроль характерен для родителей. Дети же склонны к переложению ответственности за свои поступки целиком на родителей при сохранении свободы в принятии решений.
- При анализе функции *интеллектуального общения* обнаружилось желание членов семьи прийти к компромиссу в решении спорных вопросов. При этом необходимым условием общения считалось уважение мнения другого и интерес к собеседнику. Такого мнения придерживались взрослые члены семьи. Среди детей отмечалось настаивание на своем мнении без стремления понять собеседника.
- *Функция психологической разрядки* проявлялась в организации совместного отдыха, ухода за животными, что, по мнению родителей, позволяло сглаживать конфликтные ситуации, неизбежно возникающие в семье. Со стороны детей выявилась потребность в психологической поддержке родителей.
- В *сексуально-эротической функции* в качестве важнейших ценностей супругами назывались следующие: любовь к детям и супружеская верность.

В ответах отдельных членов семьи часто совпадал ранг желанных и реально существующих ценностей, что подчеркивало некоторую необъективность испытуемых.

Итак, проведенное исследование показало, что обнаруженное несовпадение семейных ценностей среди отдельных членов говорит о низком уровне психологического здоровья семьи аномального ребенка.

Результаты методики «Семейные ценности» свидетельствуют о необходимости организации психосоциальной и психолого-педагогической помощи данным семьям.

Комплексный подход в решении указанных направлений помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии, будет обеспечен в случае создания государственно-общественной помощи таким семьям.

Литература

- Аксенова Л.И. Маленькие ступеньки, ведущие в большую жизнь // Дефектология. 1999. № 3. С. 69–71.
- Аксенова Л.И. Модель комплексного образовательного учреждения // Дефектология. 2001. № 4. С. 15–23.
- Аксенова Л.И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1997. № 1. С. 3–10.
- Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании. М.: Академия, 2001. 191 с.
- Аксенова Л.И. Социально-педагогические основы организации комплексной помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии: Автореф. дис. канд. пед. наук. М., 1999. 18 с.
- Альманах психологических тестов. М., 1995. С. 325–329.
- Астапов В.М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Современное состояние проблемы детей с ограниченными возможностями // Детский практический психолог. 1995. № 7. С. 35–39.
- Беличева С.А. Основы превентивной психологии. М., 1993. 199 с.
- Бочарова В.Г. Социальная микросреда как фактор формирования личности школьника. М., 1991. 120 с.
- Голубева А.В. Социальная защита детей-инвалидов и их родителей. Владимир, 2001. С. 3.
- Гурко Т.А. Особенности развития личности подростков в различных типах семей // СОЦИС. 1996. № 3. С. 81.

- Детский тест «Диагностика эмоциональных отношений в семье». Обнинск: Принтер, 1993. 32 с.
- Дементьева И.Ф. Российская семья: Проблемы воспитания: Руководство для педагогов. М.: Гос. НИИ семьи и воспитания, 2000. С. 35 – 37.
- Железнова А.К. Реабилитация неблагополучной семьи методом социального патронажа // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1998. № 4. С. 28 – 39.
- Зайцев Д.В. Социологический анализ современной семьи России // Дефектология. 2001. № 6. С. 3 – 10.
- Замский Х.С. Умственно отсталые дети. История их развития и обучения с древних времен до середины XX века. М.: НПО «Образование», 1995. 400 с.
- Зимняя И.А. Социальный работник: проблема формирования новой профессии в плане подготовки специалистов // Проблемы семьи и детства в современной России. М., 1992. С. 27 – 31.
- Зотова А.М. Интеграция ребенка-инвалида в среде здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. 1997. № 6. С. 21 – 25.
- История социальной работы в России. М.: Владос, 1999. 247 с.
- Каткова И.П., Кузнецова В.В. Методические основы организации социальной работы в семьях детей-инвалидов // Социальная работа в учреждениях здравоохранения. М., 1992. С. 15 – 27.
- Климова Ю.А. Социальная работа с семьями детей с ограниченными возможностями // Мир психологии. 2001. № 2. С. 243 – 253.
- Князев Е.А. Педагогика и психология социальной депривации // Вопросы психологии. 1993. № 2. С. 5 – 12.
- Кожанова Н.Е. Учителя и родители-партнеры в воспитании ребенка // Начальная школа. 2000. № 7. С. 33.
- Концепция развития социальной службы в РФ. М., 1993. С. 59 – 62.
- Ловцова Н.И. Три понятия системной теории семьи по Дэвиду Олсону // Семья. Дети. Общество. Анализ отношений и образовательных программ. Саратов, 1994. С. 12 – 21.
- Ляшенко А.И. Состояние и перспективы становления государственной службы социальной помощи семье в России // Социальная работа и проблемы подготовки кадров. М., 1992. С. 15 – 16.
- Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок.: Дис. канд. пед. наук. М., 1976. 187 с.
- Маллер А.Р. Педагог и семья ребенка-инвалида // Дефектология. 1995. № 5. С. 12 – 15.

- Мамайчук И.И., Киреева П.А. Психолого-педагогическая помощь семье. Л., 1986. 176 с.
- Мастюкова Е.М. Московина А.Г. Они ждут нашей помощи. М.: Педагогика, 1991. 160 с.
- Мигелева П.В. Содержание и методы работы социального педагога // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2001. № 3. С. 18 — 31.
- Мишина Г.А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития // Дефектология. 2001. № 1. С. 60 — 64.
- Мотина О.А. Становление образования детей с отклонениями в развитии в России конца XIX — первой трети XX в.: Автореф. дис. канд. пед. наук. Курск, 2002. 21 с.
- Мудрик А.В. Социальное воспитание как единство образования, организации социального опыта и индивидуальной помощи // Новые ценности. М., 1995. № 3. С. 56.
- Мудрик А.В. Введение в социальную педагогику. Пенза, 1994. 117 с.
- Мудрик А.В. Социальная педагогика. М.: Академия, 2000. 191 с.
- Никитина Л.П. Основные направления и методы социально-педагогической работы // Воспитание школьников. 2000. № 9. С. 13 — 15.
- Никитина Л.П. Технологии социально-педагогической работы: краткий анализ // Воспитание школьников. 2000. № 10. С. 14 — 15.
- Никитина Л.П. Узловые моменты профессии // Воспитание школьников. 2000. № 7. С. 20 — 21.
- Овчарова Р.В., Жданов А.Ю. Работа школьного психолога с семьей. Архангельск, 1997. 78 с.
- Панов А.М. Состояние и перспективы формирования системы социальных работников с семьей и детьми РФ // Теоретическая и практическая деятельность социальных работников и их подготовка в системе высших школ. М., 1992. 137 с.
- Проблемы инвалидов и их решение на региональном уровне и уровне местного самоуправления // ВООО ВОИ. Владимир, 2002. 89 с.
- Прикладная социальная психология. М., Воронеж, 1998. 688 с.
- Психологические тесты. Под ред. А.А. Карелина: В 2 т. М.: Владос, 2001. Т. 2. С. 153 — 169.
- Реан А.А., Коломинский Б.В. Социальная педагогическая психология: Учебное пособие. СПб: Питер, 1999. 416 с.
- Семаго М.М. Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства. М., 1992. 214 с.

- Семья в психологической консультации / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М., 1989. 208 с.
- Словарь-справочник по отечественной социальной педагогике / Под ред. С.А. Завражина. Владимир, 2000. 254 с.
- Смирнова Е.А. Семья нетипичного ребенка. Саратов, 1996. С. 55.
- Сноу Д.-Д. Семейная терапия как метод социальной работы. В кн.: Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт: В 2 т. Т. 1. М., 1993. 324 с.
- Танюхина Э.И. Комплексная реабилитация детей с основными инвалидизирующими заболеваниями в условиях центра реабилитации // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1996. № 4. С. 45 – 53.
- Теория и методика социальной работы. М.: Союз, 1994. 339 с.
- Теория социальной работы.: Учебник / Под ред. проф. Е.И. Холостовой. М.: Юрист, 2001. 334 с.
- Тингей-Михалис К. Дети с недостатками развития: Книга в помощь родителям. М.: Пед., 1988. 232 с.
- Ткачева В.В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. 1999. № 3. С. 30 – 36.
- Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. № 4. С. 3 – 9.
- Торохтий В.С. Общая характеристика методики оценки психологического здоровья семьи // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1996. № 4. С. 21 – 30.
- Философские проблемы теории адаптации / Под ред. В.В. Царегородцева. М., 1975. С. 232.
- Фирсов М.В. Введение в теоретические основы социальной работы. М.-Воронеж, 1997. 192 с.
- Фирсов М.В. История социальной работы в России. М.: Владос, 1997. 247 с.
- Шеляг Т.В. Социальные проблемы семьи. В кн.: Теория и практика социальной работы: проблемы, прогнозы, технологии. М., 1992. С. 72 – 86.
- Шуржунов Е.В. Опыты работы социально-реабилитационного центра г. Балахны Нижегородской области по социальному патронажу семей // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2002. № 1. С. 51 – 64.
- Эйдемиллер Э.Г. Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990. С. 108 – 109.
- Энциклопедический социологический словарь / Под общ. ред. Г.В. Осипова. М.: ИСПИ-РАН, 1995. С. 315.

Юртайкин В.В., Комарова О.Г. Семья ребенка с «особыми нуждами». Школьное здоровье; 1996. Т. 3.

Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов, 1997. 95 с.

Вопросы и задания

1. Охарактеризуйте состояние типичной российской семьи, воспитывающей аномального ребенка.
2. Каковы функции семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья?
3. Чем отличаются зарубежные и отечественные модели помощи семьям, воспитывающим аномальных детей?
4. Раскройте основные направления по реализации социально-педагогической помощи семьям, имеющим детей с отклонениями в развитии.
5. Проведите исследование личностных особенностей матерей (отцов), воспитывающих умственно отсталых детей.

Темы для докладов и рефератов

1. Типы семей, воспитывающих аномальных детей.
2. Детско-родительские взаимоотношения в семьях, воспитывающих умственно отсталых детей.
3. Стратегии защитного поведения родителей детей-инвалидов.
4. Социальная адаптация родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии.
5. Страхи и фобии родителей, воспитывающих умственно отсталого ребенка.
6. Типы детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих здорового и аномального ребенка.
7. Содержание и формы оказания помощи семьям, имеющим детей с особыми потребностями.
8. Организация комплексной социально-педагогической работы с семьями, имеющими детей с отклонениями в развитии.
9. Особенности личности матерей (отцов), воспитывающих детей с умственной отсталостью.

Раздел 6

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

6.1. Анализ проблемы в зарубежной литературе

Большинство трудов российских и зарубежных психологов в области критических ситуаций посвящено понятию «стресс». Психологический словарь дает такое определение данному понятию: «Стресс (от англ. stress — давление, напряжение) — термин, используемый для обозначения обширного круга состояний человека, возникающих в ответ на разнообразные экстремальные воздействия (стрессоры). Первоначально понятие «стресс» возникло в физиологии для обозначения неспецифической реакции организма («общего адаптационного синдрома») в ответ на любое неблагоприятное воздействие (Г. Селье). Позднее стало использоваться для описания состояний индивида в экстремальных условиях на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях...» [12, 387].

Рассмотрим работу известного канадского физиолога Г. Селье, положившего начало учению о стрессе. В своей книге «Стресс без дистресса» ученый определяет стресс как «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» [13, 27]. Каждое предъявленное организму требование в каком-то смысле своеобразно, или специфично, т. е. вызывает различного рода изменения в организме. Например,

мышечное усилие предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Мышцы нуждаются в дополнительном источнике энергии, поэтому сердцебиение становится чаще и сильнее, повышенное кровяное давление расширяет сосуды и улучшается кровоснабжение мышц. Каждое лекарство и гормон обладают специфическим действием, но независимо от того, какого рода изменения в организме они вызывают, все эти агенты предъявляют неспецифичное требование к перестройке организма для адаптации к возникшим новым условиям.

По Селье, «с точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации...» [13, 27]. Селье полагал, что даже в состоянии полного расслабления спящий человек испытывает стресс, т. к. сердце продолжает перекачивать кровь, кишечник переваривать вчерашний ужин, а дыхательные мышцы обеспечивают движения грудной клетки. Даже мозг не полностью отдыхает в периоды сновидений. Более того, «полная свобода от стресса означает смерть» [13, 30] и «вопреки ходячему мнению, мы не должны — да и не в состоянии — избегать стресса. Но мы можем использовать его и наслаждаться им, если лучше узнаем его механизмы и выработаем соответствующую философию жизни» [13, 31].

Разрабатывая концепцию стресса первоначально на основе изучения патофизиологических проявлений (патофизиологических моделей) этого синдрома, оценивая факторы, вызывающие стресс, Селье писал: «Мы не видели вредных симптомов, которые не могли бы вызвать наш синдром» [6, 51]. В последующем была обнаружена возможность использования основных положений концепции стресса при анализе различных форм функционального «напряжения» организма, в том числе далеко не достигающих допустимого предела. В связи с таким расширением представлений о стрессе расширилось понятие «стрессор». Им могли стать не только вредные, но и полезные для организма факторы.

Развитию неспецифического адаптационного синдрома-стресса, по мнению Селье, должен предшество-

вать целый ряд факторов экзогенных и эндогенных, казалось бы, не являющихся стрессорами сами по себе. Поэтому болезни адаптации, возникающие в результате стресса (например, язвенная болезнь желудка, инфаркт миокарда, нефросклероз, гипертоническая болезнь и др.) могут быть далеко не у каждого человека, подвергшегося действию идентичного «ключевого» стрессора.

Гансом Селье было введено понятие интенсивности стрессобразующих факторов. Стрессор малой интенсивности, не способный вызвать стрессовое состояние, повышает устойчивость организма к действию такого же или любого другого сильного стрессора. Стрессор, обладающий в силу своей небольшой интенсивности местным действием, вызывает местный адаптационный синдром, т. е. локальные проявления стресса, которые во многом напоминают генерализованный стресс. Возрастающий по интенсивности стресс-фактор, увеличивая локальные проявления стресса, может вызвать генерализованный стресс, который, возникнув, начинает тормозить локальный стресс. Таким образом, местный и генерализованный адаптационные синдромы находятся в сложных взаимоотношениях.

В 70-е гг. внимание психологов привлекало в основном поведение человека в экстремальных ситуациях, однако в 80-е гг. R. Lazarus и A. De Longis [2, 4] весьма критически отозвались о «драматизирующей направленности» разработки проблемы совладания с ущербом обычным неприятностям людей в их трудовой, учебной, семейной жизни. R. Lazarus даже ввел понятие «повседневные неприятности» (Batty hassles), вносящие иногда непропорционально большой вклад в биографический стресс и дезадаптацию личности. За последние десятилетия сделан ряд попыток выделить основные стрессогенные ситуации в трудовой деятельности (ролевая неопределенность, ролевая перегрузка и недогрузка, ролевой конфликт, «трудное начальство», использование умений и способностей не в полной мере и др.), в семье (рассогласование потребностей супругов, напряженные отношения с детьми, феномен «опустевшее гнездо» и др.), а также в сфере здоровья.

Но, к удивлению психологов, определить степень трудности, стрессогенности различных ситуаций оказалось очень нелегко. Одно и то же событие у разных людей может вызвать резкое противодействие, породить негативные чувства или пройти почти незамеченным. Согласно выдвинутому К. Левином принципу психологического единства личности и окружающего ее мира, личность и событие взаимно преломляются, в зависимости от психологической переработки индивидом разных обстоятельств жизни они вызывают у него разные переживания и реакции.

Так, J. Ivancevich [2, 5], работая в области психологии труда, отмечает различное восприятие одного и того же факта разными сотрудниками предприятия. Работник, успешно продвигающийся по служебной лестнице, воспринимает как стрессовое событие снятие с него некоторых обязанностей и снижение объема ответственности. В отличие от него служащий, собирающийся на пенсию, считает такое распоряжение начальства закономерным и испытывает определенное облегчение. В то же время психологи обнаружили, что от сознания личности ускользают важные моменты, предвещающие существенные изменения ее жизненного пути. Так, работник, хорошо зарекомендовавший себя, не замечает, что уже достиг плато в своей профессии и его служебное положение скоро может измениться. Родители часто не воспринимают враждебного отношения к себе подростков детей, грозящего неожиданным распадом семьи.

До недавнего времени активность человека по преодолению жизненных трудностей изучалась в рамках когнитивно-поведенческой парадигмы, представители которой с позиции внешнего наблюдателя анализировали то, как человек воспринимает и оценивает свои трудности, как связан уровень самооценки с приемами совладания, какими способами можно усилить мотивацию индивида в особо трудных условиях и т. д. Критическими для этих исследований были вопросы о том, почему разные люди весьма различно воспринимают одни и те же ситуации, почему они, обладая приблизительно равным набором стратегий, выбирают неодинаковые приемы разрешения трудных проблем. Пытаясь ответить на данные вопросы, психоло-

ги начали переходить к иной парадигме. Ее представители призывают анализировать сложные ситуации и действия в них индивида с позиций его собственного внутреннего мира, «внутренней реальности» [2, 6]. Они исходят из положения о том, что человек на протяжении всей своей жизни строит, перестраивает и достраивает глубоколичностную «теорию» мира, включая и его самоконцепцию. Весь опыт жизни, а также предвосхищаемое будущее закрепляется в минитеориях в виде систем значений и значимостей, убеждений и ценностей — они-то и регулируют представления человека, определяют интерпретацию окружающего мира и действия в нем субъекта. Свою теорию индивид стремится сделать упорядоченной, взаимосогласованной — теорией предсказуемого и понятного мира. Личностной концепции благополучного мира соответствует и концепция себя как удачливого и неуязвимого. Стремясь поддерживать позитивные представления, люди игнорируют неблагоприятную информацию о себе, стараются дискредитировать источник информации, понижающий самооценку, и даже, по данным А.Н. Baumgardner, R.M. Arkin [2, 6], прибегают к разным формам самообмана. Детальные экспериментальные исследования минитеорий людей, еще не испытавших тяжких травм и несчастий, позволили выявить их сверхоптимистическое отношение к жизни. Оказалось, что люди недооценивают вероятность стихийных бедствий (землетрясений и наводнений), возможность попасть в катастрофу или стать жертвой преступления. Студенты колледжей считают себя менее уязвимыми по отношению к опасным заболеваниям, чем «средний» человек. Каждый из них уверен, что он легче, чем другие, справится с будущими бедами. Обобщая все эти исследования, L. Perloff пишет, что индивиды «мотивированы верить в справедливый и упорядоченный мир, в котором люди получают то, что заслужили, и заслуживают то, что получают, мир, в котором плохие вещи не случаются с хорошими людьми» [2, 6].

Зная такую личностно-мировоззренческую «теорию» человека, можно представить себе, сколь разрушительным будет воздействие на него неожиданного тяжелого события. Не вписываясь в личностную «тео-

рию», негативное событие приводит к разрыву сложившихся систем значений в сознании, к разрушению субъективного жизненного мира. Глубоко укоренившиеся отношения к миру должны быть перестроены. Однако сознание под влиянием сильного аффекта резко сужается, оно концентрируется лишь на негативных аспектах события. В результате человек оказывается неспособным воспринять те характеристики события и те включающие его связи, которые могли бы помочь ему изменить ситуацию к лучшему. Выработка более эффективной саморегуляции и социальная помощь будут способствовать уменьшению травмирующего воздействия на человека трудной ситуации. Но лишь сам субъект в силах изменить свою индивидуальную «теорию», сделать ее более реалистичной, переосмыслить выпавшее на его долю несчастное наказание судьбы. Основное, чему учится индивид на таких болезненных примерах, — это выработке главной стратегии — антиципировать и предотвращать трудные жизненные ситуации.

Хотя проблематика кризиса индивидуальной жизни всегда была в поле внимания гуманитарного мышления, в том числе и психологического, в качестве самостоятельной дисциплины, развиваемой в основном в рамках превентивной психиатрии, теория кризисов появилась на психологическом горизонте сравнительно недавно. Ее начало принято вести от статьи Э. Линдемманна, посвященной анализу острого горя. «Исторически на теорию кризисов повлияли в основном четыре интеллектуальных движения: теория эволюции и ее приложения к проблемам общей и индивидуальной адаптации; теория достижения и роста человеческой мотивации; подход к человеческому развитию с точки зрения жизненных циклов и интерес к совладанию с экстремальными стрессами...» [3, 45]. Среди идейных истоков теории кризисов называют также психоанализ (и в первую очередь такие понятия, как психическое равновесие и психологическая защита), некоторые идеи К. Роджерса и теорию ролей.

Отличительные черты теории кризисов, согласно Дж. Якобсону, состоят в следующем:

- она относится главным образом к индивиду, хотя некоторые ее понятия используются применительно к семье, малым и большим группам; «теория кризисов... рассматривает человека в его собственной экологической перспективе, в его естественном человеческом окружении» [3, 45];
- **теория кризисов подчеркивает не только возможные патологические следствия кризиса, но и возможности роста и развития личности.**

Что касается конкретных теоретических положений этой дисциплины, то они в основном воспроизводят то, что нам уже известно из теорий других типов критических ситуаций. Среди эмпирических событий, которые могут привести к кризису, различные авторы выделяют такие, как смерть близкого человека, тяжелое заболевание, отделение от родителей, семьи, друзей, изменение внешности, смена социальной обстановки, женитьба, резкие изменения социального статуса и т. д.

Теоретически жизненные события квалифицируются как ведущие к кризису, если они «создают потенциальную или актуальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей...» и при этом ставят перед индивидом проблему, «от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом» [3, 46].

Дж. Каплан описал четыре последовательные стадии кризиса:

- 1) первичный рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем;
- 2) дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными;
- 3) еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников;
- 4) если все оказывается тщетным, наступает четвертая стадия, характеризующаяся повышением тревоги и депрессии, чувствами беспомощности и безнадежности, дезорганизацией личности. Кризис может кончиться на любой стадии, если опасность исчезает или обнаруживается решение [3, 46].

Рассмотрим анализ поведения человека в ситуации фрустрации в зарубежной литературе. Необходимыми признаками подобной ситуации, согласно большинству

определений, является наличие сильной мотивированности достичь цели (удовлетворить потребность) и преграды, препятствующей этому достижению.

В соответствии с этим фрустрирующие ситуации классифицируются по характеру «барьеров». К классификациям первого рода относится, например, проводимое А. Маслоу различение базовых, «врожденных» психологических потребностей (в безопасности, уважении и любви), фрустрация которых носит патогенный характер, и «приобретенных потребностей», фрустрация которых не вызывает психических нарушений.

Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, могут быть физические (например, стены тюрьмы), биологические (болезнь, старение), психологические (страх, интеллектуальная недостаточность) и социокультурные (нормы, правила, запреты). Упомянем также деление барьеров на внешние и внутренние, использованное Т. Дембо для описания своих экспериментов: внутренними барьерами она называла те, которые препятствуют достижению цели, а внешними — те, которые не дают испытуемым выйти из ситуации. К. Левин, анализируя внешние в этом смысле барьеры, применяемые взрослыми для управления поведением ребенка, различает «физически-вещественные», «социологические» («орудия власти, которыми обладает взрослый в силу своей социальной позиции») и «идеологические» барьеры (вид социальных, отличающийся включением целей и ценностей, признаваемых самим ребенком». Иллюстрация: «Помни, ты же девочка!») [3, 37].

Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

- а) двигательное возбуждение — бесцельные и упорядоченные реакции;
- б) апатия;
- в) агрессия и деструкция;
- г) стереотипия — тенденция к слепому повторению фиксированного поведения;
- д) регрессия, которая понимается либо как «обращение к поведенческим моделям, доминировавшим в более ранних периодах жизни индивида», либо как «примитивизация» поведения (измерявшаяся в эк-

сперименте Р. Баркера, Т. Дембо и К. Левина снижением конструктивности поведения) или падением «качества исполнения» [3, 38].

Э. Фромм полагает, что фрустрационное поведение (в частности, агрессия) «представляет собой попытку, хотя часто и бесполезную, достичь фрустрированной цели» [3, 39]. К. Гольдштейн, наоборот, утверждает, что поведение этого рода не подчинено не только фрустрированной цели, но и вообще никакой цели, оно дезорганизовано и беспорядочно. Он называет это поведение «катастрофическим» [3, 39].

6.2. Анализ проблемы в отечественной литературе

Многие российские ученые интересуются проблемой поведения личности в критической ситуации. Существует множество определений как самой критической ситуации, так и ее разновидностей (стресса, кризиса, фрустрации и конфликта). Критической ситуацией для человека можно считать ситуации страхов различного рода.

Большой вклад в развитие современных представлений о критических ситуациях внес Ф.Е. Василюк. В своей книге «Психология переживания» он определяет критическую ситуацию как «ситуацию невозможности, т. е. такую ситуацию, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.)» [3, 31].

Василюк выделяет 4 ключевых понятия, которыми в современной психологии описываются критические жизненные ситуации. Это понятия стресса, фрустрации, конфликта и кризиса. До исследований этого ученого положение в науке было таково, что психологи, изучающие одну из этих тем, любую критическую ситуацию подводили под излюбленную категорию, так что для психоаналитика всякая такая ситуация являлась ситуацией конфликта, для последователей Г. Селье — ситуацией стресса и т. д., что приводило к большой терминологической путанице.

Приведем некоторые положения исследований Василиюка. Он считал, что тип критической ситуации определяется характером состояния «невозможности», в котором оказалась жизнедеятельность субъекта. «Невозможность» же эта определяется, в свою очередь, тем, какая жизненная необходимость оказывается парализованной в результате неспособности имеющихся у субъекта типов активности справиться с наличными внешними и внутренними условиями жизнедеятельности. Эти внешние и внутренние условия, тип активности и специфическая жизненная необходимость являются теми главными пунктами, по которым ученый характеризует основные типы критических ситуаций и отличает их друг от друга.

Анализируя понятия **стресса**, высказанные разными специалистами, Василиюк пришел к выводу, что главная тенденция в освоении психологической наукой этого понятия состоит в отрицании неспецифичности ситуаций, порождающих стресс: «Не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как угрожающее, которое нарушает адаптацию, контроль, препятствует самоактуализации... если уж психология берет на вооружение понятие «стресс», то ее задача состоит в том, чтобы, отказавшись от неоправданного расширения объема этого понятия, тем не менее сохранить основное его содержание — идею неспецифичности стресса, чтобы обнаружить минимально необходимые условия, точнее, специфические условия порождения неспецифического образования — стресса» [3, 34–35].

Любое требование среды может вызвать критическую, экстремальную ситуацию только у существа, которое неспособно справиться ни с какими требованиями вообще и в то же время внутренней необходимостью жизни которого является неотложное (здесь-и-теперь) удовлетворение всякой потребности, иначе говоря, у существа, нормальный жизненный мир которого «легок» и «прост», т. е. таков, что удовлетворение любой потребности происходит прямо и непосредственно, не встречая препятствий ни со стороны внешних сил, ни со стороны других потребностей и, стало быть, не требуя от индивида никакой активности.

Понятно, что реализация такой установки сплошь и рядом прорывается самыми обычными, любыми требованиями реальности; и, как считает Василюк: «...если такой прорыв квалифицировать как особую критическую ситуацию — стресс, можно прийти к такому понятию стресса, в котором очевидным образом удастся совместить идею «экстремальности» и идею «неспецифичности». При описанных содержательно-логических условиях вполне ясно, как можно считать стресс критическим событием и в то же время рассматривать его как перманентное жизненное состояние» [3, 48]. Категориальное поле, которое стоит за понятием стресса, Василюк обозначил термином «витальность», понимая под ним неустранимое измерение бытия, «законом» которого является установка на здесь-и-теперь удовлетворение.

Необходимыми признаками фрустрирующей ситуации, согласно большинству определений, является наличие сильной мотивированности достичь цель (удовлетворить потребность) и преграды, препятствующей этому достижению. Василюк, анализируя мнения различных авторов, выделяет два важнейших параметра, по которым должно характеризоваться поведение во фрустрирующей ситуации. Первый из них, который можно назвать «мотивосообразностью», заключается в наличии осмысленной перспективной связи поведения с мотивом, конституирующим психологическую ситуацию. Второй параметр — организованность поведения какой бы то ни было целью, независимо от того, ведет ли достижение этой цели к реализации указанного мотива. Предположив, что тот и другой параметры поведения могут в каждом отдельном случае иметь положительное либо отрицательное значение, т. е. что текущее поведение может быть либо упорядочено и организовано целью, либо дезорганизовано, и одновременно оно может быть либо сообразным мотиву, либо не быть таковым, Василюк получил следующую типологию возможных «состояний» поведения.

Поведение первого типа, мотивосообразное и подчиненное организующей цели, заведомо не является фрустрационным. Причем здесь важны именно эти, внутренние его характеристики, ибо сам по себе внешний

вид поведения (будь то наблюдаемое безразличие субъекта к только что манившей его цели, деструктивные действия или агрессия) не может однозначно свидетельствовать о наличии у субъекта состояния фрустрации: ведь мы можем иметь дело с произвольным использованием той же агрессии (или любых других, обычно автоматически относящихся к фрустрационному поведению, актов), использованием, сопровождающимся, как правило, самоэкзальтацией с разыгрыванием соответствующего эмоционального состояния (ярости) и исходящим из сознательного расчета таким путем достичь цели.

Такое псевдофрустрационное поведение может перейти в форму **поведения второго типа**: умышленно «закатив истерику» в надежде добиться своего, человек теряет контроль над своим поведением, он уже не волен остановиться, вообще регулировать свои действия. Произвольность, т. е. контроль со стороны воли, утрачен, однако это не значит, что полностью утрачен контроль со стороны сознания. Поскольку это поведение более не организуется целью; оно теряет психологический статус целенаправленного действия, но тем не менее сохраняет еще статус средства реализации исходного мотива ситуации, иначе говоря, в сознании сохраняется смысловая связь между поведением и мотивом, надежда на разрешение ситуации. Хорошей иллюстрацией этого типа поведения могут послужить рентные истерические реакции, которые образовались в результате «добровольного усиления рефлексов», но впоследствии стали произвольными. При этом, как показывают, например, наблюдения военных врачей, солдаты, страдавшие истерическими гиперкинезами, хорошо осознавали связь усиленного дрожания с возможностью избежать возвращения на поле боя.

Для **поведения третьего типа** характерна как раз утрата связи, через которую от мотива передается действию смысл. Человек лишается сознательного контроля над связью своего поведения с исходным мотивом: хотя отдельные действия его остаются еще целенаправленными, он действует уже не «ради чего-то», а «вследствие чего-то». Таково поведение человека, целенаправленно дерущегося у кассы со своим конкурентом, в то время как поезд отходит от станции.

Поведение четвертого типа можно назвать «катастрофическим». Это поведение не контролируется ни волей, ни сознанием субъекта, оно и дезорганизовано, и не стоит в содержательно-смысловой связи с мотивом ситуации. Последнее, важно заметить, не означает, что прерваны и другие возможные виды связей между мотивом и поведением (в первую очередь «энергетические»), будь это так, не было бы никаких оснований рассматривать это поведение в отношении фрустрированного мотива и квалифицировать как «мотивосообразное». Предположение, что психологическая ситуация продолжает определяться фрустрированным мотивом, является необходимым условием рассмотрения поведения как следствия фрустрации.

На вопрос о различении ситуации затрудненности и ситуации фрустрации, Василюк отвечает, что первой из них соответствует поведение первого типа данной типологии, а второй — остальных трех типов. Переход ситуации затрудненности в ситуацию фрустрации осуществляется в двух измерениях — по линии утраты контроля со стороны воли, т. е. дезорганизации поведения и/или по линии утраты контроля со стороны сознания, т. е. утраты «мотивосообразности» поведения, что на уровне внутренних состояний выражается соответственно в потере терпения и надежды.

Таким образом, по Василюку, фрустрационное поле может быть изображено как жизненный мир, главной характеристикой условий существования в котором является трудность, а внутренней необходимостью этого существования — реализация мотива. Деятельностное преодоление трудностей на пути к «мотивосообразным» целям — «норма» такой жизни, а специфическая для него критическая ситуация возникает, когда трудность становится непреодолимой, т. е. переходит в невозможность.

Где проходит теоретическая граница между ситуациями фрустрации и конфликта? Ситуация фрустрации может создаваться не только материальными преградами, но и преградами идеальными, например, запретом на осуществление некоторой деятельности. Эти преграды и запрет, в частности, когда они выступают для сознания субъекта как нечто самоочевидное и, так сказать, не обсуждаемое, являются по существу

психологически внешними барьерами и порождают ситуацию фрустрации, а не конфликта, несмотря на то, что при этом сталкиваются две, казалось бы, внутренние силы. Запрет может перестать быть самоочевидным, стать внутренне проблематичным, и тогда ситуация фрустрации преобразуется в **конфликтную ситуацию**.

Так же, как трудности внешнего мира противостоят деятельности, так сложности внутреннего мира, т. е. перекрещенности жизненных отношений субъекта, противостоит активность сознания. Внутренняя необходимость, или устремленность активности сознания, состоит в достижении согласованности и непротиворечивости внутреннего мира. Сознание призвано соизмерять мотивы, выбирать между ними, находить компромиссные решения и т. д., словом, преодолевать сложность. Критической ситуацией здесь является такая, когда субъективно невозможно ни выйти из ситуации конфликта, ни разрешить ее, найдя компромисс между противоречащими побуждениями или пожертвовав одним из них.

Подобно тому, как выше различались ситуации затруднения деятельности и невозможности ее реализации, следует различать ситуацию осложнения и **критическую конфликтную** ситуацию, наступающую, когда сознание капитулирует перед субъективно неразрешимым противоречием мотивов.

Внутренней необходимостью жизни личности является реализация своего пути, своего жизненного замысла. Психологическим «органом», проводящим замысел сквозь неизбежные трудности и сложности мира, является воля. Воля — это орудие преодоления «умноженных» друг на друга сил трудности и сложности. Когда перед лицом событий, охватывающих важнейшие жизненные отношения человека, воля оказывается бессильной (не в данный изолированный момент, а в принципе, в перспективе реализации жизненного замысла), возникает специфическая для этой плоскости жизнедеятельности критическая ситуация — **кризис**.

Как и в случаях фрустрации и конфликта, можно выделить два рода кризисных ситуаций, различающихся по степени оставляемой ими возможности реализации внутренней необходимости жизни. Кризис перво-

го рода может серьезно затруднять и осложнять реализацию жизненного замысла, однако при нем все еще сохраняется возможность восстановления прерванного кризисом хода жизни. Это испытание, из которого человек может выйти сохранившим в существенном свой жизненный замысел и удостоверившим свою самотождественность. Ситуация второго рода, собственно кризис, делает реализацию жизненного замысла невозможной. Результат переживания невозможности — метаморфоза личности, перерождение ее, принятие нового замысла жизни, новых ценностей, новой жизненной стратегии, нового образа «Я».

Итак, каждому из понятий, фиксирующих идею критической ситуации, соответствует особое категориальное поле, задающее нормы функционирования понятия, которые необходимо учитывать для его критического употребления. Такое категориальное поле в плане онтологии отражает особое измерение жизнедеятельности типом активности и специфической внутренней необходимостью. Данная типология дает возможность более дифференцированно описывать экстремальные жизненные ситуации.

Конкретная критическая ситуация — не застывшее образование, она имеет сложную внутреннюю динамику, в которой различные типы ситуаций невозможности взаимовлияют друг на друга через внутренние состояния, внешнее поведение и его объективные следствия. Скажем, затруднения при попытке достичь некоторой цели в силу продолжительного неудовлетворения потребности могут вызвать нарастание стресса, которое, в свою очередь, отрицательно скажется на осуществляемой деятельности и приведет к фрустрации; далее агрессивные побуждения или реакции, порожденные фрустрацией, могут вступить в конфликт с моральными установками субъекта, конфликт вызовет увеличение стресса и т. д. Основная проблематичность критической ситуации может при этом смещаться из одного «измерения» в другое.

Кроме того, с момента возникновения критической ситуации начинается психологическая борьба с нею процессов переживания, и общая картина динамики критической ситуации еще более осложняется этими процессами, которые могут, оказавшись выгодными в

одном измерении, только ухудшить положение в другом. Практическая важность установленных понятийных различий в том, что они способствуют более точному описанию характера критической ситуации, в которой оказался человек, а от этого во многом зависит правильный выбор стратегии психологической помощи ему.

Феноменология адаптации к критической ситуации предлагается в работе О.Е. Хухлаева и Т.Н. Счастной [14, 209 – 211]. Они, следуя за Василюком, понимают переживание как особую деятельность, особую работу по перестройке психологического мира, направленную на установление смыслового соответствия между сознанием и бытием. Ученые обратились к анализу материала, накопленного психиатрией, занимающейся проблемой существования человека в критической ситуации. Основным объясняющим механизмом здесь выступает концепция психической адаптации, характеризующей нормальное функционирование индивида и дезадаптации как основы пограничных психических расстройств.

Состояние психической адаптации — это состояние, «которое обеспечивает деятельность на уровне «оперативного покоя», позволяя человеку не только наиболее оптимально противостоять различным природным и социальным факторам, но и активно и целенаправленно воздействовать на них» [14, 209].

Соотнеся типологию критических ситуаций, предложенную Василюком, с ситуацией адаптации, ученые заметили, что в нее как в деятельность, осуществляемую во внешнем плане, входят лишь переживания стресса и фрустрации. И это естественно — адаптация характеризует бытие человека только непосредственно в самой критической ситуации. Неотъемлемым вторым элементом адаптационного цикла, по мнению ученых, является постадаптация, которая начинается сразу после непосредственного исчезновения критической ситуации и происходит не во внешнем, а во внутреннем плане индивида. Из критических ситуаций ей соответствует конфликт и кризис. Успешность переживания в критической ситуации (адаптации) и успешность постадаптации существенно отличаются. Их главное отличие состоит в разности целей. В крити-

ческой ситуации цель — преодоление внешней преграды (может быть и идеальной), социально значимая. Успешное переживание здесь — переживание, согласовавшее эту цель с мотивационной сферой. После критической ситуации (при ее переходе во внутрь) цель — дальнейшая нормальная жизнь человека в изменившемся жизненном мире, цель индивидуальная и внутренняя. Успешное переживание в данном случае — «обратное» согласование имеющейся ценностно-мотивационной структуры с дальнейшими целями всей жизнедеятельности. В критической ситуации, когда адаптация «не справляется» со своими функциями и переживание не решает проблемы во внешнем плане, определенную помощь могут оказать процессы постадаптации, вступающие в действие «раньше срока», решающие вопросы адаптации во внутреннем плане.

Далее рассмотрим более узкий круг вопросов, касающихся поведения школьников и молодежи в критических ситуациях. Разберем, какие именно ситуации данная категория людей считает для себя кризисными.

Н.В. Калинина и М.И. Лукьянова провели анализ поведения подростков и молодежи в кризисных ситуациях. При этом исследователи определили кризисную ситуацию «как один из случаев трудной жизненной ситуации, характеризующейся возникновением перед индивидом проблемы, от которой нельзя уйти или разрешить которую в короткое время и привычным способом он не может, проблемы, серьезно затрудняющей или делающей невозможной реализацию жизненного замысла» [5, 16].

Было установлено, что трудной для подростков и молодежи может стать любая жизненная ситуация, связанная с блокировкой базовых потребностей возраста: в самоутверждении (в признании взрослыми и сверстниками), в независимости, в самореализации, социальной компетентности и в самоопределении в настоящем и будущем. При этом кризисные ситуации оказались связанными с ущемлением различных аспектов «Я».

Для младших подростков кризисными являются ситуации, затрагивающие сферу их отношений со взрослыми, в основном с педагогами. Учащиеся вос-

принимают как кризис невозможность противостоять неуважению к ним со стороны педагогов, зависимость от оценок учителей.

Старшие подростки переживают кризис, если блокируется их потребность в автономии (зависимость в отношениях с родителями) и идентичности (ситуации разочарования в себе, своих возможностях и силах). В этом возрасте школьники страдают от хронических супружеских конфликтов в родительской семье и, не чувствуя возможности как-то разрешить ситуацию, также считают их кризисными. Значимое место в этом возрасте начинают занимать и ситуации непризнания сверстниками, невозможность занять желаемое положение в группе. Эти трудности большинство подростков связывают с собственной несостоятельностью.

У юношей и девушек (учащихся старших классов) акцент в восприятии кризисных ситуаций сдвигается в сторону неустроенности социальных отношений и смысложизненных проблем. Как кризис они переживают собственное одиночество, отсутствие возможности устроиться куда-либо работать в будущем. Остаются актуальными для юношей ситуации самоутверждения среди сверстников и непонимания родителями. У студентов кризисы чаще всего связаны со смысложизненными проблемами, в частности с разочарованием в выборе профессии.

Таким образом, в конкретном восприятии содержания кризисных ситуаций наблюдается ярко выраженная возрастная специфика, которая должна быть учтена при организации развивающей и коррекционной работы с подростками, старшеклассниками и студентами.

Все варианты поведения подростков и молодежи в кризисных ситуациях авторы относят к двум основным стратегиям — «конструктивной, позволяющей справиться с ситуацией, и неконструктивной, не решающей саму ситуацию, а лишь ослабляющей остроту переживания. К неконструктивной стратегии относятся такие поведенческие реакции, как уход от ситуации, агрессивное поведение, требование изменений от окружающих, признание ситуации тупиковой. Конструктивные способы предполагают актив-

ное сопротивление обстоятельствам, принятие ответственности на себя, обращение за помощью к специалистам, компетентным взрослым и сверстникам» [5, 17].

Исследования Н.В. Калининой и М.И. Лукьяновой показали, что младшие подростки (11–12 лет) обнаруживают большую настойчивость и упорство в стремлении разрешить кризисные ситуации (57% детей выбрали конструктивные способы преодоления трудных ситуаций). Ученые предположили, что это связано с изменениями, происходящими в личности детей в этом возрасте. В это время возрастает мотивирующая функция самооценки, и в основе этих изменений лежит формирование стабильного «Я», что актуализирует у младших подростков потребность в общей положительной оценке своей личности другими людьми, прежде всего взрослыми.

Наиболее типичными случаями реагирования на кризисные ситуации у подростков 13-летнего возраста были негативные эмоции — страх, стыд, обида, гнев, слезы, а также защитные и агрессивные реакции (56% детей). По данным исследования, у учащихся VII класса — самый низкий уровень самопрезентации (особенно низок он в группе мальчиков). Таким образом, когнитивная сторона самосознания во многом зависит от эмоциональной, и даже относительно нейтральные ситуации воспринимаются подростками как содержащие угрозу самооценке, представлению о себе и приводят к переживанию сильного волнения, тревоги, страха.

Подростки, которым исполнилось 15 лет, в большинстве случаев выделили конструктивные способы преодоления кризисных жизненных ситуаций (56%). Калинина и Лукьянова объясняют это тем, что, с одной стороны, в этом возрасте подростки отличаются меньшей импульсивностью, большей эмоциональной устойчивостью, дифференцированностью эмоциональных реакций и способов их выражения, повышением самоконтроля и саморегуляции эмоций, а с другой — уровень значимости препятствия определяется у них не только оценкой своих возможностей по его преодолению (а у подростков эта оценка в связи с отсутствием достаточного личного опыта может быть неадекват-

но завышена), но и интенсивностью самой потребности преодоления.

Юноши и девушки 17 лет в основном выбирают неконструктивные способы (63%) преодоления критических ситуаций. При этом 36% из них считают, что ничего нельзя изменить, что они не могут повлиять на ситуацию, а 15% уповают на то, что изменятся окружающие.

Таким образом, больше половины, а именно 56% подростков, оценивают свое поведение в кризисных жизненных ситуациях как конструктивное. У другой части подростков (44%) предпочитаемыми в основном являются пассивно-зависимые, а в некотором случае — агрессивные варианты реагирования, что указывает на недостаточный опыт уверенного, конструктивного поведения.

Кроме того, ученые пришли к выводу, что «выбор стратегии поведения в кризисных ситуациях был в наибольшей степени связан с показателями самооценочной тревожности личности и преобладанием чувства вины и обиды в характеристиках агрессивных реакций. Именно эти показатели эмоциональной сферы и должны стать предметом повышенного внимания при формировании конструктивного антикризисного поведения подростков» [5, 24].

Каковы же кризисные жизненные ситуации в среде младших школьников? С какими проблемами сталкиваются дети данного возраста? Ответы на эти вопросы можно найти у В.А. Петченко, который проводил анализ школьных объектных страхов детей младшего школьного возраста [10, 30 — 31].

Психологический словарь дает такое определение понятию страх: «Страх — это эмоция, возникающая в ситуациях угрозы биологическому или социальному существованию индивида и направленная на источник действительной или воображаемой опасности. В отличие от боли и других видов страдания, вызываемых реальным действием опасных для существования факторов, страх возникает при их предвосхищении. Функционально страх служит предупреждению субъекта о предстоящей опасности, позволяет сосредоточить внимание на ее источнике, побуждает искать пути ее избегания. В случае, когда страх достигает силы аф-

фекта (панический страх, ужас), он способен навязать стереотипы поведения (бегство, оцепенение, защитная агрессия)...» [12, 386].

По мнению Петченко, страхи детей — это нормальное явление в их развитии. Возрастные страхи самопроизвольно проходят с возрастом. Негативное воздействие способны оказать лишь неадекватные, чрезмерно сильные, болезненно заостренные страхи или очень частое переживание состояния страха. В таком случае развивается «невроз страха». К его развитию могут приводить как внутренние факторы (например, повышенная тревожность, беспокойство, сверхсензитивность, мнительность), так и внешние социальные факторы (неправильное воспитание: гиперопека, гипоопека, повышенная требовательность к ребенку, эгоцентрическое воспитание; психологически неграмотное воздействие на ребенка).

Сильное переживание состояния страха может сопровождаться вегетативными дисфункциями (сердцебиение, обильный пот и т. п.). Наиболее вредоносными для младшего школьника оказываются школьные страхи, лишаящие ребенка перспективы развития, сказываясь на успешности его ведущей деятельности.

Среди причин возникновения школьных страхов у учащихся начальной школы Петченко отмечает следующие:

- психотравмирующий характер самой системы обучения (классы по 30—35 человек, ограничение двигательной активности ребенка, изменение привычного режима дня, изменение обязанностей и социального статуса ребенка и пр.);
- стиль общения и особенности личности педагога (при определении класса, в котором будет обучаться ребенок, необходимо учитывать индивидуальные особенности педагога и ребенка, активно включать родителей в воспитательную внеклассную работу);
- личностные особенности ребенка (непосещение детского сада, тип нервной системы, адаптивность ребенка, особенности его эмоционального реагирования и прочее).

Школьные страхи являются нормальным сопровождением деятельности учения. Однако ряд факторов

может привести к тому, что у ребенка сложится комплекс страхов или его страхи будут настолько сильными, что скажутся на успешности его ведущей деятельности.

Петченко удалось структурировать особенности школьных объектных страхов детей младшего школьного возраста.

1. Наиболее сильные страхи переживаются детьми в первом классе.
2. Биологические страхи детей младшего школьного возраста преимущественно связаны с реальной или воображаемой опасностью боли, причинения ущерба. Страхи данной группы представлены как страхи лестницы, кабинетов, школьного двора, гардероба и пр. Некоторые страхи ассоциируются с людьми: старшеклассниками, родителями, техническим персоналом, администрацией школы.
3. Социальные страхи учащихся начальной школы основываются на угрозе отторжения социумом любого, кто не соблюдает принятые «правила игры», т. е. социальные нормы, правила, ожидания, регламентирующие включенность субъекта в жизнедеятельность группы. На уровне конкретных объектных страхов у младших школьников это проявляется как боязнь:
 - а) многообразных ситуаций оценивания, в которых школьник выступает как пассивный участник, ожидающий оценивания. Боязнь данных ситуаций хорошо известна как «страх достижений» (или же «страх недостижений»);
 - б) страх нарушить различные временные и организационные правила школьной жизни, которые надо «держат в голове» и за которые несет ответственность сам ученик. Группы социальных страхов являются связанными с развитием рефлексии и самоконтроля детей.
4. По мере взросления в младшем школьном возрасте биологические страхи имеют тенденцию к уменьшению, социальные — к усилению, что говорит об изменении актуальности отдельных страхов для детей и некотором изменении их общей эмоциональной направленности, об определенной возрастной динамике страхов.

5. Для младшего школьного возраста характерен переход от страха «быть никем» (биологическая смерть) к страху быть «не тем» (угроза социальной смерти). Данный переход проходит постепенно, поэтапно: в первом классе происходит активное принятие, освоение, постижение первоклассником новой для него ролевой позиции школьника, что выражается в выделении как основных ряда биологических страхов пространства, времени, боли, угрозы самосохранению и общего страха новой социальной ситуации.
6. Наиболее сильный страх на протяжении младшего школьного возраста — страх наказания со стороны референтных лиц. С возрастом в начальной школе у детей происходит постепенное усиление влияния референтности.
7. В младшем школьном возрасте существует тенденция к уменьшению переживания школьных объектных страхов. С возрастом увеличивается процент несущественных страхов.

В младшем школьном возрасте, несмотря на общее уменьшение количества страхов, одним из ведущих будет страх опоздания в школу. Это боязнь заслужить порицание, сделать что-либо не так, как следует, как принято [10, 30 – 31].

Таким образом, в зарубежной и отечественной литературе содержится немало ценного материала, касающегося природы критических ситуаций и особенностей поведения в них человека. Но исследований, посвященных анализу активности детей с проблемами в развитии в такого рода ситуациях, нами не обнаружено.

6.3. Эмпирическое исследование поведения детей со сниженным интеллектом в кризисной ситуации

Проектируя исследовательскую работу, мы предполагали, что специфика переживаний и поведения ребенка со сниженным интеллектом в кризисной ситуации зависит от его личностных особенностей, со-

циальной ситуации развития, имеющегося опыта преодоления фрустрационных барьеров, характера самой ситуации.

В исследовании принимали участие 18 учащихся 2—3 классов вспомогательной школы № 12 г. Владимира.

Экспериментальная работа проводилась в 4 этапа. Первый был направлен на уточнение того, понимают ли учащиеся значение слова «страх», известны ли им причины данного эмоционального состояния. Здесь испытуемым предлагалось дать объяснение понятию «страх», подобрать синонимы к слову «страшный», выразить мнение относительно того, нравится ли людям испытывать страх. Данная работа была проведена с целью возможности оперирования словом «страх» на последующих этапах эксперимента, т. к. мы считали, что стоящие за данным термином переживания являются центральными в структуре эмоциональных реакций реципиентов на кризисные ситуации.

На втором этапе исследования выявлялись особенности отношения опрашиваемых к страшному. Им предлагалось ответить на следующие вопросы:

1. Нужно ли бороться с чувством страха? Почему?
2. Борешься ли ты с чувством страха? Как ты это делаешь?
3. Нравятся ли тебе страшные истории, сказки, книги, фильмы? Чем они тебя привлекают?
4. Снятся ли тебе страшные сны? О чем они? Нарисуй свой страшный сон.
5. Чего ты боишься больше всего? Нарисуй что-то очень-очень страшное.

Затем школьникам требовалось придумать такое окончание рассказа, которое, по их мнению, заставляет пережить страх. Рассказ начинался словами: «Пошла девочка в лес и заблудилась...» По условиям следующего задания испытуемым надо было рассказать какой-либо конкретный случай из своей жизни о том, как им пришлось пережить чувство страха.

Целью данного этапа эксперимента являлось вычленение ситуаций, которые сами учащиеся считают для себя страшными, определение отношения школьников к этим ситуациям.

На третьем этапе исследования проводилось изучение социальной ситуации развития ребенка: сферы его межличностных отношений, его восприятия внутрисемейной атмосферы, ключевых характеристик его поведения.

Четвертый этап экспериментальной работы был необходимым для анализа переживаний и стратегий поведения детей в кризисных ситуациях. С этой целью использовался метод рисуночной фрустрации Розенцвейга; наблюдение (прямое и косвенное); авторская анкета, этикетизирующая предполагаемую реакцию ребенка на наиболее типичные конфликтные ситуации, в которых он оказывался или может оказаться.

Анализ результатов первого этапа эксперимента показал, что абсолютному большинству испытуемых понятно значение слова «страх», в то же время уровень усвоения этого и сопутствующих ему понятий является недостаточно высоким. Все учащиеся отнесли страх к отрицательным эмоциям, связывая его с переживанием какой-либо опасности, угрозы. Протестированные в целом осознают, что страхи возникают по определенным причинам, однако конкретизировать их затрудняются. Данные, полученные на втором этапе эксперимента, свидетельствуют, что большая часть опрошенных детей не предпринимает никаких мер совладания со страхом, просто фиксируясь на нем. Остальные (12% выборки) в ситуации страха выбирают агрессивное поведение («дерусь», «всех бью»).

Соглашаясь, что страх — это негативное чувство, учащиеся в то же время не отказываются его испытывать при просмотре «страшилок». Заметим, что испытуемые смотрят «ужастики» с позволения родителей, которые, видимо, не представляют реальной угрозы утяжеления дефекта, объективно возрастающей при регулярном воздействии такого рода телепродукции.

Однако абсолютно исключить «фактор страха» из жизни ребенка невозможно, т. к. потребность в страхе закреплена на биохимическом уровне функционирования личности, поэтому она объективно не может не искать ситуаций, способных удовлетворить эту потребность.

Тяготение к страху часто сопрягается и с биографическими причинами: неосознанным стремлением отреагировать полученный травматический опыт, который накапливается в личном бессознательном. О его содержании можно в определенной степени судить по материалам сновидений.

63% опрошенных нами учащихся с особыми потребностями сообщили, что им регулярно снятся страшные сны. Причем они запоминают содержание таких снов, думают о них («мне часто снится, как роботы всех людей убивают», «снятся сны о "чубриках", они очень страшные, я кричу...», «...я был в каком-то доме, а там был бык. Он очень страшный и меня съел»).

При дополнительной беседе с этой группой реципиентов выяснилось, что они испытывали страх рассказать взрослым (педагогам, родителям) о своих повторяющихся кошмарах, надеясь, что они рано или поздно сами пройдут.

Ответы на вопрос «Чего ты больше всего боишься?» разделились на 4 группы. Первую составили утверждения почти половины опрошенных мальчиков (45%) о том, что они ничего не боятся. Во вторую группу вошли заявления о страхе темноты и нечистой силы. Для третьей группы самым страшным было оказаться жертвой несчастных случаев, природных катастроф, для четвертой абсолютным страхом выступала смерть. Рисунки детей (требовалось нарисовать «что-то очень-очень страшное») в основном подтвердили их предыдущие ответы (изображались кости, скелеты, черепа, вампиры, ведьмы, дорожные аварии, грозы, землетрясения). Исключение составили рисунки тех детей, которые, судя по их ответам на вопросы анкеты, «ничего не боятся». Между тем их рисунки, где в различных вариантах представлена нечистая сила, говорят о ложности подобных утверждений. Другое дело, что такая ложь является бессознательной, отражающей неадекватное понимание ими причинно-следственных связей между явлениями и событиями.

На втором этапе эксперимента наибольшие затруднения вызвали последние два задания. Для некоторых (28% обследованного массива) придумать страшный конец к рассказу, который начинался словами «пошла

девочка в лес и заблудилась...», оказалось не под силу. Остальные составили короткие рассказы из двух-трех смысловых единиц с примитивным сюжетом («...увидела медведя и испугалась», «...ее баба Яга утащила», «...Кашей зарубил», «...наступил вечер, и ей стало страшно...», «сзади вышел волк и загрыз ее, а потом пришла милиция нашла, и на кладбище похоронили»).

У значительной части обследованных (33%) возникли непреодолимые сложности с вербализацией пережитого ранее страха. Другие сообщения по этому вопросу воспроизводят страх смерти («Антон рассказывал, как девочку убили. Мне страшно было») или страх перед воображаемыми явлениями («Мама уехала, а я дома осталась. Свет отключили, а на улице темно. Вдруг слышу, как кто-то ходит. Очень страшно!» «Гроза была и вдруг в темноте глаза засверкали!»).

Обобщив данные, полученные на втором этапе опытной работы, можно выделить следующие страшные ситуации для детей с нарушенным интеллектом:

- Темнота, воображаемые явления;
- Стихийные природные явления;
- Страшные сны;
- Несчастные случаи, смерть.

Как видим, в этом перечне представлены исключительно космологические и биологические страхи, отсутствуют социальные, т. е. связанные с процессом обучения и социализации. И это вполне объяснимо для детей младшего школьного возраста с нарушением интеллекта, которые, в отличие от своих здоровых сверстников, не испытывают «страха достижений». Все их страхи обусловлены потребностями безопасности и защиты. Неудовлетворение этих потребностей создает для умственно отсталых кризисную ситуацию, рождающую в первую очередь чувства страха, «эмоционального паралича», безысходности.

Третий этап экспериментальной работы был ориентирован на идентификацию кризисных ситуаций для ребенка с ограниченными интеллектуальными возможностями в сферах его межличностных и внутрисемейных отношений. Здесь применялись некоторые из заданий проективной методики Р. Жилия, косвенное наблюдение. Обнаружено, что все дети мечтают постоянно находиться с обоими родителями, но в силу жиз-

ненных обстоятельств вынуждены быть намного ближе к матери, чем к отцу, что болезненно переживается большинством обследованных.

Установлено, что фигура воспитателя, учителя не является позитивно окрашенной. Ни один из испытуемых не назвал среди самых притягательных для него личностей своих педагогов, даже несмотря на то, что интерактивное поле с ними значительно плотнее, чем с семьей. Отчужденность в отношениях между воспитателями и детьми не воспринимается последними как кризисная ситуация, тем не менее объективно является неблагоприятным фоном для коррекционной работы.

Выявленная в ходе эксперимента бедность межличностных коммуникаций испытуемых, низкий уровень эмоциональной вовлеченности в интеракции не позволяют рассматривать изолированность ребенка в группе в качестве кризисной для него ситуации. Таковой она становится, когда изоляция сопровождается явными признаками неприятия ребенка со стороны одноклассников. В подобном положении среди протестированных оказалось всего 12%.

В процессе анализа межличностных отношений у каждого третьего учащегося была эксплицирована неудовлетворенная потребность в уединении, желание хотя бы на непродолжительное время остаться наедине с собой: без опеки педагогов и вне детского сообщества. Подобную ситуацию мы также отнесли к разряду кризисных для обследованного контингента.

На четвертом, заключительном этапе эксперимента, были получены результаты, отражающие основные стратегии поведения детей в кризисных ситуациях. Применение рисуночного теста Розенцвейга (детский вариант) дало возможность сделать предварительный вывод о том, что испытуемым не свойственны интропунитивные реакции с принятием вины или ответственности за исправление возникшей ситуации. Ресципиенты ни в коем случае не считают фрустрирующую ситуацию благоприятной для себя. Их реакция направлена либо на внешнее окружение, либо предложенная ситуация не воспринимается как кризисная (в силу недоразвития интеллектуальной сферы или

особенностей характера), и обвинение окружающих и самого себя отсутствует.

Значительная часть ответов (43%) является реакцией «с фиксацией на препятствии» (препятственно-доминантные), когда преграды, вызвавшие фрустрирующую ситуацию, всячески подчеркиваются, чуть меньше (30%) детей продемонстрировали реакции «с фиксацией на удовлетворение потребностей» (необходимо-упорствующие). Эта группа детей ожидает обязательного разрешения ситуации от окружающих лиц или, реже, себя. 26% ответов — самозащитные реакции, варианты типа: «простите меня, пожалуйста, я больше не буду!» или «это не я сделал». При этом на вопрос экспериментатора: «А ты действительно больше не будешь?» дети отвечали, что это неправда («...буду, это я, чтобы меня не ругали, так сказал», «...буду, конечно, это же интересно»).

Завершала 4-й этап эксперимента авторская анкета, нацеленная на определение у испытуемых уровня сформированности нравственного сознания, умения разрешать конфликтные ситуации. Все ответы, отражающие отношение опрошенных к различным группам окружающих (педагогам, одноклассникам, чужим взрослым, родителям, младшим и старшим школьникам), поведение которых способно вызвать кризисную ситуацию, оценивалось по 3-балльной шкале.

Высший балл «3» проставлялся за ответы, манифестирующие достаточно высокий уровень сформированности у детей с пораженным интеллектом морального сознания, готовность к бесконфликтному решению осложненной ситуации. Высшим баллом оценивались ответы, говорящие о том, что испытуемые понимают, что ситуация слишком незначительна для серьезной ссоры, или показывающие их желание выяснить причину негативного к себе отношения, готовность признать свою вину либо доказать ее отсутствие, склонность к разрядке возникшей напряженности шуткой.

Баллом «2» оценивались ответы, свидетельствующие о безразличном, пренебрежительном отношении к людям, об отказе от поведения, усугубляющего конфликт, но не отражающие желание опрошенных этот конфликт погасить. Ответы, где явно просматривалось

негативное отношение к людям, готовность к грубой вербальной и физической агрессии в критической ситуации, соответственно оценивались баллом «1».

Обобщение полученных данных показало, что высокий уровень нравственных представлений обследованные продемонстрировали только по отношению к чужим взрослым. Данный факт можно объяснить тем, что детей целенаправленно обучают правилам поведения в общественных местах, и учащиеся теоретически знают как себя вести, однако эти знания не стали их личностным достоянием, не перешли в убеждения. Нельзя не учитывать и того, что выбор вежливости и доброжелательности как оптимальной стратегии поведения с незнакомым взрослым продиктован и страхом перед непредсказуемостью его отклика на неадекватное поведение ребенка.

Средний уровень морального сознания обнаружился у опрошенных по отношению к педагогам. Показательно, что испытуемые дистанцируются, «убегают» от возможного конфликта ввиду нежелания быть наказанными. Однако страх перед наказанием оказывается для них более слабым, чем страх перед неизвестностью (ситуация с незнакомым взрослым), поэтому в отношениях с педагогами не требуется надевать маски доброжелательности — достаточно и безразличия.

Регулируя отношения с родителями, одноклассниками, младшими и старшими школьниками, опрошенные в подавляющем большинстве даже не пытаются сдерживать, контролировать себя в кризисной ситуации, не задумываясь выбирают деструктивные линии поведения (прямая, косвенная агрессия, аутоагрессии), обрамляемые негативными состояниями (печаль, вина, гнев, ненависть, страх).

Таким образом, в результате проведения исследования нами был отселектирован круг ситуаций, интерпретируемых детьми младшего школьного возраста с нарушенным интеллектом как кризисные, определены особенности переживаний и паттернов поведения в такого рода ситуациях, что в совокупности открывает неплохие возможности для организации в коррекционном учреждении систематической работы по развитию психологической устойчивости воспитанников к фрустрационным вызовам.

Литература

- Альманах психологических тестов. М.: КСП, 1996.
- Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал. 1994, № 1.
- Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.
- Гутенбуль А. Зловещее очарование насилия. Профилактика детской агрессивности и жестокости и борьба с ними / Перевод с нем. Н. Скородума, послесловие В. Зеленского. СПб., 2000.
- Калинина Н.В., Лукьянова М.И. Некоторые аспекты изучения поведения подростков и молодежи в кризисных ситуациях // Психологическая наука и образование. 2000, № 3.
- Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., 1983.
- Лисина Е. Страх как психологический опыт ребенка // Дефектология. 2001, № 5.
- Махова В.М. Изучение личностных свойств и особенностей эмоционального реагирования детей с интеллектуальной недостаточностью в период их адаптации к школе // Дефектология. 2000, № 6.
- Мельников В.И. Психологические механизмы коррекции стрессовых состояний личности. Автореферат дисс. канд. псих. наук. Новосибирск. 2000.
- Петченко В.А. Программа по коррекции школьных объектных страхов детей младшего школьного возраста // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2000, № 3.
- Пожар Л. Некоторые проблемы морального развития аномальных детей // Дефектология. 1991, № 3.
- Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М., 1990.
- Селье Г. Стресс без дистресса. М. Прогресс. 1982.
- Хухлаев О.Е., Счастливая Т.Н. Психология переживания и феноменология адаптации к критической ситуации // 1-я московская конференция студентов и аспирантов «Психология на пороге XXI века: актуальные проблемы». М., 1999.
- Черепанова Е.М. Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. Кн. для школьных психологов, родителей, учителей. М., 1996.
- Шаповалова О.Е. Переживание умственно отсталыми школьниками своего отношения к страшному // Дефектология. 1998, № 1.

Шаповалова О.Е. Об изучении особенностей эмоциональной сферы учащихся вспомогательной школы-интерната // Дефектология. 1996, №5.

Вопросы и задания

1. Раскройте содержание понятия «кризисная ситуация».
2. Определите общее и особенное в подходах зарубежных и отечественных ученых к проблемам поведения человека в кризисной ситуации.
3. Назовите характерные особенности реагирования на кризисные ситуации нормально развивающихся дошкольников, младших школьников, подростков, юношей и девушек.
4. Какие ситуации школьники вспомогательного учебного заведения считают для себя кризисными?
5. Каково типичное поведение учащихся вспомогательных школ в кризисных ситуациях?

Темы для докладов и рефератов

1. Классификация кризисных ситуаций для учащихся вспомогательных школ.
2. Особенности восприятия кризисной ситуации мальчиками и девочками из вспомогательных школ.
3. Формирование антикризисного поведения детей с ограниченными возможностями здоровья.
4. Психологическая защита умственно отсталых детей в кризисных ситуациях.

ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ

7.1. Теоретическое осмысление проблемы

С каждым годом увеличивается число детей с ограниченными физическими и психическими возможностями. Это явление связано с ухудшением экологической обстановки в мире, ростом психологической напряженности, обострением наследственной патологии, плохим питанием женщин во время беременности, увеличением числа больных наркоманией, алкоголизмом, ВИЧ-инфицированных женщин репродуктивного возраста.

Умственно отсталые дети — наиболее многочисленная категория аномальных детей. Они составляют, по данным Всемирной организации здравоохранения, примерно 1 — 3% от общей детской популяции. По степени выраженности интеллектуального дефекта все случаи умственной отсталости делят на три группы: дебильность, имбецильность, идиотия. Дети с легким недоразвитием интеллекта — дебильностью — составляют 70 — 80%, с выраженным — имбецильностью — 20 — 25% и с глубоким — слабоумием (идиотия) — около 5% всех случаев умственной отсталости.

Таким образом, дети с диагнозом имбецильность составляют около 0,7% от детского населения. Эту категорию детей из-за тяжелого недоразвития позна-

вательной деятельности, а также достаточно отчетливо выраженных физических и психических нарушений считали «необучаемыми». В последнее время формируется общественное мнение относительно детей-инвалидов как людей, имеющих равные права и возможности с другими людьми для развития, но нуждающихся в определенной опеке, индивидуальной помощи. Современными экспериментальными исследованиями подтверждается, что «включение ребенка с глубокими нарушениями интеллекта в процесс обучения и воспитания возможно и необходимо при обеспечении определенных условий для раскрытия потенциальных возможностей психического, физического, эмоционального и социального развития» [24, 12]. Сегодня для таких детей открывают специальные классы при вспомогательных школах, но большая их часть воспитывается в детских домах-интернатах или просто в домашних условиях.

«Ребенок-имбецил, как и всякий ребенок, растет и развивается, но развитие его замедляется с самого начала и идет на дефектной основе, что порождает трудности вхождения в социальную среду, рассчитанную на нормально развивающихся детей» [7, 108].

Обучение и воспитание глубоко умственно отсталых детей имеет решающее значение для их развития и реабилитации в обществе.

Установлено, что наибольший эффект в развитии ребенка-имбецила достигается в тех случаях, когда в обучении и воспитании осуществляется принцип коррекции — исправление присущих этим детям недостатков (Л.С. Выготский, Е.М. Мастюкова, С.М. Миловская, М.С. Певзнер, А.Н. Смирнова).

«Конечная цель коррекционно-воспитательной работы с глубоко умственно отсталыми — подготовка их к известной самостоятельности в быту и посильной трудовой деятельности в условиях психоневрологического интерната» [24, 21].

«Коррекция должна, прежде всего, быть направлена на вторичные дефекты с учетом зоны актуального и зоны ближайшего развития» [9, 135].

Существуют различные пути и способы коррекции дефектов. Все большей популярностью пользуется теория развития личности детей-имбецилов через ран-

ную коррекцию (Е.М. Мастюкова). Давно известен принцип коррекционно направленного обучения и воспитания (Т.А. Власова, М.С. Певзнер, Г.М. Дульнев). Одним из важнейших моментов в специальной педагогике является приобщение глубоко умственно отсталых детей к труду (Е.М. Вайнтрак, А.Н. Грабиров, Г.М. Дульнев, С.А. Мирский, Ц.М. Муртузалиева и др.).

В последнее время появились новые пути коррекции дефектов детей с диагнозом имбецильность средствами физической культуры и спорта, иппотерапии, игры, а также творчества.

Научные исследования в области творческих возможностей детей-имбецилов для отечественной олигофренопедагогики являются принципиально новыми. Поэтому еще не до конца выяснена целесообразность использования творчества как средства коррекции дефектов у данной категории детей.

Становление творческой личности рассматривается сегодня как междисциплинарная проблема: уточняется соотношение интеллектуальных способностей, творческих качеств и мышления индивида (Д.Б. Богоявленская, В.И. Заика, И.С. Кон, Т.В. Кудрявцев, Я.А. Пономарев и др.), выявляются существенные признаки креативности как одного из интегральных социально значимых качеств личности (С. Ариети, Э. Крик, Р. Мэй, Д.Б. Богоявленская, А.Ф. Эсаулов, Е.Л. Яковлева), рассматриваются закономерности развития творческого потенциала личности (В.И. Андреев, А.М. Матюшкин, И.Н. Семенов, С.Ю. Степинский и др.).

О возможности использования творчества как одного из путей коррекции вторичных дефектов ребенка-имбецила написано очень мало (С.И. Блохина, А.А. Баталов, В.П. Козлова, Л.Б. Малкова, Н.С. Славина, Л.И. Плаксина, Т.В. Аничкин, Л.Н. Зуева, Ю.Ю. Алексеев, В.С. Матвеев, В.С. Мухина, О.Ю. Попова, С.А. Хатуцкая, А.А. Еремина). Опыт использования театральной деятельности применительно к детям с диагнозом имбецильность вообще отсутствует. В своей работе мы опирались на исследования театрального творчества у детей с сохранным интеллектом и задержкой психического развития (И.Г. Корнилова, Е.А. Медведева, А.М. Жихарев,

Е.Г. Дзугкоева), который в адаптированном виде может использоваться в коррекционной работе с умственно отсталыми детьми.

Умственная отсталость — стойкое психическое недоразвитие, имеющее сложную структуру. При умственной отсталости наблюдаются: ведущая недостаточность познавательной деятельности (в первую очередь абстрактного мышления, процессов обобщения) и нарушения динамики нервных процессов (инертность психики), а также вторичные отклонения — недоразвитие речи, эмоционально-волевой сферы, отклонения в физическом развитии и поведении.

Умственно отсталые дети — это дети, у которых наблюдается умственная отсталость.

«Умственная отсталость» есть собирательное понятие, которое нередко отождествляется с понятием «олигофрения», между тем олигофрения — это только одна из клинических форм умственной отсталости, наиболее распространенная.

«Олигофрения [от греч. *oligos* (немногий) + *phrên* (ум, разум)] — стойкое психическое недоразвитие, обусловленное органической недостаточностью головного мозга, возникшей на ранних этапах онтогенеза — во внутриутробном периоде, во время родов или на первом году жизни» [36, 223].

Олигофрения возникает вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных аберраций, поражения зародыша, природовой патологии, органического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития.

Фактор времени — один из основных для определения олигофрении, т. к. возникновение интеллектуальной недостаточности на более поздних этапах жизни, когда психические функции ребенка уже достигли определенного уровня развития, дает иную, отличающуюся от олигофрении структуру дефекта. При олигофрении органическая недостаточность мозга носит резидуальный непрогредиентный характер, и потому дети-олигофрены способны к развитию, которое подчинено общим закономерностям психического разви-

тия ребенка, но имеет свои особенности, обусловленные типом нарушения центральной нервной системы.

Обычно при олигофрении отмечается ряд анатомических изменений: «недоразвитие мозга (недостаточное развитие извилин, уменьшение количества корковых слоев, неправильное расположение клеток по слоям, малое количество нервных клеток и т. д.) и аномалии другого характера (утолщение оболочек мозга, сращение их с мозговой тканью, гнездные или разлитые атрофии и т. д.)» [11, 383]. В большинстве случаев наблюдается наличие остаточной гидроцефалии, вызванной нарушением нормального оттока мозговой жидкости, что приводит к расширению желудочков мозга и делает невозможным дальнейшее нормальное развитие нервных клеток. Однако подобные патологоанатомические изменения в большинстве случаев относятся лишь к наиболее тяжелым формам олигофрении.

При олигофрении нарушается высшая нервная деятельность, особенно подвижность нервных процессов, ослаблено активное внутреннее торможение. Нередко наблюдается «значительное нарушение равновесия между раздражительными и тормозными процессами, причем в одних случаях преобладает раздражительный процесс (возбудимые олигофрены), в других — процесс возбуждения оказывается ослабленным, и преобладает пассивное внешнее торможение (тормозные олигофрены)» [17, 392]. Значительные нарушения подвижности нервных процессов приводят к тому, что возникшие временные связи становятся инертными и их модификация, а также и выработка новых связей, затрудняется. Эта физиологическая особенность — основа косности мышления олигофренов — хорошо известна педагогам.

При олигофрении выявляются сложные и многообразные нарушения познавательной деятельности: «узость и недифференцированность восприятия окружающих предметов и их пространственных отношений, неточность восприятия, уподобление сходных образов, трудность логического запоминания, воспроизведения воспринятого и заученного» [7, 48]. У детей-олигофренов проявляются недостатки наглядно-образного мышления, и особенно резко выявляется недоразвитие словесно-логического мышления. Они

упрощенно воспринимают и осмысливают сюжетные картины. Им недоступны сложные формы анализа и синтеза: сравнение и обобщение, установление причинно-следственной зависимости. Они упрощенно отражают действительность, в их мышлении «отсутствуют сложные переходы от чувственного познания к абстрактному мышлению» [13, 12].

Мы проанализировали общую картину олигофрении.

Дети-олигофрены подразделяются на три группы в зависимости от степени недостаточности интеллекта: наиболее тяжелая степень — идиотия, менее тяжелая — имбецильность и относительно легкая — дебильность. Это деление имеет практическое значение, т. к. для каждой группы детей требуются разные приемы обучения, воспитания и ухода.

При идиотии наблюдается резкое нарушение психического и физического развития, эндокринные расстройства, патология в строении черепа и скелета. Моторика у идиотов сильно недоразвита, координация движений резко нарушена — особенно тонких движений рук. У многих идиотов отмечается расстройство статики ходьбы, нередко наблюдаются стереотипные ритмические движения.

При глубоких формах идиотии развитие речи не идет дальше произнесения отдельных звуков или искаженного произнесения ограниченного числа слов. Осмысление окружающего недоступно, навыки обслуживания отсутствуют. В поведении идиотов проявляются резкие отклонения от нормы: вялость, заторможенность, либо крайнее двигательное беспокойство. Они нуждаются в постоянном наблюдении и уходе и направляются в учреждения министерства социального обеспечения.

Дети-дебилы, составляющие основную массу учащихся вспомогательных школ, имеют значительно более легкую степень умственного недоразвития и незначительные отклонения в физическом развитии. Они владеют речью, двигательные нарушения у них настолько компенсируются, что не мешают в дальнейшем включаться в трудовую деятельность. Особенность дебилов — недоразвитие мышления, однако оно выражено у них в значительно меньшей степени, чем у

идиотов и имбецилов. Дети-дебилы способны овладеть элементарными навыками письма и счета, а в дальнейшем — и всей программой вспомогательной школы. Дебилы отличаются от имбецилов и идиотов своим поведением. Они значительно быстрее начинают правильно ориентироваться в окружающей обстановке, подчиняться требованиям учителя и выполнять отдельные задания по речевой инструкции, чем идиоты. Т.А. Власова в своей книге «Учителю о детях с отклонениями в развитии» говорит, что «дети-дебилы в процессе обучения во вспомогательной школе настолько развиваются, что могут приспособиться к общественно полезной трудовой деятельности, овладеть несложной профессией и вести впоследствии самостоятельную жизнь» [5, 117].

В данной работе мы хотим подробнее остановиться на описании детей с диагнозом имбецильность. Эта форма умственной отсталости является промежуточной между идиотией и дебилностью. Для нашего исследования наиболее интересной является именно психолого-педагогическая характеристика детей-имбецилов.

Имбецильность обычно выявляется и диагностируется рано, до года или в самые первые годы жизни ребенка, что объясняется выраженной тяжестью поражения, однако степень дефекта, его структура, а также темп и характер дальнейшего развития у каждого ребенка могут иметь значительные индивидуальные особенности.

Общими чертами для всех детей-имбецилов, помимо их позднего развития и значительного снижения интеллекта, являются также грубые нарушения всех сторон психики: моторики, сенсорики, внимания, памяти, речи, мышления, высших эмоций.

«Грубое недоразвитие двигательной сферы детей-имбецилов выражается в нарушениях и слабости статических локомоторных функций, координации, точности и темпа произвольных движений. Движения детей замедлены, неуклюжи, они плохо бегают, не умеют прыгать. При глубокой умственной отсталости моторная недостаточность отмечается в 90 — 100% случаев» [22, 54].

Психолог Н.П. Вайзман при исследовании психомоторики имбецилов обнаружил моторную недостаточ-

ность у детей всех возрастов. «Имбецилы младшего возраста затрудняются принять нужную позу, не могут выдержать ее свыше одной-двух секунд. Только с 13 — 14 лет они сохраняют заданную позу в течение 4 — 7 секунд, при этом качаются, сходят с места, у них наблюдается общая напряженность, синкинезии в лицевой мускулатуре. Динамическая координация также неудовлетворительная. Глубоко отсталые дети испытывают большие затруднения в переключении движений, быстрой смене поз и действий» [2, 104].

Моторная недостаточность у различных групп имбецилов проявляется по-разному. При олигофрении тормозного типа двигательное недоразвитие обнаруживается в бедности, однообразии движений, резкой замедленности их темпа, вялости, неловкости, угловатости. У глубоко отсталых имбецилов с преобладанием процессов возбуждения, наоборот, отмечается повышенная подвижность, но их движения нецеленаправленны и беспорядочны, они затрудняются производить последовательные координированные действия, зачастую такой ребенок не может самостоятельно обслужить себя.

Особенно затруднены тонкие дифференцированные движения рук и пальцев: дети с трудом учатся шнуровать ботинки и завязывать шнурки. Они часто не соразмеряют усилий при действиях с предметами: либо роняют их, либо слишком сжимают, дергают.

Внимание детей-имбецилов всегда в той или иной степени нарушено: его трудно привлечь, оно мало устойчиво, дети легко отвлекаются.

Им свойственна «крайняя слабость активного внимания, необходимого для достижения заранее поставленной цели» [21, 54]. Привлечь внимание имбецилов возможно только с помощью ярко выраженных раздражителей, однако длительно сосредоточить их на чем-либо чрезвычайно трудно.

Значительные отклонения обнаруживаются у имбецилов в области сенсорики. Хотя дети имбецилов значительно чаще, чем нормально развивающиеся дети, страдают аномалиями органов чувств (главным образом, зрения, слуха), однако основная масса имбецилов имеет формально сохраненные анализаторы. Характерная черта недоразвития сенсорных функций у подавляющего чис-

ла имбецилов — не органические повреждения анализаторов, а неумение полноценно их использовать.

Для детей-имбецилов характерно поверхностное, глобальное восприятие, т. е. восприятие предметов в целом, они не применяют анализа воспринимаемого материала, его сравнения. Обиходные, привычные, окружающие его предметы имбецил воспринимает и различает очень хорошо. «При необходимости воспринять, отличить от других и тем более использовать в своих действиях, применить новый предмет, обладающий незнакомыми, отличительными свойствами, глубоко умственно отсталый ребенок не обнаруживает ориентировочной деятельности, не производит обследование предмета» [42, 47].

Вся деятельность имбецилов по восприятию и воспроизведению воспринятого характеризуется недифференцированностью, глобальностью. Отсутствие целенаправленных приемов: анализа, сравнения, систематического поиска, полного охвата материала, применения адекватных способов действий — приводит к хаотичному, беспорядочному и неосмысленному характеру их деятельности.

Для мышления детей-имбецилов характерна беспорядочность, бессистемность имеющихся представлений и понятий, отсутствие или слабость смысловых связей, трудность их установления, инертность, узкая конкретность мышления и чрезвычайная затрудненность обобщений.

Дети-имбецилы способны лишь к самым элементарным обобщениям. Они могут установить различие между отдельными предметами; при обучении способны объединить предметы в определенные группы (одежда, животные и др.). «Однако различие между отдельными предметами и явлениями устанавливаются ими только в пределах конкретного; при необходимости отвлечения от конкретной ситуации они становятся беспомощными» [41, 112].

С особой яркостью недостатки мышления имбецилов проявляются при обучении их грамоте и счету.

Дети могут обучиться чтению, однако осмыслить текст многие из них не в состоянии. «Воспитанники не могут обобщить прочитанное, у них наблюдается ярко выраженная фрагментарность восприятия, из-за

чего предложения текста оказываются логически не связанными между собой. Допущенных ошибок дети-имбецилы не замечают и, соответственно, не могут их исправить. Это говорит о неосознанном механическом процессе усвоения материала» [23, 168].

Дети-имбецилы овладевают порядковым счетом и производят с помощью наглядных средств арифметические действия, но отвлеченный счет даже в пределах первого десятка им, как правило, недоступен.

Особенно большие трудности испытывают дети-имбецилы при решении задач. Они с трудом удерживают в памяти условие задачи, не могут установить нужных смысловых связей и «соскальзывают на выполнение отдельных арифметических действий» [17, 325].

С возрастом в результате обучения у детей накапливаются представления и элементарные понятия, но они мало связаны между собой. Их суждения очень бедны, несамостоятельны: они повторяют заимствованное от окружающих их людей без переработки на основе собственного опыта. Многое в суждениях является простым подражанием.

В тесной связи с грубыми нарушениями интеллекта у имбецилов находится глубокое недоразвитие речи. Прежде всего, появление речи, как правило, значительно запаздывает. Степень недоразвития речи чаще всего соответствует степени общего психического недоразвития. Однако можно наблюдать расхождения в ту или иную сторону. У некоторых имбецилов с кажущейся богатой речью можно наблюдать «поток бессмысленных штампованных фраз с сохранением услышанных ранее интонаций» [21, 11]. Такая речь встречается у детей с поражениями лобных отделов коры, а также у детей с гидроцефалией. У других имбецилов речь не возникает и почти не развивается в течение ряда лет.

Понимание речи ограничено и связано только с личным опытом ребенка. Самостоятельная речь проявляется преимущественно в виде отдельных слов, коротких фраз. «Она характеризуется нарушением модуляции, грубым косноязычием, нарушением структуры слов, аграмматизмом. Отсутствие речи компенсируется жестами, нечленораздельными звуками, сво-

образными словами, в которые они вкладывают определенный смысл. Многие имбецилы страдают грубыми аномалиями периферического артикуляторного аппарата, недостаточностью дыхания и т. д.» [20, 125]. Для них характерно снижение мотивации и потребности в общении.

Обнаружено, что *память* детей-имбецилов отличается малым объемом и значительным количеством искажений при воспроизведении материала. Механическая память снижена, но преобладает над логической. Это так называемая память на события, места и числа. Объем кратковременной памяти очень мал. Все глубокие нарушения и дефекты, присущие имбецилам, со всей полнотой и яркостью проявляются в их *трудо-вой деятельности*.

Дети с большим трудом осмысливают задание; овладев теми или иными навыками, часто не могут изменить свою деятельность соответственно новой инструкции. Они предпочитают однообразное повторение одних и тех же заученных ими операций. Создается так называемый косный стереотип, который с трудом преодолевается в незнакомой обстановке.

Особенности личности глубоко умственно отсталых детей описаны во многих клинико-психологических и экспериментально-психологических работах.

Большинство исследователей подчеркивают, что типичными чертами личности этих детей являются отсутствие инициативы и самостоятельности. «Все они характеризуются косностью психики. Они с трудом переключаются на новую деятельность, очень охотно подражают другим, повторяют старые заученные штампы, некоторые из них поражают своей виртуозной подражательностью» [5, 59].

Большинство из них легко поддаются внушению и в то же время упорно сопротивляются всему новому и всякому воздействию на них. Таким образом, у этих больных «сочетается неустойчивость в деятельности с большой инертностью и тугоподвижностью» [17, 328].

Эмоции у имбецилов обнаруживают относительную сохранность. Многие из них чувствительны к оценке своей личности другими людьми. Когда их хвалят, они бурно проявляют свою радость, при порицании —

обидчивы, негативистичны, могут быть агрессивны. Вместе с тем у имбецилов «нет многообразия и дифференцированности эмоций, им свойственны косность, тугоподвижность эмоциональных проявлений» [33, 52].

Имбецилы не в состоянии самостоятельно найти мотивы для своей деятельности. «Насыщение работой возникает очень быстро и ведет к отказу от выполнения задания. Побудить имбецилов к деятельности, не затрагивающей непосредственно их узких интересов, чрезвычайно трудно [7, 60]. Самооценка у таких детей завышена.

В результате проведения коррекционно-воспитательной работы у имбецилов происходит определенный рост самосознания, что особенно важно для их дальнейшей социально-трудовой адаптации.

Все вышеописанные нами особенности различных сторон психики имбецилов характерны для всей категории этих детей в целом и являются их общими чертами.

Причины, вызывающие имбецильность, изучаются давно. Полученные данные показывают, что они многообразны, но многие из них еще не изучены достаточно глубоко. Не всегда ясен механизм действия той или иной причины.

Уже в прошлом столетии все выделенные причины, вызывающие болезненные состояния, делили на эндогенные (внутренние) и экзогенные (внешние).

Наиболее общепринятым в современной медицине считается разделение причин болезней на предрасполагающие, способствующие возникновению болезни, и вызывающие болезнь. Указанные причины часто взаимодействуют.

В настоящее время выделяют несколько концепций, объясняющих этиологию умственной отсталости:

- 1) биологическую;
- 2) психиатрическую;
- 3) социологическую;
- 4) смешанную.

1. Наиболее известной является *биологическая концепция*. Согласно ей, выделяется ряд причинных факторов, обуславливающих неполноценность умственной деятельности:

- а) неблагоприятная наследственность;
- б) вредности, действующие в период внутриутробного развития (инфекции, интоксикации, травмы и др.);
- в) родовой травматизм и асфиксия.

а) Влияние неблагоприятной наследственности.

К наследственным причинам имбецильности нужно отнести те, которые связаны с передачей патологических признаков от родителей к детям. «Однако важно отметить, что особенностью наследственных факторов (как в норме, так и в патологии) является то, что признаки, передающиеся по наследству, не всегда проявляются в первом поколении (прямая наследственность). Они могут проявляться в последующих поколениях (перепрыгивающая наследственность), или вообще не обнаруживаются (скрытое состояние)» [22, 117].

Современные исследования показывают, что патологическое влияние наследственного фактора может обнаруживаться в форме нарушения обмена веществ в результате неправильного генного (главным образом, ферментативного) управления процессами обмена (протекающими в клетках) или хромосомных aberrаций, выражающихся в изменении количественного набора хромосом и их строения.

Патологическое развитие в результате неправильного генного управления процессами обмена встречается сравнительно часто. По наследству может передаваться характер регуляции клеточного обмена веществ. «В результате образуются системы, которые функционируют по заданной наследственной программе. В отдельных случаях она может быть ограниченной. В других случаях отсутствует или снижается активность того или иного фермента (биологического катализатора), который управляет протеканием химических реакций в живой клетке. В результате блокируется один из этапов обмена веществ. Нерасщепленные продукты обмена оказывают токсическое воздействие на развивающийся плод, что приводит к разнообразным нарушениям в процессе формирования зародыша» [22, 119].

Раннее нарушение обмена веществ может вызывать изменение в физическом состоянии ребенка и

оказывать патологические влияния на формирование мозга. Так, например, в результате неправильного обмена аминокислоты фенилаланина возникает фенилпировиноградная форма олигофрении (фенилкетонурия). Прогрессирующие формы интеллектуальной недостаточности могут наблюдаться и при многих других обменных заболеваниях, связанных с врожденной недостаточностью тех или иных ферментов. Так, в основе гистидинемии лежит «врожденное отсутствие или резкая недостаточность фермента гистидазы, что приводит к повышению содержания в крови гистидина, который оказывает токсическое воздействие на центральную нервную систему» [25, 15].

Итак, встречаются нарушения различных видов обмена веществ, белкового, углеводного, жирового и пр. Все эти формы должны быть предметом клинического анализа, т. к. раннее распознавание характера нарушений, применение специфического лечения и обеспечение режима питания оказывают на ребенка благоприятное влияние и иногда могут нормализовать его дальнейшее развитие.

В настоящее время известно, что практически все хромосомные синдромы у детей сопровождаются задержкой психомоторного, умственного и физического развития. В отдельных случаях хромосомные aberrации могут вызывать олигофрению в степени имбецильности. «Хромосомные аномалии связаны с изменением аутосом, реже — гоносом (половых хромосом). Они связаны либо с различными структурными преобразованиями, либо с изменением числа хромосом в клеточном ядре» [6, 9]. Хромосомные aberrации являются следствием неправильного строения хромосом: частичная утрата какого-либо отрезка хромосомы, транслокация (прикрепление оторвавшейся частицы хромосомы к другой хромосоме), неправильное расположение хромосомы. Изменение количества хромосом (уменьшение или увеличение) возникает при расхождении хромосом в процессе деления клетки. Например, при болезни Дауна в ядре клетки обнаруживается лишняя [47] хромосома. Таким образом, на основании приведенных данных мы можем отметить, что в ряде случаев наследственность является причиной олигофрении в степени имбецильности.

«Однако неблагоприятная наследственность не носит фатального характера. Несмотря на некоторую устойчивость наследственных признаков, им все же свойственна изменчивость, что и должно учитываться при проведении лечебных мероприятий» [17, 395]. Хотя наследственный фактор и является одной из часто встречающихся причин, вызывающих имбецильность, было бы ошибкой связывать ее происхождение только с патологической наследственностью.

Обобщая имеющиеся в современной науке данные, нужно подчеркнуть, что возможность передачи по наследству психической неполноценности типа олигофрении в степени имбецильности зависит от ряда факторов. «Ведущим при этом является характер психической неполноценности пробанда. Существенно знать, обуславливается ли такая неполноценность преимущественным влиянием эндогенных причин (наследственных) или она является следствием других экзогенных факторов (инфекции, травмы и т. д.)» [42, 25].

Изучались различные варианты семей.

Так, при браке олигофрена (с экзогенной природой заболевания) со здоровым партнером в большинстве случаев рождаются здоровые дети.

В случае брака олигофрена (с эндогенной природой заболевания) со здоровым партнером возможность рождения психически неполноценных детей резко возрастает. То же происходит и при браке здорового партнера с олигофреном, заболевание которого имеет эндогенную природу, сочетающуюся с экзогенными вредностями.

При браке олигофрена с олигофреном (особенно, когда олигофрения имеет у обоих лиц наследственный генез), рождение психически неполноценного ребенка наблюдается в подавляющем большинстве случаев.

б) Вредности утробного периода.

К причинам, вызывающим олигофрению в степени имбецильности, относят различные заболевания матери, которые обуславливают неблагоприятное внутриутробное развитие. Наиболее частыми причинами являются инфекции, интоксикации, травмы, применение средств с целью плодизгнания и др.

Известно, что развитие зародыша протекает неравномерно. «Отмечается чередование интенсивности

размножения клеток и их дифференциации. Установлено также, что наиболее уязвимым периодом для нервной ткани (действие интоксикации, инфекции и других вредных факторов) является период бурного деления нервных клеток и дифференциации ткани (первая половина беременности)» [22, 19].

Исследования показали, что некоторые из перенесенных матерью инфекций, интоксикаций «нередко нарушают эмбриональное развитие, останавливают или искажают его (в патологический процесс могут вовлекаться не только нервные, но и другие ткани)» [41, 123].

Вызываемые инфекцией заболевания и повреждения мозга во второй половине внутриутробного периода и постнатальный период «чаще протекают по типу воспалительных процессов с повреждением вещества мозга, его оболочек и сосудов» [22, 21]. Эти повреждения могут явиться причиной нарушения умственной деятельности у детей. При исследовании нервной системы выделяются очаговые отклонения. Так, давно известно, что специфический воспалительный процесс в мозге возникает при сифилитической инфекции. Она поражает плод и в некоторых случаях может привести к выкидышам, гибели плода или ребенок может родиться со значительным нарушением интеллекта.

Иногда олигофрению в степени имбецильности может вызвать вирусная инфекция. Например, заболевание беременной женщины краснухой может вызвать у ребенка рубеолярную форму олигофрении. Предполагают, что определенное значение имеет и вирус гриппа, эпидемического паратифа и других инфекций.

Помимо вирусной и бактериальной инфекции, поражение мозга может вызвать паразитарная инфекция. «Паразитарные инфекции — заболевания, обусловленные попаданием в организм матери или ребенка простейших паразитов (таксоплазмы, листерии и др.)» [17, 396].

Таким образом, воспалительные или токсические поражения мозга могут являться непосредственной причиной, вызывающей олигофрению в степени имбецильности.

Известны случаи отклонения в развитии ребенка, вызванные заболеванием внутренних органов матери.

Чаще это недостаточность сердечно-сосудистой системы, болезни печени, почек, а также желез внутренней секреции. Все это может обуславливать интоксикацию плода.

Помимо перечисленных выше патологических агентов, вредные влияния на развивающийся внутриутробно детский организм могут оказывать употребление матерью наркотиков (морфий и его производные, алкоголь и др.), снотворных препаратов, препаратов для плодизгнания. В отдельных случаях химические вещества (свинец, ртуть, анилиновые краски и др.), лекарственные вещества (хинин, стрептомицин, и др.) также могут нарушать правильное развитие зародыша. Вредное влияние оказывает радиация.

Одной из причин имбецильности у ребенка является гемолитическая болезнь новорожденных. В основе этого заболевания лежит так называемый резус-конфликт, который возникает вследствие несоответствия красной крови матери и ребенка по резус-фактору и АВ0. Если резус-отрицательная женщина беременна резус-положительным плодом, может произойти резус-конфликт. «В результате этого несоответствия происходит растворение (гемолиз) красных кровяных телец в крови ребенка, что может вызвать тяжелое поражение нервной системы в форме расстройств движений, слуха, интеллекта» [25, 16].

в) Родовой травматизм и асфиксия.

Причиной детской имбецильности могут быть и травмы головы.

Различают внутриутробные, природовые и после родовые травмы. Внутриутробные травмы (тяжелые ушибы живота беременной женщины) могут вызвать нарушение функции плаценты с последующими изменениями жизнедеятельности плода, что в первую очередь отражается на развитии мозга.

Возможны различного вида травматизации мозга ребенка во время родов. Так, быстрые (стремительные) роды могут вызвать разрыв сосудов с последующим кровоизлиянием. Это объясняется быстрым переходом ребенка от более высокого внутриматочного давления к менее высокому атмосферному. Тяжелые последствия возникают и при длительных, затяжных родах. Такие роды бывают при узком тазе, неправильном

положении плода, слабости родовой деятельности и др. В результате возникает деформация головки, застой крови в сосудах мозга, разрыв сосудов с последующим кровоизлиянием. Все эти нарушения вызывают кислородное голодание в клетках мозга (аноксемию) и иногда ведут к необратимым в них явлениям.

2. *Психиатрическая концепция* видит причины возникновения умственной отсталости в «постнатальных вредностях раннего возраста» [17, 397].

Поражение мозга у детей может происходить в послеродовой (постнатальный период). Чаще всего оно возникает в результате инфекции (воспалительные процессы), травматического повреждения мозга (бытовые травмы), интоксикации.

Инфекции, поражающие мозг и его оболочки, могут быть первичные и вторичные. К первичным относятся нейроинфекции (менингит, энцефалит, менинго-энцефалит). Возбудители этих воспалительных процессов в мозге вызывают заболевание, которое часто протекает остро.

Иногда воспалительные процессы возникают вторично, т. е. являются результатом воздействия на нервную систему детских инфекций — кори, скарлатины, краснухи и др. Имеют значение и тяжелые расстройства питания ребенка (токсическая диспепсия), последствия рахита и некоторых других заболеваний.

3. В настоящее время происходит стремительное развитие *социологической концепции*. Она предполагает влияние социальной среды на развивающуюся личность ребенка с проблемами в развитии.

Известно, что большинство семей, где воспитывается умственно отсталый ребенок, являются социально неблагополучными.

Обычно это семьи, где один или оба родителя страдают алкогольной зависимостью или наркоманией. Либо это семьи с материальным достатком ниже среднего, находящиеся на грани нищеты, живущие только на социальные пособия. Либо это неполноценные семьи, где ребенка воспитывает только один из родителей.

Ребенок, получивший патологию уже при рождении, попадает в условия, которые не только не способствуют его дальнейшему развитию, но и наоборот, усугубляют дефект.

Зачастую родителям ребенок с умственной отсталостью в степени имбецильности не нужен, им совсем не занимаются. В результате его развитие происходит стихийно. Ребенок перенимает пагубные привычки своих родственников, либо, попадая на улицу, становится изгоем и социально опасным.

Есть и другая проблема. Родители, у которых родился умственно отсталый ребенок, не могут или не хотят вводить его в социум. Поэтому ребенок ограничивается общением только с близкими людьми. Создается некий социальный вакуум, что препятствует личностному развитию ребенка-имбецила. Подобная картина возникает и при обучении в школе-интернате, детском доме.

Таким образом, одной из важнейших проблем коррекционной педагогики на современном этапе является социализация детей с глубоким нарушением интеллекта, что будет способствовать дальнейшему их развитию и адаптации в обществе.

4. На наш взгляд, наиболее убедительной является смешанная концепция этиологии умственной отсталости. Она сочетает в себе самые сильные стороны биологической, психиатрической и социальной теорий.

Так, ребенок, получивший дефект при рождении, часто попадает в неблагоприятные социальные условия, которые могут усугубить поражение мозга в послеродовой период. Все это делает дальнейшее развитие ребенка очень проблематичным.

7.2. Коррекционная работа

Под коррекцией недостатков психического и физического развития детей-имбецилов понимается исправление или ослабление этих недостатков и содействие возможно большему приближению развития этих детей к уровню развития нормальных сверстников. «Целью коррекционной работы является исправление присущих умственно отсталым детям недостатков психофизического развития» [36, 180].

Педагогические приемы коррекционной работы отличаются тем, что они стимулируют компенсаторные

процессы развития детей-имбецилов и позволяют формировать у них положительные качества. «В результате коррекционной работы формируются обобщенные учебные и трудовые умения, которые отражают уровень самостоятельности детей-имбецилов при решении новых учебных и учебно-трудовых заданий» [7, 63].

Вопрос о коррекционной работе с умственно отсталыми детьми всегда был одним из основных в истории олигофренопедагогики. Правомерность его постановки признавалась всеми, но что касается принципов построения и осуществления системы специальной работы, направленной на исправление дефектов развития умственно отсталых детей, существовали и существуют различные, подчас противоположные взгляды.

Следует отметить, что на каждом этапе развития олигофренопедагогики то или иное понимание сущности умственной отсталости и особенностей развития детей-олигофренов определяло пути разработки основных практических вопросов работы с ними, в том числе построение специальных педагогических приемов.

На начальном периоде развития олигофренопедагогики считалось, что наиболее нарушенной областью психических процессов или основой их нарушения является неполноценность ощущений, получаемых детьми от реальной действительности посредством органов чувств. Поэтому развитию у детей ощущений придавалось особое значение, и в соответствии с этим разрабатывалась система специальных упражнений. Эта система специальных упражнений вошла в историю олигофренопедагогики под названием «сенсорная культура».

Второе направление специальной работы по исправлению дефектов умственно отсталых детей под названием «психическая ортопедия» исходило из того, что наиболее нарушенной областью психической деятельности у этих детей является воля. Для развития внимания и воли также разрабатывались и применялись специальные упражнения.

В первые годы существования Советской России термин «сенсорная культура» был заменен на «сенсорное воспитание». Новое в коррекционной работе с умственно отсталыми детьми заключалось в том, что развитие у них органов чувств осуществлялось в связи

с игровыми и трудовыми действиями. Эту методику разработал А.Н. Граборов. Научной основой новых подходов к проблеме коррекции дефектов умственно отсталых школьников являлась теория о развитии детей-олигофренов под влиянием обучения, которая разрабатывалась Л.С. Выготским и его сотрудниками.

В их трудах было показано, что у умственно отсталых детей под влиянием обучения формируются сложные виды психической деятельности. Л.С. Выготский подчеркивал, что «у детей-олигофренов, помимо нарушенных, есть и сохранные стороны психики, опираясь на которые можно и должно их воспитывать и продвигать в умственном развитии, сглаживая их недостатки» [9, 215]. Научно обоснованный тезис Л.С. Выготского о возможности и необходимости формулирования у умственно отсталых детей относительно сложных видов психической деятельности в процессе обучения явился той основой, на которой впоследствии стали складываться новые принципы коррекционной работы с этими детьми.

Опираясь на учение Л.С. Выготского о ведущей роли обучения в развитии аномальных детей, было установлено, что «коррекционная работа должна проводиться не на изолированных от учебных программ специальных уроках, а во всем процессе обучения и воспитания, путем использования специальных педагогических приемов» [9, 203].

Физиологической основой коррекции недостатков психофизического развития у умственно отсталых детей является учение о пластичности функций центральной нервной системы и компенсации дефектов. «Компенсация представляет собой одну из форм приспособляемости организма при нарушениях функции. При развитии компенсаторной приспособляемости в случае необратимого повреждения происходит возмещение функции по типу иного способа действия» [7, 68].

В процессе коррекционного обучения детей педагоги опираются на механизмы компенсации. «При этом если компенсация рассматривается как функциональная перестройка высшей нервной деятельности, процесс возмещения или замещения нарушенных или утраченных функций, т. е. своеобразный процесс перестройки организма, то коррекция определяется как

способ компенсации, как совокупность педагогических и лечебных мер, направленных на исправление тех или иных сторон в развитии» [19, 34].

Психологической основой коррекции дефектов умственно отсталых детей являются положения о возможностях их развития и о единстве законов развития нормального и аномального ребенка, впервые выдвинутые Л.С. Выготским. В его работах многократно повторяется мысль о том, что у умственно отсталого ребенка есть сохраненные психические функции, которые, воздействуя на нарушенные, обуславливают их компенсацию. Развитие ребенка совершается главным образом за счет развития высших психических функций.

Разрабатывая проблему взаимоотношения обучения и развития, Л.С. Выготский исходит из того, что обучение должно опережать развитие. При разработке этой проблемы были введены понятия «зона актуального развития и зона ближайшего развития, под которыми подразумевается в первом случае такая подготовка ученика, которая дает ему возможность действовать самостоятельно, во втором — возможность выполнять с помощью учителя то, что самостоятельно сделать пока не удастся» [7, 69].

Коррекция в процессе обучения направлена в первую очередь на вторичное отклонение в развитии ребенка, хотя корректироваться может и должен также первичный дефект. В процессе коррекции опора идет на сохраненные анализаторные системы.

Таким образом, организованный учебный процесс является коррекционно-воспитательным. Под этим понятием подразумевают «систему педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития детей с нарушениями интеллекта» [12, 38].

Дети-имбецилы долгое время считались «необучаемыми». В настоящее время отношение к ним изменилось. Этому значительно способствовала деятельность таких международных организаций, как ООН, ЮНЕСКО, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). В Российской Федерации приняты законы о «Социальной защите инвалидов» и «Об образовании».

Во многих странах созданы общественные комитеты и ассоциации помощи умственно отсталым детям, уделяющие большое внимание их социальной и трудовой адаптации. Для родителей имбецилов издается многочисленная литература, освещающая особенности аномальных детей этой категории и методы работы с ними. «Лица с глубокими нарушениями интеллекта — инвалиды, не способные к самостоятельной жизни, нуждающиеся в опеке, однако при создании для них специальных условий они частично трудоспособны, могут быть социально адаптированы и приносить даже некоторую пользу обществу» [24, 13]. Между тем, отсутствие или недостаточность необходимой помощи этим лицам ведет к тяжелым последствиям. Наличие детей-инвалидов — глубочайшая трагедия для их семей и зачастую ведет к необходимости отрыва здоровых членов семьи от общественной жизни и превращения их в домашних сиделок. Глубокая умственная отсталость и ограниченная обучаемость этих детей во многих случаях приводят к тому, что они выпадают из системы обучения. Необученные и не подготовленные к труду, эти лица, становясь взрослыми, являются балластом для общества.

Всего этого в значительной степени можно избежать, если создать для них адекватную систему коррекционного обучения и воспитания, трудовой подготовки и использования их труда в специальных цехах и мастерских.

Разработка системы коррекционного обучения и воспитания детей-имбецилов имеет большое как практическое, так и теоретическое значение. Это подчеркивал Л.С. Выготский: «Глубоко отсталый ребенок как раз и продвигается в своем развитии под влиянием воспитания на тот самый отрезок пути, который нормальный ребенок проходит в первые, фундаментально важные годы жизни... с помощью воспитания глубоко отсталый ребенок проходит процесс становления человека» [9, 225].

Цели и задачи обучения и воспитания имбецилов, с одной стороны, общие с задачами воспитания всех детей вообще, с другой — глубоко специфичные.

Общие цели и задачи для обучения и воспитания всех детей — «содействие развитию и выявлению по-

ложительных сторон личности, сглаживанию отрицательных, воспитание детей наиболее трудоспособными и полезными членами общества» [24, 26]. Для детей с диагнозом имбецильность эти цели остаются актуальными, но при их осуществлении необходимо учитывать значительно более низкий уровень достигнутых успехов, применять особые методические приемы, уделять внимание воспитанию внешних навыков и привычек культурного поведения и самообслуживания.

Детям-имбецилам чрезвычайно трудно самостоятельно использовать имеющиеся у них знания. «Имбецил, которому дана некоторая сумма элементарных знаний, но не наученный и не привыкший постоянно в жизни применять эти знания, не применяет их либо использует неадекватно и практически ничем не отличается от необученного имбецила» [40, 139]. Поэтому важно не столько передать детям определенную сумму знаний, сколько выработать у них адекватность поведения и умение действовать в конкретных жизненных ситуациях.

«Воспитательный процесс максимально должен протекать в условиях конкретных ситуаций, заключать в себе меньше правил и формулировок, иметь целью формирование системы жизненно необходимых умений и навыков» [24, 27]. Процесс обучения можно считать вполне законченным лишь в том случае, если навыки будут доведены до привычек. Но это не означает, что вся работа с имбецилами может быть сведена к бессмысленной тренировке. В процессе специального обучения развиваются все психические функции этих детей и относительно корригируются недостатки.

Процессы развития ребенка в обучении и тренировки его приспособления к жизненным ситуациям тесно связаны между собой.

Основная цель коррекционно-воспитательной работы с глубоко умственно отсталыми детьми заключается в определении и реализации потенциальных возможностей детей для наиболее полной их социальной адаптации, а также в развитии у них жизненно необходимых умений и навыков для дальнейшего приспособления к жизни.

Достижение поставленной цели обеспечивается решением следующих задач:

- установление контакта с детьми, воспитание умения подчиняться правилам поведения;
- включение детей в различные виды деятельности;
- воспитание элементарной самостоятельности, санитарно-гигиенических навыков, навыков самообслуживания;
- коррекция недостатков двигательной сферы, развитие общей и мелкой моторики;
- развитие всех психических функций;
- развитие речи (прежде всего, ее коммуникативной функции);
- обучение чтению, письму, счету;
- установление связи с семьей и координация совместной работы по развитию ребенка.

Большое значение для успешного развития ребенка с диагнозом имбецильность имеет раннее начало коррекционной работы.

Проблема ранней коррекции этих детей чрезвычайно важна. Работа с имбецилами в дошкольном возрасте должна быть направлена на развитие речи, предметной деятельности, игры, навыков самообслуживания, целенаправленности действий, на упорядочение поведения, контактности. А.А. Еремина предлагает формировать у детей отдельные виды продуктивной деятельности (лепку, рисование, конструирование). Ранняя коррекция имеет значение и для диагностики ребенка, поскольку в «процессе длительного наблюдения при активном педагогическом воздействии наиболее полно выявляются все возможности и особенности каждого ребенка, дополнительные и вторичные нарушения» [24, 28]. Следовательно, становится возможным найти адекватные способы воздействия на искаженное развитие ребенка.

Еще один путь коррекции психофизиологических особенностей детей-имбецилов — правильная организация семейного воспитания.

В семье ребенка можно обучить многому: обслуживать себя, выполнять поручения и несложные виды труда, общаться с другими людьми. Весьма сложно организовать в семье общение ребенка-имбецила с другими детьми. В таких случаях В.Г. Петрова в книге «Кто они, дети с отклонениями в развитии» рекомендует «организовать общение с другим ребенком, значительно

более младшим по возрасту, при надзоре за этим контактом» [33, 95]. Необходимо использовать склонности, привязанности, которые есть у детей, — любовь к музыке, прогулкам, интерес к определенным игрушкам и играм — как мера поощрения и стимуляции выполнения менее приятных, но необходимых заданий.

Отношение родителей к своему ребенку должно определяться правильным пониманием целей и перспектив его воспитания и обучения. Поэтому важно, чтобы родители основное внимание направляли на развитие общей и мелкой моторики; самообслуживание; умение подчиняться взрослым и выполнять простые практические инструкции; умение видеть и различать в окружающем мире предметы и их свойства, слышать и различать звуки, осязать предметы, пользоваться предметами практически, соответственно их назначению; развитие положительного отношения к труду; привитие навыков культурного поведения.

Правильный подход к своему ребенку-имбецилу — не «безграничная опека, а спокойная, доброжелательная требовательность, понимание целей и перспектив его воспитания — дает очень хорошие результаты» [37, 36].

Огромную роль во всей системе коррекционной работы с имбецилами, особенно в старшем возрасте, играет приобщение их к трудовой деятельности. Основная задача этой работы — выработка и совершенствование трудовых навыков, воспитание необходимых установок поведения, личностных качеств.

Практическая деятельность в ее простых видах наиболее понятна и доступна для детей-имбецилов. Здесь все дано в наглядном, легко воспринимаемом виде. По мнению А.Р. Маллера, «разнообразие видов труда обеспечивает разностороннюю и активную работу всех анализаторов» [24, 33]. Большое значение в определении трудовых возможностей имбецила и профиля доступного ему вида труда имеет его физическое развитие, развитие его общей и ручной моторики. Правильно организованное трудовое обучение, в свою очередь, благоприятно влияет на физическое развитие ребенка, содействуя коррекции его двигательных недостатков.

Соответствующая трудовая подготовка детей данной категории должна дать возможность этим лицам

после окончания обучения в некоторой степени обеспечивать себя, жить в коллективе, по возможности, социально адаптироваться в обществе.

Хорошо зарекомендовал себя следующий путь развития имбецилов — обучение их социально-бытовой ориентировке. Задача этого направления — не только дать детям знания и представления о различных учреждениях окружающей их жизни (магазин, почта, транспорт и т. д.), но главное, научить их практически правильно и, по возможности, самостоятельно пользоваться ими, дать подросткам-имбецилам твердые навыки и привычки общения с людьми, поведения в обществе. Результаты этой работы будут в значительной степени определять уровень социальной адаптации глубоко умственно отсталых детей в их дальнейшей жизни.

«Для детей-имбецилов характерно ограничение их двигательной активности, ухудшение физических качеств: силы, скорости, выносливости, ловкости, гибкости, пространственной ориентации, вестибулярной устойчивости, реакции на движущийся объект, координация движений и т. д.» [40, 214]. Следовательно, в системе коррекционной работы с этими детьми существенно важное место должно быть отведено использованию средств и методов физической культуры, активно-двигательным, гигиеническим и закаливающим мероприятиям.

В процессе физического воспитания имбецилов необходимо руководствоваться тем, что активная деятельность ребенка способствует развитию зон коры больших полушарий мозга, содействует улучшению координации межцентральных связей, формированию двигательных взаимодействий, повышению умственной работоспособности. Занятия физкультурой вместе с тем являются одним из основных средств устранения отклонений в двигательной сфере.

Успешность коррекционно-воспитательной работы на занятиях физкультурой во многом определяется дифференцированным и индивидуальным подходом к детям.

Недавно в коррекционной работе с детьми-имбецилами стало применяться новое направление — иппотерапия. Суть этого метода заключается в общении детей, имеющих проблемы в развитии, с лошадьми, а

также в обучении правильной езде на этих животных. Лошадь и ребенок двигаются в одном ритме, этим самым осуществляется стимуляция соответствующих групп мышц. Определенное воздействие оказывается и на головной мозг.

В последнее время приобретает большое значение коррекция детей-имбецилов средствами искусства и творчества.

«Творческая работа может быть источником укрепления здоровья, она дает чувство принадлежности к обществу, чувство нужности, ценности, возможность выражения своих способностей, формирования и раскрытия личности» [40, 111]. Таким образом, творчество является одновременно средством реабилитации и социальной адаптации детей-имбецилов.

«Занятия детей в музыкальных и хореографических студиях, их участие в кукольных спектаклях и других сценических действиях, литературное и изобразительное творчество заслуженно расцениваются исследователями и педагогами-практиками как результативные и одновременно отвечающие внутренним запросам пациентов средства их реабилитации и безболезненного вхождения в «открытое» общество» [40, 112].

В нашем исследовании мы использовали коррекционные возможности кукольного театра. Метафорическая образность театра кукол применялась с давних времен для воплощения и разрешения самых разных проблем. Идея познакомить ребенка с миром людей и его проблемами через куклу не нова: этот прекрасный вид театрального искусства прошел через века. «Ребенок-имбецил, входя в мир кукольного спектакля, погружается в свое «ассоциативное поле», когда активная работа воображения выступает как особый вид интеллектуальной деятельности, часто интуитивной» [40, 117].

Работая в этом направлении, педагогам необходимо учитывать детскую психологию, увлечения, особенности характера и поведения. Очень важна эстетическая форма обстановки, предметов, внешнего облика окружающих людей. Это способствует развитию воображения, чувства гармонии, творческого начала, желания быть единственным, непохожим на других. В эстетически неблагоприятных условиях ребенок-имбецил может

потерять, утратить способность к творчеству, еще не успев ее хоть в какой-то степени развить.

Сложившийся в отечественной коррекционной педагогике опыт развития художественных способностей детей-имбецилов показывает, что они успешно овладевают различными видами искусства. Однако систематического изучения, обобщения и распространения данного опыта до настоящего времени практически не осуществлялось, что подчеркивает важность и значимость научной разработки проблемы. Для решения данной задачи необходимо привлечь деятелей искусства, педагогов-дефектологов, психологов, медицинских и социальных работников. Только в тесном взаимодействии специалистов возможна организация квалифицированной помощи детям-имбецилам в овладении различными видами искусства. Для этого необходимо «изучение возможности этих детей в овладении творческими видами деятельности, создание информационного блока данных о талантливых детях и разработка комплексных программ социальной защиты и реализации их таланта» [30, 153].

Литература

1. Богоявленская Д.Б. Пути к творчеству. М.: Знание, 1981. 315 с.
2. Вайзман Н.П. Психомоторика детей-олигофренов. М.: Педагогика, 1976. 234 с.
3. Ванье Жан. «Быть рядом...» М.: Рудолина, 2000.
4. Ветлугина Н.А. Музыкальное воспитание в детском саду. М.: Просвещение, 1981. 239 с.
5. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1967. 203 с.
6. Ворсанова С.Г., Юров Б.Ю., Демидова И.А. Хромосомные синдромы, выявляемые в первые годы жизни ребенка: данные клинических, цитогенетических и молекулярно-цитогенетических исследований // Дефектология. 2000, № 1. С. 9 – 12.
7. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / Под ред. Воронковой В.В. М.: Школа-Пресс, 1994. 416 с.
8. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском творчестве. СПб.: Союз, 1997. 90 с.

9. *Выготский А.С.* Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1988. Т. 5. 405 с.
10. *Гегело Н.В.* Ширма поднимается выше. М.: Молодая гвардия, 1962. 64 с.
11. Дефектологический словарь / Под ред. А.И. Дьячкова М.: Педагогика, 1970. 503 с.
12. Дефектология. Словарь-справочник / Под ред. Пузанова Б.П. М.: Новая школа, 1996. 80 с.
13. *Дульнев Г.М.* Основы трудового обучения и воспитания во вспомогательной школе. М.: Просвещение, 1969. 65 с.
14. *Еникеева Д.Д.* Популярная психиатрия. М.: Аст-Пресс, 1998. 525 с.
15. *Зубарева Н.М.* Дети и изобразительное искусство. М.: Просвещение, 1969. 110 с.
16. *Караманенко Т.Н., Караманенко Ю.Г.* Кукольный театр — дошкольникам. М.: Просвещение, 1982. 191 с.
17. *Коркина М.В., Вроно М.С.* Основы психиатрии. М.: МЕД-ГИЗ, 1982. 458 с.
18. *Корнилова И.Г.* Коррекция недостатков развития коммуникативных качеств старших дошкольников с нарушением зрения в креативной игре-драматизации // Дефектология. 1998. № 6. С. 49 — 57.
19. Коррекционная роль обучения во вспомогательной школе / Под ред. Дульнева Г.М. М.: Педагогика, 1971. 47 с.
20. *Липакова В.И.* Воспитание устной речи у детей с умственной отсталостью в степени имбецильности // Изучение динамики речевых и нервно-психических нарушений. М., 1983.
21. *Лурье Н.Б.* Воспитание глубоко умственно отсталого ребенка в семье. М.: Просвещение, 1972. 68 с.
22. *Ляпидевский С.С., Шостак Б.И.* Клиника олигофрении. М.: Просвещение, 1973. 297 с.
23. *Маллер А.Р.* Понимание и устное изложение текстов глубоко умственно отсталыми детьми // Клиническое и психолого-педагогическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. М., 1976.
24. *Маллер А.Р., Цикото Г.В.* Обучение, воспитание и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта. М.: Педагогика, 1988. 37 с.
25. *Мастюкова Е.М.* Актуальные аспекты клинической диагностики умственной отсталости у детей // Дефектология. 1997. № 1. С. 15 — 18.
26. *Медведева Е.А.* Изучение особенностей развития воображения старших дошкольников с задержкой психического развития в театральных играх // Дефектология. 1998. № 4. С. 32 — 36.

27. Мегведева Е.А. К вопросу о диагностике воображения и творчества у старших дошкольников с задержкой психического развития в театрализованных играх (сообщение II) // Дефектология. 1999. № 4. С. 32 – 37.
28. Мегведева Е.А. Пути формирования предпосылок и элементов творческого воображения у старших дошкольников с задержкой психического развития в театрализованных играх // Дефектология. 2000. № 1. С. 53 – 60.
29. Мирский С.М. Методика профессионально-трудового обучения во вспомогательной школе. М.: Просвещение, 1988. 139 с.
30. Мухина В.С. Изобразительная деятельность ребенка как форма усвоения социального опыта. М.: Педагогика, 1981. 233 с.
31. Немов Р.С. Общие основы психологии: В 2 т. М.: Просвещение, ВЛАДОС, 1994. Т. 2. 492 с.
32. Осипова Е.А. К вопросу о конституциональных типах и особенностях двигательной сферы умственно отсталых детей // Вопросы дефектологии. 1998. № 2. С. 35 – 44.
33. Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они, дети с отклонениями в развитии. М.: Флинта, 2000. 233 с.
34. Пономарев Я.А. Психология творчества и педагогика. М.: Педагогика, 1976. 389 с.
35. Психология. Словарь / Под ред. Петровского А.В. М.: Издательство политической литературы, 1990. 492 с.
36. Словарь логопеда / Под ред. Селиверстова В.И. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. 399 с.
37. Смирнова А.Н. Воспитание умственно отсталого ребенка в семье: Пособие для родителей. М.: Просвещение, 1982. 53 с.
38. Соловьева Н.С. Кукольный театр. М.: Всероссийское театральное общество, 1968. 27 с.
39. Социальная защита инвалидов. Владимир: АРДИ «Свет», 2000. 62 с.
40. Средства и методы реабилитации детей с особенностями развития и инвалидностью / Под ред. Слободчикова В.И. М.: Институт педагогических инноваций РАО, 1998. 300 с.
41. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Просвещение, 1965. 225 с.
42. Учащиеся вспомогательной школы / Под ред. Певзнер М.С., Лебединской К.С. М.: Просвещение, 1979. 213 с.
43. Филлс Каролина. «Мама, почему у меня синдром Дауна?» М.: Теревинф, 1998. 158 с.
44. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. М.: Зевс, 1997. 445 с.

45. Якобсон Г.С. Психологические проблемы этического развития детей. М.: Педагогика, 1984. 266 с.

Вопросы и задания

1. Какова этиология умственной отсталости?
2. Охарактеризуйте степени умственной отсталости.
3. Выделите концепции, объясняющие этиологию умственной отсталости детей с диагнозом имбецильность.
4. Покажите пути и способы коррекции дефектов у детей с диагнозом имбецильность.
5. Раскройте коррекционные возможности занятий в кукольном театре.
6. Почему творчество является одним из путей коррекции вторичных дефектов у умственно отсталых детей с диагнозом имбецильность?

Темы для докладов и рефератов

1. Психомоторика детей-олигофренов.
2. Механизм творческого процесса у детей с ограниченными возможностями.
3. Развитие воображения у детей с проблемами в развитии.
4. Коррекционные возможности кукольного театра.
5. Дети с отклонениями развития и творчество.
6. Развитие устной речи у детей-имбецилов.

Раздел 8

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

8.1. Особенности профформентации и профобучения детей с умственной отсталостью

В условиях перехода страны к рыночным отношениям особую актуальность приобретает проблема трудовой подготовки школьников, исходя из реальных требований жизни, с учетом складывающейся социально-экономической ситуации. Поэтому подготовка подрастающего поколения к жизни, к труду в народном хозяйстве страны — задача первостепенной важности.

Общая задача вспомогательной школы состоит в подготовке учащихся к самостоятельному выполнению несложных видов работ квалифицированного труда в условиях промышленного и сельскохозяйственного производства.

Трудность решения этой задачи в первую очередь обусловлена недостатками психического развития, которые свойственны умственно отсталым детям.

Однако коррекционная направленность и четкая организация трудового обучения позволяют подготовить большинство выпускников вспомогательной школы к работе по профессиям квалифицированного труда, предъявляющего определенные требования к интеллекту работающего.

По данным Института коррекционной педагогики РАО, ежегодно специальные (коррекционные) образо-

вательные учреждения VIII вида заканчивают 22,5 тыс. человек. Какова их дальнейшая судьба? На этот вопрос ответить сложно, т. к. с 1992 г. специальные образовательные учреждения перестали отвечать за трудоустройство своих выпускников и обобщенных данных по этому вопросу нет.

До 1991 г. трудоустройство выпускников специальных (коррекционных) образовательных учреждений 8 вида составляло ежегодно до 90—95% от их общего числа. За последнее 10-летие этот показатель сократился до 25—30%. Причиной данного положения стала ликвидация системы базовых предприятий, на которых ранее старшекласники специальных школ проходили производственную практику и затем, как правило, трудоустраивались.

Для лучшей социальной адаптации воспитанников увеличиваются сроки их обучения до 10—12 лет, открываются специальные группы в учреждениях начального профессионального образования. В специальных образовательных учреждениях вводятся новые трудовые специальности — в основном строительные (штукатур-маляр, плиточник, каменщик, озеленители, дворники).

Относительно успешно данные вопросы решаются в Красноярском крае, Ленинградской, Московской, Новгородской, Свердловской областях, городах Магадане, Махачкале, Москве, Нижнем Новгороде, Тольятти.

Так, в Москве эта работа ведется сразу по нескольким направлениям.

Почти 10 учреждений начального профессионального образования принимают выпускников специальных (коррекционных) школ для детей с нарушениями интеллекта в специализированные группы. Все выпускники получают квалификационный разряд и поступают на работу.

В Санкт-Петербурге с 1994 г. создана стройная система взаимосвязи вспомогательных школ с учреждениями начального профессионального образования. Учреждения работают по одинаковым профилям трудового обучения и единым «сквозным» учебным программам.

В Пскове в 2000 г. были созданы мастерские трудотерапии для выпускников Центра лечебной педагоги-

ки, в котором обучаются дети с выраженной умственной отсталостью. В настоящее время в мастерских работают около 40 выпускников данного учебного заведения.

Сегодня невозможно подготовить квалифицированного рабочего, не вооружив его системой знаний по выбранной специальности. По мнению Т.П. Трубачевой, «решение задачи профессиональной подготовки учащихся с нарушением интеллекта на базе школы нецелесообразно» [32, 39]. Сошлемся на аргументы, которые приводит автор. Во-первых, для полноценного осуществления профессиональной подготовки необходимо наличие материально-технической базы, включающей в себя парк современного производственного оборудования; во-вторых, в настоящих экономических условиях эффективной оказывается только адресная подготовка школьников с ориентацией на реально существующие рабочие места, по профессиям, необходимым в конкретном регионе.

Профессиональная ориентация во вспомогательной школе — это система психолого-педагогических и медицинских мероприятий, помогающих выпускнику школы в выборе профессии с учетом его способностей и потребностей общества [18, 7].

По мнению С.Л. Мирского, «умственно отсталые учащиеся очень редко сами выбирают профессию. Чаще всего их профессиональные интересы складываются под влиянием трудового обучения: учащиеся выбирают те специальности, по которым осуществляется их подготовка в школе. Многие выпускники школ не хотят работать по этой специальности» [18, 7], поэтому перед вспомогательной школой стоит следующая задача — помочь учащимся в выборе профессии, которая соответствовала бы их возможностям и способностям.

Профориентация во вспомогательной школе складывается из следующих этапов.

Первый этап — 1–3 классы. Он включает изучение трудовых возможностей учащихся в целях предварительного отбора для обучения определенному виду труда, соответствующему широкой профессии. На этом же этапе происходит элементарное профессио-

нальное просвещение школьников — ознакомление с видами труда, изучаемыми в данной школе.

Второй этап — 4 класс. Уточнение трудовых возможностей учащихся и завершение профотбора в рамках определенного вида труда. Начало работы по воспитанию положительного отношения к выбранной профессии.

Третий этап — 5–8 классы. Профпропаганда той профессии, по которой ведется обучение. Изучение способностей и наклонностей школьников сочетается с задачей ориентации на труд по конкретной узкой профессии (специальности).

Четвертый этап — 9 класс. Профадаптация учащихся к условиям производительного труда и к труду на производстве. Профпропаганда овладеваемой узкой профессией.

В учебно-воспитательном комплексе № 102 г. Москвы большое значение имеет выявление индивидуальных трудовых возможностей ребенка. Г.В. Васенков отмечает, «что в 4–5 классах, перед началом профессионального обучения, особое внимание уделяется изучению состояния трудовых способностей. Это позволяет, во-первых, определить, какой вид труда доступен тому или иному учащемуся; во-вторых, целенаправленно и более эффективно проводить коррекционную работу» [2, 41].

Главное требование, предъявляемое к данным обследования, — их достоверность. Она достигается путем параллельного изучения детей психологами и педагогами с последующим сопоставлением результатов.

Данные об учащихся 4 класса заносятся в карту развития учащегося начальной школы (куда входят и медицинские показатели) и в карту обучаемости на уроках труда. Специальные карты разработаны для отслеживания развития трудовых возможностей учащихся старших классов.

Полученные данные об индивидуальных возможностях учащихся в учебно-трудовой деятельности помогают в выборе профессии и служат основой коррекционного обучения.

По мнению И.С. Якушева, «в течение пропедевтического периода трудовой подготовки устанавливаются типологические особенности учебной и трудовой

деятельности учащихся и определяются возможности обучения школьников той или иной профессии. Медико-психолого-педагогическая комиссия школы на основании индивидуальной характеристики, данной учителем труда и воспитателем в конце учебного года, уточняет вид трудового обучения, наиболее отвечающий возможностям ученика, определяет учебно-трудовую группу по столярному, слесарному, картонажно-переплетному, швейному делу» [38, 21].

Одним из решающих условий социальной адаптации учащихся с нарушением интеллекта является правильно организованное профессионально-трудовое обучение. Если тут допущена ошибка, то в дальнейшем это может не только вызвать тяжелые эмоциональные переживания у школьника, но и привести к дезадаптации.

Решая задачу совершенствования трудовой подготовки умственно отсталых детей, Г.В. Васенков выделил два основных направления этой работы [2, 41].

Первое направление предполагает организационно — структурную перестройку учебного заведения. Второе — изменение содержания учебно-воспитательной работы и повышение ее качества до уровня, соответствующего социально-экономическим условиям настоящего времени.

Первое направление было реализовано на базе школы-интерната № 102 г. Москвы, где организовали учебно-воспитательный комплекс (УВК).

Основными структурными единицами УВК являются: девятилетняя вспомогательная школа с подготовительным классом и учебно-производственное отделение, которое включает цеха полиграфического, кожгалантерейного и деревообрабатывающего производств. Цеха оснащены современным оборудованием. В УВК организованы медицинская и психологическая служба.

Трехлетнее обучение, которое проходят выпускники вспомогательных школ в учебно-производственном отделении, осуществляется по разработанному на базе УВК учебному плану. Помимо трудовых дисциплин, он включает уроки математики, русского языка, основ физики и химии, граждановедения, истории и культуры родного края, этики и психологии семейной жизни.

Таким образом, профессиональная подготовка включает два этапа: обучение в 5–9 классах вспомогательной школы и трехлетние курсы учебно-производственного отделения. Такой срок (8 лет) позволяет получить большинству выпускников специальных школ начальное профессиональное образование. Если учащийся не овладел профессией и в этот срок, то он имеет возможность после окончания курсов остаться в качестве рабочего в производственных цехах.

Г.В. Васенков считает, что «профессиональная подготовка умственно отсталых подростков в учебно-воспитательном комплексе может быть значительно более эффективной, чем в существующих ПТУ. Опыт показывает, что в образовательных учреждениях, предназначенных для лиц с нормальным интеллектом, трудно создать условия, соответствующие возможностям учащихся с отклонениями в развитии» [2, 42].

Увеличение сроков профессионального обучения, изменение учебного плана и программ служат необходимыми, но не решающими факторами совершенствования профессиональной подготовки воспитанников вспомогательной школы. Особое место отводится коррекции недостатков, присущих умственно отсталым учащимся.

В Красноярском крае на базе вспомогательной школы был открыт 10-й экспериментальный класс. Его особенностью является то, что в первой половине дня учащиеся получали профессиональную подготовку в ПТУ при заводе холодильников «Бирюса». Во второй половине дня ученики занимались в школе по специально разработанной программе, предусматривающей занятия деловым письмом, краеведением, полезным трудом, основами экономики. Выпускники 10-го экспериментального класса продолжают работать на заводе холодильников.

Т.П. Трубачева отмечает, что «двухлетний опыт работы школы по экспериментальному учебному плану отвечает современным требованиям, способствует комплексному решению коррекционных задач, стоящих перед специальным образовательным учреждением VIII вида, обеспечивает психологический комфорт и социальную поддержку учащихся, предоставляет им возможность выбора практических ори-

ентиров, соответствующих их интересам и возможностям» [32, 39].

В Санкт-Петербурге учащиеся 9 класса вспомогательной школы № 24 проходят обучение на производственном комбинате по изготовлению мебели. Они овладевают профессиональными навыками столяра-сборщика, столяра-станочника, станочника. После окончания школы учащиеся с нарушением интеллекта могут работать на предприятиях данного профиля.

Старшеклассники с нарушением интеллекта работают на производстве 3 дня в неделю. Школьники изучают процесс изготовления нестандартной мебели по специальным заказам, учатся разбираться в чертежах. Большое внимание уделяется воспитанию трудовой дисциплины, умению устанавливать взаимоотношения с работниками трудового коллектива.

В конце учебного года по результатам производственной практики учащиеся приказом по предприятию допускаются к Государственному экзамену. Экзамен проводит квалификационная комиссия предприятия под председательством главного инженера. В соответствии с результатами учащимся может быть присвоен 2 разряд. Итоги экзаменов оформляются приказом по предприятию.

И.С. Якушев отмечает, что «к концу обучения в 9-м классе учащиеся, успешно усвоившие программу, социально адаптируются, у них вырабатывается необходимая критичность и правильная самооценка. Они понимают, что без старания и настойчивости невозможно овладение профессией» [38, 21]. Большая часть школьников после 9-го класса трудоустраивается на производстве. Для тех, кому необходим дополнительный период обучения, создана группа постшкольной трудовой подготовки.

Школа, по мнению И.С. Якушева, прилагает все усилия, чтобы подготовить учащихся к самостоятельной жизни в условиях сложившейся реальности, помогает выпускникам трудоустроиться на предприятиях соответствующего профиля, а некоторым рекомендует поступить в то или иное ПТУ, что позволяет им подготовиться профессионально и физически к дальнейшей трудовой деятельности [38, 21].

А.М. Щербакова полагает, что «в настоящее время одним из реально осуществимых способов продления сроков обучения подростков с нарушением интеллекта может быть создание учебных структур для постшкольной профессиональной подготовки в виде реабилитационных центров, курсов, а также специальных групп при ПТУ. Ряд школ в экспериментальном порядке пытаются найти новые организационные формы, продливающие процесс обучения и в то же время решающие задачи допрофессиональной и профессиональной подготовки. Создаются школы-предприятия, комплексы «Школа — ПТУ», центры постшкольной реабилитации и адаптации как структурные подразделения школы и т. п.» [37, 27].

В г. Владимире учащиеся вспомогательной школы № 27, начиная с 8 класса посещают межшкольный учебно-производственный комбинат для завершения профессионально-трудовой подготовки. Обучение здесь ведется по разным профилям: для мальчиков — слесарное, столярное и токарное дело, для девочек — швейное дело и вязание.

Трудовое обучение содержит большие возможности в деле исправления недостатков учащихся. Это подтверждено физиологическими исследованиями (И.С. Гуревич, Н.М. Трофимов), в которых экспериментально установлено функциональное улучшение корковых нервных процессов у детей и взрослых олигофренов под влиянием трудовой деятельности. А.Н. Граборов отмечал, что «труд является основным средством коррекции, наиболее полно и глубоко влияющим на весь процесс развития умственно отсталого ребенка» [8, 73].

Задачи индивидуальной коррекции решаются путем дифференцированного подхода к учащимся. В профессиональном трудовом обучении особенно важен такой подход к отстающим ученикам. Большая часть методов и приемов дифференцированного подхода предназначена для исправления определенных недостатков трудовой деятельности. Но часть из них имеет более широкое значение и не связана с конкретными особенностями школьников. Это неспецифические методы дифференцированного подхода. Их применяют для создания в учебно-трудовой группе условий, помогающих отстающим учащимся лучше воспринимать педагогические

воздействия. Это может быть формирование доброжелательного отношения к отстающим школьникам, осуждение коллективом негативных поступков, стимулирование взаимответственности и взаимопомощи.

Специфические методы и приемы дифференцированного подхода учитывают определенные индивидуально-типические свойства старшеклассников. Так, для учащихся с более низким уровнем интеллекта — применение наглядной опоры при устном ответе или упрощение плана выполнения трудового задания; для школьников с нарушением работоспособности — временное переключение на другую работу, организация физкультпауз; учащимся с двигательными нарушениями предлагается более расчлененное овладение трудовыми действиями, использование приспособлений со срочной сигнализацией о правильности движений.

Учебные занятия необходимо строить с учетом задач дифференцированного подхода и к отстающим, и к опережающим в обучении школьникам. Для учителя сложной задачей является нахождение времени в ходе урока для дополнительной работы с отстающими учениками. Осуществление такой помощи во многом зависит от содержания инструктажа школьников перед началом работы (от уровня проведения подготовительного занятия). Правильно организованный инструктаж позволяет большинству учащихся дольше работать самостоятельно, не допуская ошибок, тем самым у учителя появляется возможность для индивидуальной работы с отстающими.

Г.М. Дульнев выделил общие положения (принципы), на основе которых осуществляется дифференцированный подход, определяются его частные цели и соответствующие им способы педагогического воздействия:

1. В основе дифференцированного подхода — всестороннее изучение учебно-трудовой деятельности ребенка и учет ведущих интегральных качеств личности (темперамента, характера, нейродинамических нарушений).
2. Дифференцированный подход ориентируется на особенности динамики развития учебной деятельности и личности школьника.
3. Опираясь на сохранные свойства учащегося и возможности их развития, дифференцированный подход

- ставит своей основной целью исправление наиболее нарушенных процессов трудовой деятельности.
4. Применяемые на уроках методы и приемы дифференцированного подхода «вписываются» во фронтальную работу учителя со всей учебно-трудовой группой.
 5. В процессе выполнения учебных заданий дифференцированный подход решает задачу предупреждения ошибочных действий, обусловленных особенностями учащихся.
 6. Осуществление дифференцированного подхода на занятиях требует высокого уровня организованности школьников.
 7. Дифференцированный подход к учащимся опирается на общедидактические принципы, реализуемые с учетом своеобразия условий вспомогательной школы. Особенно большую роль при этом играют требования принципа прочности усвоения учебного материала.
 8. Продуктивность дифференцируемого подхода связана с уровнем положительного отношения школьников к профессионально-трудовому обучению [9, 16].

Таким образом, исправление индивидуальных недостатков трудовой деятельности школьников является одной из наиболее важных для вспомогательной школы проблем. От ее решения зависит продуктивность труда учащихся в период обучения, а также смогут ли они в будущем работать на массовых производственных предприятиях.

■ 8.2. Изучение профессиональных намерений и коррекционная работа в процессе профессиональной подготовки учащихся с нарушением интеллекта

В эксперименте приняли участие 22 старшеклассника специальной (коррекционной) школы-интерната № 27 г. Владимира: 10 девушек и 12 юношей.

При изучении профессиональных намерений учащихся были получены данные об их дальнейших планах: большинство старшеклассников желают продолжить учебу в СПТУ после окончания школы

по такому же профилю, по которому учились в ГМУК, другие — намерены устроиться на работу по профессии, полученной в учебном комбинате, и остальные — не знают, чем будут заниматься в дальнейшем.

Отвечая на вопрос «На что Вы ориентировались, выбирая профессию?», учащиеся разделились на 3 группы. Первую группу составили школьники, которые при выборе профессии ориентировались на работу, соответствующую их возможностям. Во вторую группу вошли учащиеся, предпочитающие интересную и содержательную работу. Третью группу образовали старшеклассники, которые не ответили на вопрос (это тот, кто не знает, чем будет заниматься в будущем).

В ходе исследования были выявлены увлечения и профессиональные склонности учащихся. При анализе ответов на вопрос «Какой профессии, специальности Вы бы хотели посвятить себя?» выяснилось, что большинство учащихся желают работать по той специальности, которую получают в учебном комбинате, другая часть школьников не ответила на вопрос (это можно объяснить нежеланием старшеклассников работать по этой профессии или неосознанностью своего положения в будущем).

При анализе ответов на вопрос «Кто на Вас оказал наибольшее влияние при выборе профессии?» выяснилось, что большинство школьников назвали своих учителей, затем товарищей-сверстников, родителей, родственников. То, что выбор пал именно на учителей, неслучайно, т. к. большую часть времени учащиеся проводят в интернате.

На вопрос «Где Вы проверяете свои профессиональные качества?» были получены следующие ответы:

- самостоятельно дома (12 человек);
- во внешкольных учреждениях (в данном случае ГМУК — 8 человек);
- не проверяю (2 человека).

В ходе анализа результатов было выявлено, что большинство учащихся предпочитают работать индивидуально. Это объясняется особенностями психического развития умственно отсталых школьников, недоразвитием коммуникативных умений.

Данная методика дает достаточно полное представление о профессиональных намерениях старшеклассников с нарушением интеллекта, которые приняли участие в эксперименте.

При оценке коммуникативных и организаторских качеств умственно отсталых школьников были получены следующие результаты:

1. У большинства учащихся (15 человек) коммуникативные и организаторские способности слабо развиты. Эти школьники не стремятся к общению, чувствуют себя скованно в новой компании, коллективе, предпочитают проводить время наедине с собой, ограничивают свои знакомства, испытывают трудности в установлении контактов с людьми, плохо ориентируются в незнакомой ситуации, не отстаивают свое мнение, тяжело переживают обиды, проявление инициативы в общественной деятельности крайне занижено, во многих делах они предпочитают избегать принятия самостоятельных решений.
2. Для троих учащихся характерен средний уровень проявления коммуникативных и организаторских свойств. Они стремятся к контактам с людьми, не ограничивают круг своих знакомств, однако потенциал их склонностей не отличается высокой устойчивостью.
3. Четверо человек характеризуются низким уровнем проявления коммуникативных и организаторских качеств. Эти школьники не стремятся к общению, замкнуты, тяжело переживают обиды.

Опираясь на данные результаты, можно говорить о недоразвитии коммуникативных умений у умственно отсталых учащихся, и коррекционная работа, проводимая в процессе профессионально-трудового обучения, должна быть направлена на формирование организаторских и коммуникативных умений.

При определении отношения старшеклассников с нарушением интеллекта к обучению в ГМУК были получены следующие результаты: большинство учащихся хотят, чтобы занятия длились еще, остальные школьники — не хотят, аргументируя свой ответ нежеланием учиться вообще.

Отвечая на вопрос «Что дают Вам занятия в ГМУК?», учащиеся разделились на четыре группы.

Первую группу составили школьники, которые отметили, что занятия в учебном комбинате дают им подготовку к жизни. Во вторую группу вошли старшекласники, выбравшие ответ «знания». Третью группу составили учащиеся, которые подчеркнули, что занятия в ГМУК дают им друзей. В четвертую группу вошли школьники, выбравшие ответ «ничего».

Отвечая на вопрос «Что Вам нравится в ГМУК?», большинство учащихся ответили — «отношение со стороны учителей», другая часть школьников выбрала ответ «ничего».

В процессе исследования были получены данные о дальнейших намерениях старшекласников с нарушением интеллекта: 11 человек собираются работать по профессии, полученной в учебном комбинате, 6 — еще не знают, 5 — не хотят работать по этой специальности.

Таким образом, опираясь на полученные данные, можно сделать вывод: большинство учащихся с интеллектуальным недоразвитием положительно относятся к процессу обучения в учебном комбинате.

В эксперименте приняли участие 5 педагогов, работающих с умственно отсталыми старшекласниками в ГМУК. Все учителя используют специально разработанные программы. Их особенностью является увеличение сроков изучения теоретического и практического материала. Педагоги отмечают, что при обучении школьников с нарушением интеллекта встретились со следующими трудностями:

- 1) медленное усвоение учащимися теоретического материала;
- 2) нежелание некоторых старшекласников заниматься;
- 3) на практических занятиях много внимания обращается на технику безопасности.

Все педагоги отмечают, что основным приемом при обучении школьников с нарушением интеллекта является индивидуальная работа с каждым учеником. При проверке знаний учащихся учителя проводят устный опрос, тематические и административные контрольные работы, практические работы.

Двое педагогов в работе с умственно отсталыми учащимися используют творческие задания.

Трое учителей в конце каждого учебного года организуют конкурс изделий, которые выполняют учащиеся. Некоторые работы школьников представлены на городских выставках.

Все педагоги организуют с умственно отсталыми старшеклассниками экскурсии на производство (фабрику «Победа», завод «Автоприбор», в ПТУ № 7, № 25, № 49, в художественные салоны).

Педагоги ГМУК отмечают, что между учащимися вспомогательной и массовых школ возникают конфликты, чаще всего среди девятиклассников. А ученики 10–11-х классов относятся с пониманием к умственно отсталым сверстникам.

В конце профессионально-трудоового обучения старшеклассники с нарушением интеллекта сдают экзамен, который состоит из двух этапов:

- 1) выполнение практического задания;
- 2) устный ответ по билетам (3 вопроса).

После сдачи экзамена учащимся прививается квалификационный разряд по специальности. Трудности, с которыми встречаются педагоги ГМУК в обучении школьников с нарушением интеллекта, можно объяснить следующими причинами:

- 1) незнание особенностей психофизического развития умственно отсталых учащихся;
- 2) отсутствие совместной работы с учителями и воспитателями вспомогательной школы;
- 3) незнание индивидуальных особенностей каждого учащегося.

В процессе исследования были выявлены педагогические условия, способствующие эффективному профессионально-трудоовому обучению учащихся с отклонениями в развитии:

- специально разработанные программы профессиональной подготовки умственно отсталых школьников;
- небольшая наполняемость групп учащихся (не более 6 человек);
- учет индивидуальных особенностей каждого школьника при обучении;
- доброжелательные отношения со стороны учителей и нормально развивающихся сверстников к учащимся с отклонением в развитии.

Говорить об эффективности профессиональной подготовки учащихся с отклонениями в развитии можно, опираясь на данные о трудоустройстве выпускников вспомогательных школ.

В 2000 г. школу-интернат № 27 окончили 27 учащихся: 15 девушек и 12 юношей. Не трудоустроились 6 человек. Пять девушек работают швеями, 3 поступили в ПТУ, 2 работают в сфере обслуживания. Трое юношей поступили в ПТУ, 2 работают столярами, 1 токарем, 1 плотником, 2 грузчиками.

В 2001 г. школу-интернат № 27 окончили 22 учащихся: 10 девушек и 12 юношей. Не трудоустроились пять человек. Две девушки поступили в ПТУ, 2 работают швеями, 2 в сфере обслуживания. Четверо юношей поступили в ПТУ, 2 работают резчиками по дереву, 2 плотниками, 1 токарем.

В 2002 г. школу-интернат № 27 окончили 23 учащихся: 9 девушек, 14 юношей. Не трудоустроились семь человек. Четыре девушки поступили в ПТУ, 2 работают в сфере обслуживания, 1 — в декретном отпуске. Трое юношей поступили в ПТУ, 2 работают плотниками, 1 токарем, 3 грузчиками.

Опираясь на данные о трудоустройстве выпускников вспомогательных школ, можно сделать вывод: большинство учащихся устраивается на работу или продолжает учебу по такой же специальности, которую получили в ГМУК.

Анализ педагогической, методической, психологической литературы по исследуемой проблеме, специальные психодиагностические методы позволили сделать следующие выводы:

1. Профессионально-трудовое обучение учащихся с нарушением интеллекта должно строиться с учетом их индивидуальных, возрастных и психофизических особенностей.
2. В процессе формирования трудовой профессиональной направленности старшеклассников с отклонениями в развитии необходимо добиваться единства взаимодействия школы, семьи и общест-венности. Это одно из условий эффективности проведения профориентационной работы.
3. Профессионально-трудовое обучение решает задачу всестороннего развития учащихся. Оно вносит су-

щественный вклад в физическое, умственное, эстетическое и нравственное развитие. Основная задача профессионально-трудового обучения — вооружить учащихся вспомогательной школы профессиональными навыками и умениями, которые необходимы для работы по определенной специальности.

В процессе исследования были получены данные о профессиональных намерениях и дальнейших планах учащихся с нарушением интеллекта: большинство школьников желают продолжить учебу или трудоустроиться по той же специальности, по которой обучались в учебном комбинате.

При оценке коммуникативных и организаторских способностей умственно отсталых школьников выяснилось, что у большей части старшеклассников наблюдается недоразвитие коммуникативных навыков: эти учащиеся не стремятся к общению, чувствуют себя скованно в новой компании, коллективе, испытывают трудности в установлении контактов с людьми. Поэтому коррекционная работа, проводимая в процессе профессионального обучения, должна быть направлена на развитие коммуникативных умений.

В процессе исследования были выявлены педагогические условия, способствующие эффективному профессионально-трудовому обучению учащихся с отклонениями в развитии:

1. Специально разработанные программы профессиональной подготовки умственно отсталых школьников.
2. Небольшая наполняемость групп учащихся (не более 6 человек).
3. Учет индивидуальных особенностей каждого школьника при обучении.
4. Доброжелательное отношение со стороны учителей и нормально развивающихся сверстников к учащимся с отклонениями в развитии.

Литература

1. Агаскин Б.И. Трудовое воспитание. М., 1986. 171 с.
2. Васенков Г.В. Актуальные проблемы профессиональной подготовки умственно отсталых учащихся // Дефектология. 1998. № 4. С. 40 — 44.

3. *Волосовец Т.В.* Проблемы трудоустройства выпускников специальных (коррекционных) образовательных учреждений и профессиональное образование инвалидов // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. № 4. С. 4 – 9.
4. Воспитание и обучение детей во вспомогательной школе / Под ред. Воронковой В.В. М.: Школа-пресс, 1994. 416 с.
5. *Гнатюк А.А.* Совершенствование производственного обучения выпускников вспомогательных школ. Канд. дисс. М., 1987. 193 с.
6. *Головей Л.А., Грищенко Н.А.* Психологическая служба в школе. Л., 1987. 123 с.
7. *Голомшток Е.А.* Выбор профессии и воспитание личности школьника. М., 1979. 137 с.
8. *Граборов А.Н.* Очерки по олигофренопедагогике. М., 1961. С. 73 – 75.
9. *Дульнев Г.М.* Основы трудового обучения во вспомогательной школе. М.: Просвещение, 1969. 186 с.
10. *Захаров Н.Н.* Профессиональная ориентация школьников. М.: Просвещение, 1988. С. 24 – 25.
11. *Захаров Н.Н., Симоненко В.Д.* Профессиональная ориентация школьников. М.: Просвещение, 1989. 192 с.
12. *Карвялис В.Ю.* Социально трудовая адаптация выпускников специальных школ: Канд. дисс. М., 1987. 157 с.
13. *Кириллова А.Г.* Система работы по развитию речи на уроках трудового обучения // Дефектология. 1996. № 2. С. 27 – 33.
14. *Климов А.Е.* Психолого-педагогические проблемы профессиональной консультации. М.: Просвещение, 1983. 160 с.
15. *Корольский В.В., Симоненко В.Д.* Общественно полезный производительный труд учащихся. М., 1990. 97 с.
16. *Ктиторов А.Ф.* Организация производительного труда учащихся в УПК. М., 1986. С. 68 – 69.
17. *Кулагин Б.В.* Основы профессиональной психодиагностики. Л., 1984. С. 86 – 88.
18. *Мирский С.Л.* Методика профессионально-трудоового обучения во вспомогательной школе. М., 1988. 223 с.
19. *Мирский С.Л.* О путях развития профессиональной подготовки воспитанников вспомогательной школы // Дефектология. 1989. № 3. С. 25 – 28.
20. *Мирский С.Л.* Особенности профессионального обучения во вспомогательной школе. М., 1988. 193 с.
21. *Мирский С.Л.* Изучение трудовых возможностей учащихся вспомогательной школы // Дефектология. 1997. № 4. С. 16 – 18.

22. Муртузалиева У.М. Сочетание профессионально-трудового обучения с производительным трудом во вспомогательной школе. Махачкала, 1978. С. 93 — 95.
23. Научно-практическая конференция «Профессиональная реабилитация учащихся коррекционных образовательных учреждений» // Дефектология. 1997. № 6. С. 87 — 89.
24. Пинский Б.Ш. Психология трудовой деятельности учащихся вспомогательной школы. М.: Просвещение, 1969. 210 с.
25. Плакий С.И. Становление в труде. М., 1987. 148 с.
26. Профессиональная ориентация старших школьников в процессе трудового обучения / Под ред. В.А. Полякова. М., 1972. С. 17 — 19.
27. Работа по профориентации в средних специальных и профессионально-технических учебных заведениях / Под ред. О.А. Черник. Таллин, 1976. 26 с.
28. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. М.: Владос, 1996. 528 с.
29. Скоткин М.Н., Костяшкин Э.Г. Трудовое воспитание и профориентация школьников. М.: Просвещение, 1989. 192 с.
30. Совместная работа школ и промышленных предприятий по профессиональной ориентации учащихся. Под ред. А.Е. Голомштока. М., 1984. С. 34 — 35.
31. Содружество школы и производства / Под ред. П.М. Дорофеева М., 1988. 162 с.
32. Трубачева Т.Н. К вопросу об изменении структуры и содержания обучения детей с нарушениями интеллекта // Дефектология. 1999. № 4. С. 39 — 42.
33. Ушинский К.Д. Человек как предмет воспитания // Собр. соч. М., 1950. Т. 8. 268 с.
34. Хабаров В.Т. Некоторые вопросы адаптации выпускников вспомогательных школ на производстве // Дефектология. 1992. № 4. С. 40 — 42.
35. Чистякова С.Н. Школа и выбор профессии. М., 1992. 165 с.
36. Школа и выбор профессии / Под ред. В.А. Поляковой, С.Н. Чистяковой, Г.В. Агаповой. М.: Педагогика, 1987. 176 с.
37. Щербакова А.М. Проблемы трудового обучения и профессиональной подготовки учащихся вспомогательной школы // Дефектология. 1998. № 4. С. 24 — 28.
38. Якушев И.С. Проблемы трудового обучения во вспомогательной школе // Дефектология. 1997. № 3. С. 21 — 23.

Вопросы и задания

1. В чем специфика профориентационной работы в коррекционном учреждении?

2. Раскройте задачи, принципы и содержание профессионально-трудового обучения учащихся с нарушенным интеллектом.
3. Охарактеризуйте педагогические условия, способствующие совершенствованию профессионально-трудового обучения школьников с особыми потребностями.

Темы для докладов и рефератов

1. Вспомогательная школа как институт профессионального становления.
2. Социально-трудовая адаптация выпускников специальных школ.
3. Организация системы работы по профориентации умственно отсталых детей.
4. Профессиональная реабилитация детей с интеллектуальной недостаточностью.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

9.1. Теоретический анализ проблемы

Кардинальные перемены, происходящие в нашей стране, оказывают существенное влияние на уровень и качество жизни населения.

Явным отражением непродуманных преобразований служит падение материального уровня большей части семей (когда, например, беременная женщина не может получить весь комплекс услуг медико-генетического плана); падение общей культуры поведения; алкоголизм и наркомания; патогенная экология. Все это не может не повлиять на увеличение количества детей с различной формой патологии, в частности, с нарушениями зрения (слабовидение, косоглазие и амблиопия), слуха, интеллекта и т. д.

В настоящее время существует ряд дошкольных учреждений, в которых созданы группы для детей с косоглазием и амблиопией.

Термин «косоглазие» объединяет различные по происхождению и локализации поражения зрительной и глазодвигательной систем, вызывающие периодические или постоянные отклонения (девиацию) глазного яблока.

Косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной

точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения. В зависимости от того, куда отклонен глаз, наблюдается внутреннее (сходящееся), наружное (расходящееся) косоглазие, косоглазие вверх и вниз.

Термином «амблиопия» обозначают такие формы поражения зрения, которые не имеют видимой анатомической или рефракционной основы. Наиболее частой причиной амблиопии у детей бывает косоглазие, или страбизм — непараллельность оптических осей глаза; при этом в 85—90% случаев косоглазия наблюдается разная степень снижения зрения, т. е. появление амблиопии.

Слабовидящие дети не всегда адекватно осознают свой дефект. Трудности и неудачи, возникающие в общении со сверстниками и взрослыми, при участии в играх, при общении неправильно оцениваются ими, обижают и раздражают. Появляется почва для возникновения нарушений в эмоционально-волевой сфере — агрессивности, враждебности, тревожности, страхов и т. п.

В последние годы возрастает количество детей с нарушениями психоэмоционального развития: психофизический инфантилизм, эмоциональная нестабильность, отклонения в поведении, невротические расстройства и другие. Их причины кроются не только в экологическом и экономическом неблагополучии, социальной нестабильности общества, негативно влияющих на растущую и формирующуюся личность ребенка. Негативное влияние оказывают также причины социально-педагогического генеза, связанные с недостатками семейного и общественного дошкольного воспитания. В то же время воспитатели дошкольных учреждений слабо вооружены методами и приемами психологической коррекции подобных нарушений.

Под эмоциональным неблагополучием ребенка с нарушением зрения понимается его отрицательное самочувствие в различных социальных ситуациях. Оно вызывается многими причинами. Главной выступает неудовлетворенность ребенка общением со взрослыми, прежде всего с родителями и со сверстниками. Недостаток тепла, ласки, разлад между членами семьи, отсутствие тесных эмоциональных контактов с родителями приводят к формированию у ребенка с поражением

зрения тревожно-пессимистических личностных ожиданий, и, как следствие, неуверенности малыша, чувства незащищенности, иногда страха в связи с прогнозируемым отрицательным отношением взрослого.

Такое отношение взрослого провоцирует у ребенка с глазной патологией упрямство, нежелание подчиняться требованиям родителей, т. е. является серьезным «психологическим» барьером между взрослыми и детьми, тогда как тесные, насыщенные эмоциональные контакты, при которых ребенок является объектом доброжелательного, но требовательного оценочного отношения как личность, формируют у него уверенно-оптимистические личностные ожидания. Для них характерно переживание возможного успеха, похвалы, одобрения со стороны близких.

Эмоциональное неблагополучие, связанное с затруднениями в общении со сверстниками и другими детьми, может приводить к двум типам поведения.

К 1-й группе относятся дети с нарушением зрения неуравновешенные, легко возбудимые; безудержность эмоций часто становится причиной дезорганизованности их деятельности. При возникновении конфликтов со сверстниками эмоции данной категории детей часто проявляются в аффектах: вспышках гнева, обиде, нередко сопровождаются слезами, грубостью, драками. Наблюдаются сопутствующие вегетативные изменения: покраснение кожи, усиление потоотделения и т. п. Негативные эмоциональные реакции: быстро вспыхивая, быстро угасают.

2-ю группу составляют дети с дефектами зрения с устойчивым негативным отношением к общению. Как правило, обида, недовольство, неприязнь и т. д. надолго сохраняются в их памяти, но при их проявлении дети более сдержанны. Такие дети с поражением зрения характеризуются обособленностью, избегают общения. Эмоциональное неблагополучие часто сопряжено с нежеланием посещать детский сад, с неудовлетворенностью отношениями с воспитателями или сверстниками. Острая восприимчивость ребенка, его чрезмерная впечатлительность могут привести к внутриличностному конфликту [59].

Другой существенной причиной, вызывающей эмоциональное неблагополучие, являются индивидуальные

особенности ребенка, специфика его внутреннего мира (впечатлительность, восприимчивость, ведущие к возникновению страхов) [12].

Причины детских страхов очень разнообразны. Их появление прямо зависит от жизненного опыта ребенка с нарушением зрения, степени развития самостоятельности, воображения, эмоциональной чувствительности, склонности к беспокойству, тревожности, робости, неуверенности. Чаще всего страхи порождаются болью, инстинктом самосохранения.

В раннем детстве для малыша непереносима даже короткая разлука с матерью, поэтому ребенок становится плаксивым, плохо засыпает и просыпается в слезах, а днем старается быть поближе к матери. Страх темноты и одиночества не возникает, если ребенок привык спать еще на первом году жизни в неосвещенной комнате [23].

Неоправданно строгая позиция взрослого и неадекватные средства воспитания приводят к перенапряжению нервной системы и создают благоприятную почву для появления страхов. К таким средствам относятся угрозы, суровые или телесные наказания, искусственные ограничения движений, пренебрежение интересами и желаниями малыша с нарушением зрения и пр. Постоянное запугивание приводит к тому, что дети становятся бессильными, теряют способность рассуждать, переживают острый эмоциональный дискомфорт.

Предрасположенность к страхам имеется у малообщительных детей с патологией зрения, ограниченных в контактах. У таких детей кроме страхов могут возникать агрессивность, упрямство, капризы. Развитие страхов взрослые стимулируют, когда заставляют детей сдерживать свои эмоции, не понимают их переживаний. Тогда на вид сдержанные дети на самом деле исполнены всевозможных отрицательных чувств.

Нельзя стыдить ребенка за переживаемый страх. Под влиянием насмешек малыш начинает скрывать страх, который не только не исчезает, а даже усиливается. Ребенок становится пассивным, склонным к переживанию депрессии.

С 3 до 5–6 лет страхи становятся наиболее разнообразными. Они свойственны большинству дошкольников, имеющих нарушение зрения, часто переходят

в навязчивые формы, близкие к невротическим состояниям. Страхи вызываются совокупностью следующих компонентов: высокой эмоциональностью дошкольников, малым жизненным опытом, богатым воображением; они легко появляются и исчезают в течение 3 — 4 недель. Нередко страхи могут вызывать необдуманные поступки взрослых, например, ошибки в умственном воспитании, которые приводят к снижению уровня ориентации в окружающем [24].

Тревожность детей с поражением зрения — прямое следствие повышенной напряженности нашей жизни. Различают тревогу и тревожность. Тревога — ощущение конкретной, неопределенной угрозы, неясное чувство опасности, страх неизвестно чего. В отличие от тревоги, тревожность считается эмоциональным состоянием, особенностью характера или чертой личности.

Общие причины детской тревожности:

- конституциональная особенность нервной системы (меланхолический темперамент);
- невротические состояния, вызванные страхом, частыми неудачами;
- следствие перенесенных заболеваний;
- результат запугивания ребенка взрослыми;
- плод чрезмерного детского воображения;
- естественная боязнь темноты, грозы, опасных животных;
- проявление инстинкта самосохранения;
- результат «запрещающего воспитания»;
- чувство вины за неспособность быть на уровне высоких требований, доступных другим детям;
- следствие депривации.

Следствие сильных источников тревожности у детей с глазной патологией — угроза исключения из группы сверстников из-за неприемлемых установок или действий.

Как видим, причин для возникновения тревожности достаточно. Контролировать можно только небольшую их часть, а устранить — и того меньше.

Общие признаки тревожности у дошкольников с нарушением зрения:

- повышенная возбудимость, напряженность, закрытость;
- страх перед всем новым, необычным;

- неуверенность в себе, заниженная самооценка;
- ожидание неприятностей, неудач;
- стремление выполнить работу как можно лучше, чтобы не ругали;
- безынициативность, пассивность;
- склонность помнить больше плохое, чем хорошее;
- боязнь общения с новыми людьми;
- неумение владеть своими чувствами, нытье, плаксивость и т. п.

Обратим внимание и на выводы ученых о том, что повышенная тревожность рождает *избыточные потребности*, т. е. защитные механизмы, в которых не нуждается нормальный человек, но которые необходимы тревожному, чтобы уровнять его тревогу с защитой против нее [43].

Все люди, в том числе дети с нарушением зрения, в той или иной степени страдают агрессивностью.

Причины и виды агрессивности у дошкольников с нарушением зрения:

- естественная реакция на унижение достоинства ребенка, постоянные насмешки, издевательства. Это вынужденная, ситуативная агрессивность. Поведение ребенка провоцируется обстоятельствами;
- следствие ограничения свободы, самостоятельности, чрезмерной опеки, подавление взрослым инициативы ребенка. Возникает агрессивная реакция ребенка. Эта реакция оправдывается лишь до тех пределов, которые согласуются с нормой;
- ярко выраженная направленность на других (экстраверсия) как черта характера. Такой ребенок не может жить, пока не выплеснет свои эмоции, чувства, переживания на других. Иногда его не хотят слушать, не принимают, и тогда его реакции приобретают форму приставания, даже насилия (требуется консультация медиков);
- проявление Эдипова комплекса (направленность агрессии на взрослого одного с ребенком пола). Вспышки нечастые, но достаточно сильные (требуется консультация психиатра);
- проявление соперничества между детьми с целью добиться превосходства. Весьма распространенный вид проявления агрессии;

- появление комплекса неполноценности, стремление доказать другим свое преимущество. Чаще проявляется у детей ограниченных интеллектуально, эмоционально глухих, неразвитых, безразличных ко всему;
- результат депривации и фрустрации. Таким способом ребенок с нарушением зрения пытается освободиться от угнетающих его переживаний, отомстить за свои неудачи. Вид счастливых, удачливых детей его раздражает. Этот вид детской агрессивности должен корректироваться как можно раньше, чтобы не допускать превращения агрессивности в устойчивую черту характера.

Признаки агрессивности у дошкольников с дефектами зрения:

- упрямство, постоянные возражения, отказы даже от легких поручений;
- драчливость;
- постоянная или длительная подавленность, раздраженность;
- беспричинные вспышки гнева, озлобленность;
- жестокое обращение с животными;
- стремление оскорбить, унижить;
- властность, стремление настоять на своем;
- эгоцентризм, неспособность понять других;
- эмоциональная глухота, душевная черствость;
- самоуверенность, завышенная самооценка [43].

Знание педагогом основных причин возникновения эмоционального неблагополучия детей с нарушением зрения, признаков его проявления позволяет правильно и продуктивно вести профилактическую и коррекционную работу по устранению детских страхов, агрессивности, враждебности и тревожности.

9.2. Технологии психокоррекции эмоциональных нарушений дошкольников с нарушением зрения

В психокоррекционной работе с дошкольниками, имеющими нарушения зрения, наиболее эффективны следующие методы.

Арттерапия. Как самостоятельный вид психотерапии арттерапия сложилась в США около полувека

назад и представлена разнообразными подходами, объединенными пониманием изобразительной деятельности и изображения как способа коммуникации и послания, работа с которыми и образует уникальную ткань этого вида психокоррекции.

Очевидные достоинства арттерапии для детей с нарушением зрения состоят в том, что она помогает установлению и углублению терапевтического контакта; служит одновременно терапевтическим и динамически-диагностическим методом; применима в любых ситуациях и форматах психотерапии; позволяет широко разнообразить средства — от рисования палочкой на песке и простым карандашом до живописи и скульптуры; не имеет противопоказаний и применима при широчайшем круге расстройств. Она создает и углубляет у детей с дефектами зрения чувство безопасности, позволяя быть открытым без ощущения раскрытости и высказываться без страха и оглядки на социальную цензуру.

Терапевтический эффект обеспечивается сплавом катарсиса, инсайта, десенсибилизации, суггестии, символического отреагирования и совладания, обучения, терапевтического моделирования и, как результат, перестройки отношений и личностного роста. Условно эффекты арттерапии можно разделить на связанные с:

- 1) собственно процессом творчества;
- 2) изображением как вынесением вовне, таким образом, с открытыми внутреннему диалогу переживаниями, аспектом личностной ситуации, субличной структурой и т. п.;
- 3) влияниями арттерапевта — от руководства в выборе темы до фасилитации и интерпретации. При групповом проведении арттерапия выступает как безопасный язык и канал коммуникации.

Библиотерапия. Использование литературных произведений как инструмента психокоррекции. Она может применяться в любых ситуациях и форматах. А.Е. Алексейчик (1985) разделяет ее на неспецифическую (ориентированную на реакции успокоения, удовольствия, уверенности, активности и т. д. без нозологической или личностной индивидуализации) и специфическую (направленную на специфические про-

цессы разрешения конфликта, контроля, эмоциональной переработки и т. д. и использующую индивидуализированные библиорецепты). У маленьких детей используется в виде различных модификаций сказкотерапии.

Сказкотерапия как процесс коррекции, органичный природе ребенка. Куклотерапия.

Эмоциональный анализ сказок в отечественной психологии видится его создателям как испытанная площадка для «трудных эмоций». Сказка несет в себе внушение моделей поведения, убеждений, жизненных сценариев (Л.А. Абрамян, А.В. Запорожец, Л.П. Стрелкова [57] и др).

В качестве основного помощника психолога могут выступать куклы. Здесь сказкотерапия граничит с игротерапией. В.С. Мухина в своей статье «Дети и куклы» пишет: «Игрушки — не только забава, но также мощное средство психического развития детей» [38]. Она считает, что в нашем языке осталось доказательство некогда одушевленной куклы: мы говорим, например, «куклин дом», даем кукле имя.

В древности считалось, что кукла обладает свойствами присваивать чужие души, оживая за счет умерщвления самого человека. В этом значении кукла была представителем черной силы. В фольклоре много сюжетов, когда кукла становится враждебной человеку. Уже в 2—3 месяца младенец смотрит на куклу дольше, чем на другие игрушки. По воле ребенка кукла ведет себя так, как хочет ребенок.

В.С. Мухина предлагает следующую классификацию кукол, необходимых в сказкотерапии:

- прекрасные куклы, герои сказок (с большими глазами, обрамленными ресницами, с коротким носиком и блестящими волосами);
- «куклы для любования» — очень большие, в рост ребенка;
- «характерные куклы» (куклы, изображающие девочку или мальчика в зависимости от того, с кем проводится эта работа);
- куклы, изображающие героев сказок, например домовую, Баба Яга, Чебурашка и т. п.

Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева для использования в сказкотерапии предлагает 3 варианта кукол: куклы-марионетки; пальчиковые куклы; теневые куклы [26].

Поэтическая терапия. Использование поэзии в психотерапевтических целях. Терапевтический эффект создается за счет поэтической лаконичности, содержательной емкости, ритмики и музыки поэзии. Поэтическая терапия может использоваться практически в любом возрасте (иногда уже в 3—4 года), без каких-либо ограничений, в любых ситуациях и форматах психотерапии, поэтому она применима при работе с дошкольниками с нарушением зрения.

Холдинг-терапия. Разработана М. Вэми в 1970-х гг. и исходит из понимания ранних детских эмоциональных расстройств как результата нарушенных эмоциональных связей «мать — ребенок». Первоначально метод предназначался для работы с аутичными детьми, но позже сфера его использования расширилась до поведенческих и фобических расстройств, а также до внедрения в воспитание здоровых детей и детей с патологией зрения.

Холдинг проводится ежедневно в моменты, выбираемые матерью в зависимости от состояния ребенка с нарушением зрения. Ребенку не оставляют времени для избегающих манипуляций, но предупреждают его о том, что произойдет: например, «Сейчас я буду держать тебя долго-долго, пока ты не почувствуешь, что тебе хорошо». Ребенок удерживается в таком положении, чтобы все время сеанса с ним можно было поддерживать прямой зрительный и телесный контакт, контролировать попытки протеста, уворачиваний и борьбы. По возможности в процедуру включаются другие члены семьи. Сеанс проходит этапы конфронтации, сопротивления и разрешения.

Считается, что во время мягкого холдинга ребенок вновь обретает закодированное на ранних этапах чувство безопасности.

Музыкотерапия. Восходит к опыту древней медицины, Атарведам в Индии, работам Авиценны, Маймонида и др. Эмпирический опыт и множество исследований музыки на организм и психику обосновывают выделение седативной и тонизирующей музыки, разработки специальных музыкальных рецептов для различных заболеваний и эмоциональных состояний. Они используются в индивидуальной и групповой психотерапии как фоновое сопровождение гипноза и суггес-

тии в рамках эмоционально-стрессовой психотерапии по В.Е. Рожнову и М.Е. Бурно и т. д. У детей с нарушением зрения чаще используется в сочетании с пластическими, ритмическими и танцевальными занятиями.

Музыкотерапия П. Нордоффа и К. Роббинса. В рамках этого подхода, основы которого были заложены в 1950—1960-х гг., музыка используется не как направленное воздействие с предсказуемым результатом, а как язык диалога психолога и пациента. Основную роль играет не прослушивание «музыкальных рецептов», а прамузыка и премузыка — вокализации терапевта и пациента, обмен простейшими музыкальными сигналами — ритмикой барабана, колокольчиков, фортепьянных звуков. Вовлечение в такой музыкальный диалог моделирует коммуникацию и становится основой для перенесения этого коммуникативного опыта в другие сферы жизни. Метод используется в работе с детьми с нарушением зрения в возрасте, когда другие формы психотерапии еще неприменимы, — начиная с 2,5—3 лет.

Системная семейная психокоррекция и психотерапия. Становление системной семейной психотерапевтической (психокоррекционной) практики связано с развитием теории коммуникаций и применением теории систем к объяснению проблем человеческого поведения. Семейная терапия предполагает возможность оказания помощи ребенку с нарушением зрения через его семью, в которой он получил разного рода отклонения. Опыт многих практикующих семейных психологов и психотерапевтов показал, что при индивидуальной работе с пациентом успешность психокоррекционной работы может существенно снижаться после его возвращения в семью с ее привычными формами взаимодействия и взаимоотношений. Таким образом, целью семейной терапии является создание условий для формирования функциональной семейной организации, которая обеспечит максимальный рост потенциальных возможностей каждого члена семьи (К. Роджерс, В. Сатир, А.С. Спиваковская, А.Б. Орлов и др.). В настоящее время семейная терапия представляет собой достаточно гибкий подход и может включать в себя различные виды работы с семьей. Психолого-педагогическая работа и помощь

семье может быть оказана в разрешении задач и требований данной стадии жизненного цикла семьи.

Применительно к детству условно можно выделить ряд целевых установок семейной психотерапии:

- 1) терапевтическая коррекция семьи как этиопатогенетического фактора возникновения нарушений у ребенка с глазной патологией;
- 2) разрешение семейных конфликтов и травм, связанных с проблемным состоянием или поведением ребенка с нарушением зрения;
- 3) системная семейная психотерапия, ориентированная на семью как социальный организм и существующие в ней отношения как объект вмешательства.

Методический аппарат семейной психотерапии включает разные техники:

1. Директивы-указания «делать нечто», «делать нечто иным путем», «не делать ничто». Директивы могут быть прямыми — их выполнение и контроль совершаются преимущественно в русле поведенческого подхода и парадоксальными — рассчитанными на то, что запрет той или иной формы актуального поведения снимает страх перед ним и способствует его реализации.
2. Семейная дискуссия — обсуждение членом семьи проблем семейной жизни, способов разрешения семейных проблем и конфликтов.
3. Обусловленное (обуславливающее) общение. В семейную дискуссию и (или) отношения вводятся новые элементы (цветовая сигнализация, обмен записками), которые замедляют процессы семейной динамики и делают их более легкими для обнаружения.
4. Ролевые игры.
5. Проигрывание ролей друг друга.
6. Скульптура семьи, по В. Сатир, когда члены семьи друг из друга создают «застывшие фигуры», выражающие тот или иной аспект актуальных для семьи отношений [5].

Ароматерапия — наука очень древняя, и влияние ароматов на физическое и психологическое состояние человека было известно еще с незапамятных времен. Библия и Коран описывают всевозможные эффекты

ской игры, разработанной в трудах Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина [17].

Все вышеописанные направления психокоррекционной работы способствуют преодолению разнообразных нарушений в эмоционально-личностной сфере у детей с нарушением зрения, в частности — эмоционального неблагополучия.

■ 9.3. Изучение эмоционального неблагополучия и коррекционная работа с дошкольниками, имеющими нарушения зрения

Эмпирическое исследование проводилось на базе подготовительной группы для детей с нарушениями зрения ДООУ № 128 г. Владимира.

Анализ *методики исследования внутрисемейных отношений (по тесту «Рисунок семьи»)* позволил выявить особенности взаимоотношений в семьях детей с глазной патологией.

У большинства исследуемых детей не вполне благоприятная семейная ситуация. В рисунках этих детей можно увидеть враждебные, агрессивные, тревожные проявления по отношению к окружающим. У некоторых детей заниженная самооценка (они не нарисовали себя). Во многих внешне очень благополучных семьях дети либо оторваны от родителей (ближе с бабушкой и дедушкой), либо каждый член семьи сам по себе, между ними слабые эмоциональные связи.

Неблагоприятная обстановка в семье часто негативно влияет на детей с патологией зрения, что выражается в самых разнообразных проявлениях их эмоционального неблагополучия.

Анализ графической методики «*Кактус*» позволил установить, что среди рисунков испытуемых преобладают агрессивно-тревожные кактусы. Для большинства детей с глазной патологией характерно наличие агрессивности, тревожности, стремления к домашней защите. У троих обнаружено отсутствие стремления к домашней защите, чувство одиночества. Следует отметить, что только один ребенок нарисовал добрый

интровертированный кактус, для которого характерно отсутствие агрессии.

После завершения работы испытуемым предлагался ряд вопросов, ответы на которые подтвердили наличие у большинства детей агрессии и враждебности. Так, в ходе беседы дети чаще всего характеризовали свой кактус как дикий (9 человек), сильно колющийся (8 человек). Преобладали ответы типа: «Кактус дикий и растет один», «Когда он вырастет, колючки станут больше» и т. п.

Таким образом, анализ методики подтвердил наличие у большинства испытуемых агрессивности, сочетающейся с тревожностью и стремлением к домашней защите.

Анализ методики «*Тест Руки*» (Н.Я. Семаго и М.М. Семаго) позволил нам сделать вывод о том, что у обследуемых детей превалирует истинно агрессивное поведение, причем коэффициент ожидаемой агрессии колеблется от 1,5 до 8—10.

При анализе методики «*Метаморфозы*» (Д. Ван Кревелен, 1956) мы учитывали положительные ответы (ответы на вопросы, чем бы ты хотел быть), которые могут быть сгруппированы под общим названием «предпочтения». Они выражают то, что ребенок желает, чем он хотел бы быть. При этом с помощью ответа на вопрос «почему?» удастся выяснить мотивы ребенка или те причины, по которым он делает то или иное предпочтение.

Отрицательные выборы объединены под общим названием «отвержения». На первый взгляд, можно считать, что это то, что противоположно субъекту. В действительности ребенок выражает таким образом то, чего он боится или что боится испытать, от чего ему хотелось бы избавиться, в том числе и свои страхи. Часто, анализируя именно отвержения ребенка, удается представить картину его внутреннего мира со всеми переживаниями и опасениями. В воображаемой форме он «проецирует» свои наиболее тайные «мучения», символический образ своей тени.

Среди ответов детей с нарушениями зрения и в положительных, и в отрицательных ответах преобладали защитный, агрессивный и демонстративный выборы. Защитные выборы — те, в которых объект пре-

вращения является максимально защищенным, минимально уязвимым как для внешних, так и для внутренних воздействий. Среди ответов «отвержения» часто встречались следующие: «Крапива — она кусается», «Обувь — на нее наступают, она в грязи», «Капюшон — он может промокнуть» и т. п.

К категории агрессивных относятся те выборы, где объект, в который «превращается» ребенок, потенциально или явно агрессивен и представляет определенную угрозу для окружения. Агрессивные выборы предпочтения: «Кактус — он колючий, от него все убегают», «Тигр — он сильный», «Крапива — она жжет» и т. п. Выборы отвержения: «Лиса — ее убивают, собаки грызут», «Пластмассовая игрушка — она может сломаться», «Трава — ее давят»...

К выборам демонстративной категории относятся все варианты демонстративного поведения и наличия мотивов быть в центре внимания, однако сюда же можно также включить ответы, направленные на привлечение внимания к себе, при ощущении его дефицита. Часто встречались такие ответы: «Роза (цветок) — она красивая», «Куртка (платье) — она красивая, теплая», «Кресло (диван) — в нем удобно сидеть» и т. п.

Диагностика наличия страхов

Все страхи (по ответам на вопросы) можно разделить на несколько групп: «медицинские» (боль, уколы, врачи, болезни); страхи, связанные с причинением физического ущерба (неожиданные звуки, транспорт, огонь, пожар, стихия, война); страх смерти (себя); страхи животных и сказочных персонажей; страхи кошмарных снов и темноты; социально опосредованные страхи (людей, детей, наказания, опоздания, одиночества); «пространственные» страхи (высоты, воды, замкнутые пространства).

После проведения опроса детей с патологией зрения мы получили следующие данные:

- «медицинские» страхи — 5 человек;
- страхи, связанные с причинением физического ущерба — 3–5 человек;
- страх смерти — 7 человек;
- страхи животных и сказочных персонажей — 6–7 человек;

- страхи кошмарных снов и темноты — 7 человек;
- социально опосредованные страхи — 4 человека;
- «пространственные» страхи — 3 человека.

Только у 1 ребенка страхов не было выявлено.

Из беседы с воспитателями ДОУ № 128 мы узнали, что основные формы проявления эмоционального неблагополучия среди детей с дефектами зрения — тревожность, агрессия (активная вербальная (прямая) и активная невербальная (прямая)), разнообразные страхи и иногда враждебность по отношению к сверстникам или взрослым.

Все педагоги основной причиной такого поведения называют нарушения детско-родительских отношений, дефицит эмоционального общения со взрослыми и сверстниками, низкую самооценку.

В качестве профилактики подобного поведения воспитатели используют различные приемы, например, распределяют роли между детьми в сюжетно-ролевых играх, привлекают к играм и занятиям всех детей группы и т. п. Это способствует нормализации детского общения, вселяет детям веру в свои силы, снижает тревожность и агрессивность.

По результатам проведенных психодиагностических методик можно сделать вывод о том, что у большинства испытуемых имеется средняя степень выраженности эмоционального неблагополучия. Для 8 детей группы характерно наличие самых разнообразных страхов.

Проведенное исследование показало, что проявления эмоционального неблагополучия у дошкольников с нарушением зрения может быть обусловлено следующими причинами:

- 1) дефицитом общения с взрослыми и сверстниками;
- 2) низким статусом ребенка в семье и в группе нормально видящих сверстников;
- 3) неуспехом в совместной с нормально видящими сверстниками деятельности.

По результатам проведенного эмпирического исследования нами были намечены ориентиры для создания коррекционной программы. Оптимизация эмоциональных отношений ребенка с патологией зрения с родителями и сверстниками, развитие его коммуникативных способностей должны стать основными направлениями коррекционной работы.

Программа психокоррекции эмоционального неблагополучия детей с нарушениями зрения должна включать как работу с детьми, так и с родителями.

Задачи психокоррекционной работы:

- 1) снижение эмоционального напряжения;
- 2) коррекция эмоциональной сферы и поведения ребенка;
- 3) обучение релаксации и умению преодолевать страхи и неуверенность в своих силах;
- 4) развитие способности нормального эмоционального общения со взрослыми и нормально видящими сверстниками.

При выборе форм коррекционной работы мы учитывали то, что процесс психокоррекции затрагивает доминирующее психическое новообразование дошкольного возраста — детское воображение, успешно развиваемое в изобразительной деятельности, а также учитывает ведущую деятельность дошкольников — игру.

Исходя из этого, мы рекомендуем для проведения психокоррекционных занятий упражнения, техники и этюды игровой терапии (иногда с элементами арттерапии).

Наш выбор игровой терапии обусловлен следующими причинами.

Во многих случаях игра выступает в качестве ведущего метода реконструктивного лечебно-коррекционного воздействия (при наличии у ребенка эмоциональных и поведенческих нарушений — что очень актуально для нас); в других случаях — в качестве вспомогательного (симптоматического) средства, позволяющего стимулировать ребенка, развить его сенсорные навыки, снизить эмоциональное напряжение и степень социальной депривации. Возможно применение игровых методов преимущественно в качестве психопрофилактического, развивающего средства.

При всем многообразии различных техник игровой терапии и задач, решаемых с их помощью, существуют некоторые общие особенности детской психики, делающие применение игровых методов наиболее подходящим для работы с детьми. Одна из этих особенностей заключается в том, что дети с глазной пато-

логией во многих случаях затрудняются в словесном описании своих переживаний. Невербальная экспрессия с использованием разнообразных предметов игровой деятельности, а также конструктивных и пластических материалов для них наиболее естественна, что становится особенно значимо при наличии у ребенка с нарушением зрения определенных речевых дефектов. Кроме того, дети более спонтанны и менее способны к рефлексии своих чувств и действий, чем взрослые. Их переживания проявляются в игровой деятельности непосредственнее, не проходя «цензуру» сознания.

Мышление ребенка более образно и конкретно, чем мышление взрослого, поэтому первый использует игру, рисование и манипуляцию с различными материалами как способ осмысления действительности. Следует учитывать живость и богатство детской фантазии.

Важно и то, что изобразительные и конструктивные материалы, а также предметы игровой деятельности нередко оказываются для ребенка с нарушением зрения более важным «партнером» коммуникации, чем психолог или педагог. Ребенок проявляет по отношению к ним наиболее характерные для себя и связанные со своим опытом способы работы и соответствующие эмоциональные реакции.

Различные материалы игровой и изобразительной деятельности могут являться для ребенка с патологией зрения средством психологической защиты, к которому он прибегает, переживая состояние дистресса. Это, в частности, обусловлено их возможностью «удерживать» переживания, не давая им «выплеснуться» наружу в поведении, а также их способностью «дистанцировать» переживания и обеспечивать их осознание за счет механизма проекции и достигаемой с его помощью более высокой степени самоконтроля.

Техник по игровой психокоррекции в настоящее время существует очень много. Мы остановили свой выбор на следующем ряде упражнений, этюдов и методов.

Рисование с помощью клубка

«Рисование с помощью клубка» является техникой, альтернативной рисованию. Дети со сниженной самооценкой, как известно, из-за страха осуждения с боль-

шим трудом соглашаются рисовать. Рисование с помощью клубка не вызывает такого страха и может применяться даже теми детьми, которые избегают играть или рисовать. «Рисунок», создаваемый с помощью клубка, не может быть «плохим» или «хорошим» и приносит чувство удовлетворения любому ребенку. Эта игра развивает творческие способности и повышает самооценку.

Психолог, разматывая нить клубка, показывает детям, каким образом, создавая на полу или столе определенные фигуры, можно с ее помощью «рисовать». Затем он передает клубок одному из детей и просит его продолжить «рисование». Ребенок, создав свою часть изображения, передает клубок следующему. После того, как все дети «порисовали», психолог обсуждает с ними то, что получилось.

Обсуждение включает в себя некоторые вопросы, например, кто что видит. Ответы каждого должны сопровождаться вербальными или невербальными знаками одобрения. После того, как ответ первого ребенка получит одобрение, другие быстро включаются в игру, и в группе формируется атмосфера высокого взаимного доверия.

Рекомендации к применению.

Описанная техника может быть использована в работе с гиперактивными, легко отвлекаемыми, импульсивными, агрессивными, а также замкнутыми детьми, как индивидуально, так и в группах или семьях.

Игра с тестом

Для работы необходимо иметь:

- игровое тесто (разных оттенков);
- кулинарные формочки (основной их набор может включать фигурки людей, животных, ангела, сердца, дом и т. п., позволяющие отразить разнообразные эмоционально значимые темы);
- скалку;
- разные изобразительные и поделочные материалы (камушки, перья, зубочистки, ножницы, карандаши, маркеры, стек, молоток, пластиковый нож).

Ребенку сначала дается возможность изучить свойства игрового теста. Психолог может вести себя

по-разному: молча лепить что-нибудь из теста или демонстрировать ребенку разные способы работы с материалом (простые манипуляции, выражение чувств через создание образов, ролевые игры и т. п.). Как правило, вначале ребенок с патологией зрения некоторое время играет с тестом и разными инструментами, изучая их свойства и наблюдая за реакциями педагога или психолога. Затем он переходит к основному этапу работы и приступает к созданию определенных образов. Психолог может предложить ребенку воспользоваться тем или иным инструментом или материалом, чтобы лучше справиться с творческой задачей. Каждый ребенок с дефектом зрения работает с тестом по-своему, и психолог должен быть достаточно чуток и осторожен, чтобы выбрать оптимальный момент и форму своих интервенций в процессе детского творчества.

Рекомендации к применению.

Предложенная техника служит инструментом формирования психотерапевтических отношений, преодоления эмоциональных нарушений и последствий психических травм, адаптации к новой ситуации, а также повышения самооценки и развития навыков вербальной экспрессии ребенка.

Работа с тестом может затрагивать переживания регрессивного характера, к ней можно обращаться, чтобы исследовать сложные для ребенка чувства и мысли. Данная техника может использоваться с детьми в возрасте от четырех до десяти лет.

Рисунок — игра

Техника «Рисунок — игра» была разработана С. Киссель для снятия у ребенка тревоги, а также обретения психологом в детских глазах авторитета. Эта техника позволяет быстро снизить уровень тревоги у ребенка с нарушениями зрения и вовлечь его в безопасное и интересное для него занятие.

Психолог спрашивает у ребенка: «Ты когда-нибудь играл в рисунок-игру?» — и сразу же начинает рисовать на бумаге или доске. Со словами: «Нарисуем-ка домик», — он рисует квадрат, а в нем два квадратика поменьше, изображающие окна, и прямоугольник, изображающий дверь домика. Продолжая свою речь: «Это был обычный домик с двумя окнами, дверью, крышей и дву-

мя трубами», — он пририсовывает к большому квадрату сверху треугольник и две трубы с двух сторон: «В этом доме жил мальчик (девочка)». Психолог или педагог спрашивает, как звали этого ребенка. Если ответа нет, он сам говорит, как его звали, и обращается к любому ребенку, чтобы тот это подтвердил. Для примера возьмем имя Ваня. Далее психолог говорит примерно следующее:

— Ваня жил в этом доме со своими родителями. Однажды они купили ему щенка. Как же Ваня называл щенка? — Дети могут предложить какую-нибудь кличку, если они этого не делают, психолог продолжает: — Назовем его Бимом. Однажды Ваня вернулся из сада (школы) и не нашел дома Бима. Он вышел на улицу поискать собачку. — Психолог проводит прямую линию от двери дома вниз. — Как вы думаете, нашел ли он там собачку? Если ребенок ответит «нет», следует с ним согласиться, если «да», следует сказать: — Попадая к собачке, которая гуляла на улице, он увидел, что она только похожа на Бима, но вовсе не Бим, — поиски щенка можно продолжать.

Психолог проводит несколько линий в различных направлениях.

— Ваня искал свою собаку повсюду. Он прошел по одной улице, потом по другой. — Здесь можно спросить, нашел ли мальчик щенка. Как правило, дети отвечают «нет». Если все же дети скажут «да», нужно использовать уже апробированный прием, сказать, что мальчик обознался.

Продолжаем рисовать до того момента, пока на рисунке не появится что-то похожее на четыре лапы, и тогда сказать:

— Ваня вспомнил, что Бим любил гулять в парке, поэтому он поспешил туда, — при этом рисовать то, что отдаленно напоминает хвост. — Нашел ли Ваня там щенка? — обычно в ответ звучит «нет». — Ваня ходил по парку в поисках Бима, но нигде его не находил, и поэтому отправился домой.

Можно спросить ребенка, какое настроение было у мальчика, и как мальчик шел домой — быстро или медленно? — Ваня шел медленно, потому что ему было очень грустно. — С этими словами медленно проводится линия в направлении к дому — Что случилось с нашим рисунком?

Некоторые дети сразу ответят: «Бим вернулся домой!»

Другие скажут: «Это похоже на собачку».

Третьи будут молчать.

В любом случае следует сказать детям, что рисунок «превратился» в собачку. Если работа идет индивидуально, можно предложить ребенку взять картинку домой.

Следует заметить, что данная техника вызывает у всех детей с дефектом зрения огромный интерес и положительные эмоции.

Рекомендации к применению.

Рисунок-игра может использоваться в работе с детьми (в том числе, и с глазной патологией) примерно до 9 лет, отличающимися замкнутостью или расторможенностью. Замкнутые, скованные дети, испытывающие повышенную тревожность, страхи, депрессию, слишком застенчивые или страдающие навязчивыми состояниями, попадая в новую обстановку, испытывают большие трудности. Используя данную технику, можно их заинтересовать и снять психическое напряжение.

Расторможенные дети с нарушениями зрения, отличающиеся импульсивностью, агрессивностью, негативизмом нуждаются в большей директивности. Рисунок-игра позволяет упорядочить их поведение таким образом, чтобы не вызвать у ребенка усиления тревоги и в то же время способствовать повышению авторитета психолога в глазах ребенка.

Рисование оказывает положительное влияние на развитие эмоционально-волевой сферы детей с дефектом зрения. Под воздействием занятий происходят существенные изменения в поведении детей данной категории. Они становятся более сдержанными, собранными, внимательными, аккуратными. Обогащаются и становятся более дифференцированными эмоции детей. Они начинают понимать различные эмоциональные состояния, выраженные мимикой, жестом, интонацией и пытаются передать это в рисунке, пользуясь изобразительными средствами.

В качестве упражнений для нашей категории детей можно рекомендовать следующие:

- 1) «Веселый забор». Детям предлагается графическое изображение забора из 5—7 досок. Психолог или педагог просит раскрасить забор в радостные цвета.

- 2) Нарисовать березку, которая плачет (опущенные ветви) и веселую (ветви подняты).
- 3) Нарисовать любимую игрушку.
- 4) Создать коллективный рисунок, который выполняется всеми поочередно на одном большом листе.
- 5) «Рисунок настроения». Чаще всего дети рисуют какое-либо растение. Психолог предлагает каждому ребенку придумать и воспроизвести рассказ о настроении, который будет вестись от лица растения, нарисованного данным ребенком.
- 6) Игры-рисунки с воздушными шариками. Каждому шарiku нужно нарисовать «лицо» и рассказать о том, как себя чувствует этот шарик (злой — добрый, весело ему или грустно и т. п.) и объяснить, почему именно так, а не иначе.

Кроме того, на занятиях по психокоррекции с детьми с патологией зрения можно предложить им некоторые театральные этюды, с помощью которых можно помочь детям избавиться от страха («Веселый страх»), агрессии («Бумажный тигр»).

Эти этюды можно с успехом разыграть в дошкольном учреждении или дома, модифицируя их соответственно обстоятельствам и частному случаю.

Импровизированную ширму легко соорудить из двух стульев, куклы взять самые обыкновенные (игрушки).

Этюд «Страшный сон».

Мальчик или девочка (кукла) ложатся спать, и вдруг... в темном углу появляется что-то страшное (ребенок должен сам назвать персонаж). Ребенок — кукла боится, дрожит, а потом сам или с помощью куклы-мамы включает свет. И тут оказывается, что страшное чудовище — это всего-навсего колышущаяся занавеска, или цветочный горшок на окне, или тень от висящего на шкафу пальто и т. п.

Проигранный этюд обсуждается с детьми, выясняется их отношение к данной ситуации, наблюдается, какие эмоции и чувства вызвал этюд у каждого ребенка.

Этюд «Испорченный день рождения».

У хозяина (имя) было прекрасное настроение, потому что в тот день ему исполнилось ... лет. Он готовился принять гостей и предвкушал, как все повеселятся.

Но собака была очень мрачной, грубила и ничего не хотела делать. Мало того, что она не захотела помочь хозяину, она даже отказалась его поздравить! Имениннику стало очень обидно. Что было дальше?

Дети самостоятельно или с помощью психолога придумывают продолжение истории. Далее идет совместное обсуждение сложившейся ситуации: хорошо ли поступила собака? что чувствовал именинник? и т. п. вопросы.

Таким образом, описанные нами рекомендации к подбору техник, упражнений и этюдов в психокоррекционной работе с эмоционально неблагополучными дошкольниками с глазной патологией позволяют уменьшить частоту агрессивных и враждебных проявлений в поведении данной категории детей, а также сформировать у них умение конструктивно выходить из конфликтных и сложных ситуаций собственными силами.

Литература

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании // Медведева Е.А., Левченко И.Ю. Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. М.: Академия, 2001. 247 с.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
3. Боровик О. Коррекционно-развивающие возможности детского рисования // Обруч. 1999. № 1. С. 42 – 43.
4. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения. М.: Педагогика, 1990. 140 с.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер. ком, 1999. 528 с.
6. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 1998. 336 с.
7. Вачков И. Как работать с агрессией // Школьный психолог. 2001. № 18. С. 9.
8. Вернер А.А. Методы изучения умственного развития и организация действий // Дефектология. 2001. № 4. С. 87 – 96.
9. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. М, 1998.
10. Волосова Е. Развитие эмоций у детей раннего возраста в действиях с предметами // Дошкольное воспитание. 1981. № 7. С. 65 – 67.
11. Выготский Л.С. Основы дефектологии // Собр. соч.: В 6 т. Т. 5. М., 1983. С. 257 – 321.

12. *Гаспарова Е.* Эмоции ребенка раннего возраста в игре // Дошкольное воспитание. 1981. № 10. С. 61 – 64.
13. *Гарбузов В.* Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. СПб.: Питер, 1994. 160 с.
14. *Горбылева И.Л.* Психолого-педагогическая коррекция средствами искусства в ДОУ для детей с нарушениями зрения // Дефектология. 1997. № 6. С. 60 – 61.
15. *Гудонис В.П.* Основы и перспективы социальной адаптации лиц с нарушенным зрением. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1999. 278 с.
16. *Детский практический психолог. Программы и методические рекомендации* / Под ред. О.А. Шаграевой, С.А. Козловой. М.: Академия. 2001. С. 132 – 142.
17. *Диагностика и коррекция психического развития дошкольников* / Под ред. Я.Л. Коломенского и Е.А. Панько. Минск, 1997. 360 с.
18. *Дольник В.* Разум против инстинкта // Обруч. 1996. № 4. С. 16 – 17.
19. *Дракелов Г.Г., Шишкова Н.Р.* Тревожность, методы ее диагностики и коррекции // Вестник МГУ. сер. 14. Психология. 1998. № 1. С. 18.
20. *Ермаков В.П.* Основы тифлопедагогики. М: Владос, 2000. 268 с.
21. *Ермаков В.П., Якунин Г.А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. М.: Просвещение, 1990. 222 с.
22. *Ермолаева М.В.* Психология развивающей и коррекционной работы с дошкольниками. М., 1998 С. 133 – 147.
23. *Захаров А.И.* Как помочь нашим детям избавиться от страха. СПб., 1995. С. 80 – 117.
24. *Захаров А.И.* Дневные и ночные страхи у детей. СПб., 2000. С. 17 – 93.
25. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Практикум по сказкотерапии. СПб., 2000. С. 48 – 72.
26. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии. СПб., 1998. 175 с.
27. *Истратова О.Н.* Диагностика и коррекция агрессивности у детей дошкольного возраста: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. Ростов на/Д., 1998. 22 с.
28. *Кошелева А.Д., Алексеева А.С.* Диагностика и коррекция материнских отношений. М., 1997.
29. *Кряжева Н.А.* Развитие эмоционального мира детей. Ярославль: Академия развития, 1996. 208 с.
30. *Кузнецова Л.Н.* Психолого-педагогическая коррекция детской агрессивности // Начальная школа. 1999. № 3. С. 24 – 26.

31. Лебединский В.В., Никольская О.Г., Баенская Е.Г., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., МЦ, 1990.
32. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М., 1986.
33. Литвак А.Г. и др. Практикум по тифлопсихологии. М.: Просвещение, 1989. 108 с.
34. Лэндрэт Г.А. Игровая терапия: искусство отношений. М., 1994.
35. Медведева И., Ишимова Т. Куклотерапия: этюды и лечебные спектакли // Обруч. 1999. № 4. С. 14 – 16.
36. Миловидова Т.Б., Анисимов В.К. Медико-психолого-педагогическая профилактика и коррекция отклоняющегося поведения детей и подростков. Владимир, 1996. 50 с.
37. Миронов В. Моральное чувство: его формирование с помощью художественной литературы // Дошкольное воспитание. 1993. № 10. С. 41 – 42.
38. Мухина В.С. Дети и куклы: таинство их взаимодействия // Народное образование. 1997. № 5. С. 21 – 22.
39. Ольшанникова А.Е. Эмоции и воспитание. М.: Знание, 1983. 80 с.
40. Осипова А.А. Введение в теорию психокоррекции. Воронеж, 2000. 315 с.
41. Памфилова М. Графическая методика «Кактус» // Обруч. 2000. № 5. С. 12 – 13.
42. Петров В.Г. Психологические особенности агрессивного поведения и пути его коррекции: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук. Иркутск, 1999. 23 с.
43. Подласый И.П. Курс лекций по коррекционной педагогике. М.: Владос, 2002. 352 с.
44. Пропп В.Я. Морфология сказки. М., 1969.
45. Психологический словарь / Под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мецгерякова, М.: Педагогика-Пресс, 1996. 440 с.
46. Психология личности и деятельности дошкольника / Под ред. А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина. М.: Просвещение, 1965. 294 с.
47. Психотерапия в дефектологии: Кн. для учителя. Сост. Н.П. Вайзман. М.: Просвещение, 1992. 128 с.
48. Рабочая книга школьного психолога / Под ред. И.В. Дубровиной. М.: Просвещение, 1991. 303 с.
49. Раттер М. Помощь трудным детям. М.: Прогресс, 1987. 420 с.
50. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. М.: Владос-Пресс, 2002. Кн. 1. 384 с.
51. Рояк А. Эмоциональное благополучие ребенка в группе детского сада // Дошкольное воспитание. 1977. № 2. С. 12 – 19.

52. *Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Руководство по психологической диагностике. Дошкольный и младший школьный возраст. М., 2000. 460 с.
53. *Смирнова Е.О., Собкин Н.В., Асагулина О.Э.* Специфика эмоционально-личностной сферы дошкольников, живущих в неполной семье // Вопросы психологии. 1999. № 6. С. 20 – 25.
54. *Степанова Е.* Поиграем в забавные страхи и смешные ужа-сы // Дошкольное воспитание. 1997. № 5. С. 16 – 20.
55. *Степанова Е.* Путешествие в страну сказок // Дошколь-ное воспитание. 1999. № 4. С. 12 – 15.
56. *Степанов С.* Три источника и три составные части науки о враждебности // Школьный психолог. 2001. № 18. С. 2 – 3.
57. *Стрелкова Л.П.* Уроки сказки. М., 1989.
58. Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е.А. Стре-белевой. М., 2001. С. 125 – 154.
59. *Урунтаева Г.А.* Дошкольная психология. М., 2001. С. 260 – 263.
60. *Фрейд А.* Психопатология детства. М.: Nota bene, 2000. 223 с.
61. *Фурманов И.А.* Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск: 1996. 192 с.
62. *Кэджусон Х., Шефер Ч.* Практикум по игровой психотера-пии. СПб.: Питер, 2000. 416 с.
63. *Шипицина Л.М.* и др. Азбука общения. Развитие личности ребенка, навыков общения со взрослыми и сверстниками (для детей 3 – 6 лет). СПб.: Детство-Пресс, 2000, С. 93 – 106.
64. *Шитова Т.* Страхи — это серьезно: Как помочь ребенку избавиться от страхов. М., 1997.
65. *Щербатых Ю.В.* Психология страха. Популярная энцикло-педия. 2000. 413 с.
66. *Экслейн В.* Развитие личности в игровой терапии. М.: ЭКС-МО-Пресс, 2000. 251 с.
67. Эмоциональное развитие дошкольника / Под ред. А.Д. Ко-шелевой. М., 1985. С. 120 – 175.

Вопросы и задания

1. Каковы причины эмоционального неблагополучия детей с нарушениями зрения?
2. Охарактеризуйте основные принципы, цели и задачи психокоррекционной работы с детьми, име-ющими нарушения зрения.
3. Определите основные направления психокоррек-ционной работы с детьми, имеющими нарушения зрения.

4. Раскройте особенности диагностики эмоционального неблагополучия дошкольников с нарушением зрения.
5. Аргументируйте рекомендации к выбору системы коррекционной работы с детьми с нарушениями зрения.

Темы для докладов и рефератов

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании.
2. Коррекционно-развивающие возможности детского рисования.
3. Перспективы социальной адаптации детей с нарушением зрения.
4. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения.
5. Развивающая и коррекционная работа с дошкольниками с нарушением зрения.
6. Коррекция агрессивности у детей дошкольного возраста с нарушениями зрения.

Раздел 10

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

■ 10.1. Особенности аддиктивного поведения несовершеннолетних с нарушениями развития

В нашем исследовании мы рассматриваем понятия «аддиктивное поведение» (от английского addiction — пагубная привычка, пристрастие к чему-либо, порочная склонность) как поведение, связанное со злоупотреблением алкоголем, токсическими и наркотическими веществами, до момента возникновения психической или физической зависимости от них [33].

Подросток может приобщиться к алкоголю вследствие отрицательных социальных, бытовых и психологических факторов. Достаточно часто подростки с отклонениями в развитии пьянствуют в быту вместе с родителями, родственниками, знакомыми и т. д. Бытовое пьянство — это систематическое употребление алкоголя без признаков возникновения физиологической зависимости от него. На определенном этапе алкоголь вступает во взаимодействие с метаболизмом организма несовершеннолетнего, тогда возникает физиологическая и психологическая зависимость от алкоголя. В этих случаях развивается хронический алкоголизм с

такими осложнениями, как алкогольное опьянение и белая горячка.

В детском и подростковом возрастах основным мотивом употребления алкоголя является идентификация, основанная на стремлении доказать свою принадлежность к определенной группе. В юношеском возрасте мотивом употребления алкоголя может стать стремление «забыться», уйти от травмирующей ситуации, освободиться от комплексов, снять стресс. Иногда демонстративное употребление алкоголя может быть проявлением «бунта» при реакции эмансипации. Реакция эмансипации — это стремление подростка преодолеть кажущиеся бессмысленными запреты со стороны общества и, конкретно, старших, основанное на сознательном и бессознательном отрицании тех ценностей, которые стоят за этими запретами.

Реакция эмансипации — это нормальный процесс, необходимый для формирования личностного отношения к существующим в обществе нормам и ценностям. В то же время эта реакция может легко перерасти в различные формы отклоняющегося поведения, в частности, алкоголизм и наркоманию несовершеннолетних с отклонениями в развитии. Этому могут способствовать такие факторы, как:

- 1) неумение детей и подростков вообще, а детей с отклонениями в особенности, отличать общее от частного, когда отдельный поступок со стороны конкретного взрослого возводится в принцип деятельности всего «взрослого общества» в целом [26];
- 2) излишне жесткие установки взрослых, не допускающие малейшего отклонения от норм и провоцирующие алкоголизм и наркоманию;
- 3) отсутствие рационального объяснения взрослыми причин того или иного запрета и неумение подростков с отклонениями в развитии выделять такие причины;
- 4) игнорирование взрослыми личностных потребностей, ценностей, интересов подростка.

Картина воздействия алкоголя на конкретную личность чрезвычайно разнообразна и зависит от индивидуально-характерологических особенностей. Наиболее явными проявлениями отклоняющегося поведения при алкоголизме являются агрессивность, снижение

контроля за своими действиями, эйфорическое состояние с ощущениями вседозволенности. Все это способствует девиантному поведению. Особенностью алкоголизма несовершеннолетних является то, что чаще всего употребление ими алкоголя происходит в достаточно большой группе. Патологическое пристрастие к алкоголю у подростков развивается быстрее, чем у взрослых. У юношей, начавших употреблять спиртные напитки в 15—17 лет, — через 2—3 года, у подростков, регулярно употребляющих спиртные напитки с 13—15 лет, — в течение года. Промежутки между приемами алкоголя характеризуются абстиненцией — особым физическим и психическим состоянием, появляющимся у алкоголиков, наркоманов после внезапного и полного прекращения употребления привычных одурманивающих веществ и выражающимся в зависимости от вида употребляемого наркотика. При алкоголизме абстиненция выражается возникновением дискомфорта, разбитости, слабости, раскоординацией движений и т. п.

В подростковом возрасте абстиненция протекает особенно тяжело, нередко стимулируя возникновение серьезных соматических и психических расстройств, суицидальных попыток и других форм саморазрушения.

В последнее время, наряду с алкоголизмом, большое распространение получило такое социально опасное явление, как наркомания. Это заболевание, проявляющееся влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

Развитие наркомании разделяют на три стадии. Один из начальных признаков первой стадии — индивидуальная психическая зависимость — может возникнуть после повторного, а иногда и однократного приема наркотика. У ребенка или подростка появляется неодолимое влечение продолжать употребление данного вещества, добывая его любыми путями, — в том числе незаконными. Психическая зависимость проявляется в чувстве фрустрации, напряжения при перерыве в употреблении наркотических веществ. Внешним проявлением психической зависимости являются нарушения поведения — круг общения суживается до контакта с

подростками, употребляющими наркотические вещества, расстраивается сон, снижается настроение, возникает раздражительность, нарушается концентрация внимания, возникает депрессия, угасают рефлексы (рвотный при передозировке). Начиная с I стадии и на всем протяжении болезни возникает повышение толерантности к наркотическому веществу, для достижения эффекта требуется увеличение дозы. Социальная дезадаптация проявляется при всех видах наркомании, за исключением опийной и гашишной [39].

Развитие физической зависимости и формирование выраженного абстинентного синдрома при прерыве в употреблении вещества (опиум, стимуляторы) характеризуют II стадию наркомании. ВОЗ определяет физическую зависимость как «состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами, когда прекращается введение соответствующего средства». Вещество становится необходимым для нормального функционирования.

Клиническая картина и течение абстиненции зависят от вида вещества, дозы, длительности употребления и состояния организма. Чаще всего это тревога и депрессия, апатия, бездеятельность, беспокойство, бессонница, потливость, частый пульс, падение артериального давления, тошнота, рвота и т. д. Особенностью абстинентного синдрома у подростков является выраженное психопатоподобное поведение (как при эпилептоидной и истероидной психопатии) и склонность скрывать абстиненцию. У подростков ярко выражено постабстинентное состояние в виде астении, вялости, раздражительности, утомляемости, склонности к самобичеванию, самокритике.

Во II стадии продолжает расти толерантность и усиливается социальная дезадаптация.

На III стадии возникает истощение всех систем организма, не исключена полинаркомания. В подростковом возрасте развитие наркомании обычно не успевает достичь III стадии.

Наркоманию могут вызвать несколько факторов, воздействующих как по отдельности, так и в сочетании. К социальным факторам относятся: доступность вещества, «мода» на него, влияние группы сверстников, к которой принадлежит подросток.

Психологические факторы: желание уйти от реальных проблем, привлекательность эйфории, тип акцентуации характера. Исследованиями установлено, что чаще подвержены наркомании гипертимные подростки, эпилептоидные в гипертимной фазе, лабильные и шизоидные подростки. Легко становятся наркоманами и подростки с неустойчивым типом акцентуации характера и психопатиями. Возрастные психологические особенности подросткового периода (склонность к подражательству, подчиняемость, внушаемость, абулия и др.) могут сформировать тенденцию к употреблению наркотических средств [14].

К биологическим факторам, вызывающим наркоманию, относятся: индивидуальная устойчивость к данному наркотику, наследственность, отягощенная алкоголизмом и наркоманией, органическое поражение головного мозга, хронические заболевания печени и почек с нарушением их функций, природа употребляемого вещества.

У детей и подростков, в отличие от взрослых наркоманов, наблюдается быстрый темп зависимости от наркотика, наступление амнестических опьянений (эйфории) от небольших доз наркотика, тяжелое протекание процесса абстиненции. Все это происходит параллельно с дезадаптацией.

Анализируя образ жизни и установки школьников с отклонениями в развитии по отношению к алкоголю и наркотикам, мы пришли к следующим выводам: почти половина юношей и четверть девушек хотя бы раз в жизни пробовали алкоголь или наркотики. Основные причины — любопытство и мода.

Наркотики «помогают» молодым людям избавиться от комплексов, дают возможность походить на своих кумиров. По мнению заведующего кафедрой наркологии ММА им. Сеченова Н. Иванца, наркотики влияют на эмоциональное состояние человека таким образом, что физическая зависимость наступает очень быстро. Средний возраст, когда впервые знакомятся с наркотиками, сегодня очень низок и составляет 12 — 14 лет.

Несовершеннолетние с отклонениями в развитии, обучающиеся во вспомогательных школах или школах-интернатах, не имеют денег на это дорогое «удоволь-

ствие», поэтому они ищут самые дешевые способы психостимуляции: вдыхают клей, курят план, мажут на хлеб гугалин. В самодельные наркотики часто добавляют тертый свинец, ртуть, что, естественно, вызывает сильную интоксикацию, вплоть до летального исхода.

За последнее время в 4 раза возросла доля учащихся, которые считают потребление алкоголя и наркотиков не только допустимым, но и желательным и даже необходимым [26].

К алкоголю и наркотикам молодежь влечет помимо эйфории «эффект отчуждения» — состояние алкоголизации и наркотизации, уводящее от реальной действительности и связанных с нею проблем.

Специфические негативные последствия употребления наркотических веществ не ограничиваются причинением страданий себе и близким, а механизм их подобен снежному кому. Взрослые алкоголики и наркоманы приобщают к алкоголю и наркотикам подростков, в том числе несовершеннолетних, имеющих различные отклонения в развитии, которые в силу психологических особенностей своего возраста, социальной незрелости, неустойчивости, любознательности легко втягиваются в такие группы.

10.2. Профилактика и коррекция аддиктивного поведения детей и подростков с отклонениями в развитии

Всемирная организация здравоохранения классифицирует профилактику раннего алкоголизма и наркомании на первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика направлена на борьбу с аддиктивным поведением у детей и подростков.

Вторичная профилактика — меры для предотвращения рецидивов после лечения раннего алкоголизма и наркомании.

Цель третичной профилактики — предотвращение инвалидности путем реабилитационных мер.

Первичная наркологическая профилактика опирается на два основных метода — метод запрета и наказаний и санитарное просвещение.

Систему запретов и наказаний при злоупотреблении алкоголем, наркотиками для подростка с отклонениями в развитии олицетворяет комиссия по делам несовершеннолетних. В случае отказа несовершеннолетнего лечиться в стационаре он направляется в специальное воспитательное учреждение или лечебно-воспитательный профилакторий.

Второй метод первичной профилактики — санитарное просвещение. Сложность его проведения заключается в том, что ориентация детей и подростков на саморазрушающее поведение делает малоэффективным беседы и лекции о сохранении физического и психического здоровья.

Малоубедительно выглядит и информация о вреде злоупотребления алкоголем детьми и подростками на фоне массового пьянства и алкоголизма среди взрослого населения. В то же время подростки понимают опасность злоупотребления наркотическими веществами, и этот факт удерживает многих из них от наркотизации. Однако недифференцированное просвещение может побудить несовершеннолетних, в том числе детей и подростков, имеющих отклонения в развитии, испытывать действие наркотического вещества на себе.

С целью дифференцированной профилактики алкоголизма и наркомании целесообразно выявить детей и подростков группы риска.

В настоящее время по генезу обуславливающего фактора описаны и выявлено 3 группы риска:

- 1) биологическая (наличие пре- и перинатальной патологии в анамнезе);
- 2) психологическая (психический инфантилизм);
- 3) социальная (асоциальные семьи).

Известны биологические предпосылки — отягощенная алкоголизмом наследственность, а также конституциональная недостаточность ферментных систем организма, расщепляющих алкоголь (этанол). Одним из основных методов выделения биологических факторов высокого риска является союз педагога и врача — тщательный анализ жизни подростка.

К социальным факторам повышенного риска относятся: неблагополучная семья, неправильное воспитание, неформальные группы с асоциальной направленностью.

Система противонаркотической и противоалкогольной работы в России — это комплекс воспитательных, санитарно-просветительных, ограничительных и медицинских мероприятий, сочетаемых с мерами общественного и государственного пресечения в отношении лиц, не желающих следовать нравственным установкам общества.

Антиалкогольное воспитание — это специально организованная и целенаправленная деятельность педагога по формированию у детей и подростков с отклонениями в развитии антиалкогольных знаний и убеждений, выработка у них устойчивых трезвеннических взглядов и установок на ЗОЖ.

При осуществлении антиалкогольного воспитания целесообразно исходить из трех принципов:

- 1) требования родителей, учителей должны быть четкие и определенные, это явится основой формирования у подростка нравственных принципов;
- 2) требовательность, не подавляющая личность, не ставящая непосильных задач, но предполагающая обязательное выполнение необходимого;
- 3) создание психологического комфорта — основа развития уверенности в себе, защищенности, психологической устойчивости.

Только сочетание всех трех принципов и реальное их осуществление в процессе противоалкогольного воспитания может дать желаемый результат.

Эффективности противоалкогольной и антинаркотической воспитательной работы среди молодежи способствует организация досуга, культура времяпрепровождения, в том числе расширение сети театров, кинотеатров, музеев, выставочных залов, строительство спортивных сооружений. Значение их состоит в том, чтобы противопоставить влечению к алкоголю и наркотикам различные формы интеллектуального и физического отдыха.

Существенная особенность антинаркотической деятельности в России — сочетание массовой и индивидуальной работы. Индивидуальная работа включает в себя проведение разъяснительных бесед. Родители-алкоголики могут быть лишены родительских прав. Предусмотрены административные и уголовные наказания лиц, виновных в доведении несовершеннолетних

до состояния опьянения. Запрещен прием несовершеннолетних на работу, связанную с производством, хранением и торговлей спиртными напитками. Вовлечение несовершеннолетних в пьянство, систематическое доведение до состояния опьянения, независимо от родственных связей пострадавшего с виновным, рассматривается как уголовно наказуемое преступление с лишением свободы сроком до 5 лет.

Знания о профилактике алкоголизма должны учитывать ряд факторов:

- 1) четко представлять назначение избранной формы воспитательного воздействия (лекция, беседа, диспут, объяснение в ходе урока);
- 2) школьники должны представлять, что они могут сделать лично для уменьшения и искоренения пьянства;
- 3) учитель обязан знать ошибочные мнения, позиции, установки, против которых направляется его деятельность.

Антиалкогольная установка, нетерпимость к спиртным напиткам должны быть привиты ребенку с детства. В этом суть антиалкогольного воспитания молодежи.

Перечислим основные принципы антиалкогольной работы с несовершеннолетними, имеющими отклонения в развитии: начало антиалкогольного воспитания с младшего школьного возраста; целесообразность и преемственность в его проведении; планирование антиалкогольных мероприятий с учетом психологических особенностей различных возрастных групп учащихся; учет особенностей психического развития детей и подростков; соответствие гигиенического и нравственного, эмоционального и содержательного аспектов в антиалкогольной ориентации учащихся; организация полноценного в социально-нравственном плане досуга и повышение общественной активности школьников; комплексный подход к алкоголизму; участие подростков в противоалкогольной работе; индивидуальная медико-воспитательная работа с угрожаемым в отношении употребления алкоголя контингентом.

Профилактика наркомании в подростковом возрасте — сложная социально-педагогическая проблема, требующая интегрированных усилий всех заинтересо-

ванных служб. Необходимы научно-, кадрово- и финансово-обеспеченные программы, предусматривающие общую стратегию действий. Такие программы целесообразно создавать на всех уровнях: начиная с общенационального и заканчивая программой отдельного воспитательного института.

Целью антинаркотического воспитания являются формирование психически и физически здоровой личности, выявление среди молодежи групп риска и проведение с ними антинаркотической работы. Молодежь группы риска ведет себя вразрез с общественными нормами. Возрастает риск формирования разных форм девиантного поведения, включая употребление алкоголя, наркотиков, других одурманивающих веществ. Отклоняющееся от нормы поведение подростка, независимо от причин, вызывающих это явление (половозрастные кризисы в пубертате, неблагоприятный микросоциум и т. п.), является основой для усвоения вредных привычек.

Группу наибольшего риска составляют подростки или юноши с отклонениями в развитии, уже употреблявшие наркотические или другие одурманивающие вещества. В этом случае необходимо постоянное наблюдение наркологов и целенаправленное формирование противонаркотических установок.

Дифференциация лиц, только приобщающихся к наркотическим или другим одурманивающим веществам от тех, у которых уже сформировалось к ним психическая или физическая зависимость, — компетенция нарколога. Если ребенок хотя бы раз попробовал наркотик, то с ним необходимо проводить индивидуальную профилактическую, разъяснительную работу, цель которой — не допустить повторного употребления.

Лечебная помощь больным наркоманией в России оказывается амбулаторными и стационарными подразделениями наркологической службы здравоохранения, построенной по территориальному принципу. Задачи этой службы — полное выявление и охват лечением с последующей профилактикой всех больных наркоманией; индивидуальный подход к лечению с учетом особенностей личности больного и течения заболевания; этапность в лечении с учетом состояния

больного; единство медикаментозных, психотерапевтических, восстановительных, психолого-педагогических мер.

Антинаркотическое воспитание школьников в наши дни — важнейшая государственная задача. В ее решении огромная роль принадлежит педагогу. Он стоит у истоков нравственного здоровья ребенка, формирует и корректирует его личность, закладывая нравственный фундамент.

Эффективность работы учителя по антинаркотическому воспитанию детей и подростков и особенно имеющих отклонения в развитии зависит от его компетентности в этих вопросах. Первостепенная задача педагога — выявить психически незрелых, инфантильных детей и взять под контроль их нравственное развитие. Учитель должен формировать психологическую устойчивость, умение анализировать свои поступки, воспитать иммунитет к асоциальному поведению, развить индивидуальное начало, чувство самостоятельности, самокритичности.

Известно, что первоначальный прием наркотических веществ зависит от трех факторов: личностных особенностей подростка, его ближайшего окружения (сверстников, друзей), доступности наркотических средств. Первые два фактора имеют непосредственное отношение к антинаркотической деятельности учителя. Тесная связь с наркологом поможет учителю и врачу решить индивидуально вопрос о мерах медико-психологического воздействия на подростка, замеченного в употреблении наркотиков.

Родственные связи между алкоголизмом и наркоманией прочны не настолько, чтобы превратить две проблемы в одну. Надо уметь различать специфические аспекты и факторы развития той и другой проблемы. В отношении алкоголизации подростков учителя убеждены, что основные причины этого явления — отсутствие в стране активной бескомпромиссной борьбы с пьянством и пример родителей.

Многие специалисты полагают, что главное в антиалкогольном воспитании — не запугивание ужасами алкоголизма детей, а терпеливое, спокойное объяснение подросткам, в том числе и несовершеннолетним с отклонениями в развитии, реальной картины явле-

ния, воспитание у них сознательного внутреннего убеждения противоборства пьянству.

И родители, и учителя должны воспитывать у молодежи трудолюбие, ответственность за свои поступки, целеустремленность.

Позиция родителей и учителей в отношении употребления детьми и подростками алкоголя, естественно, должна быть отрицательной. Трезвость родителей и учителей — серьезный аргумент в антиалкогольном воспитании подростков и особенно с отклонениями в развитии.

Литература

1. Азаров Ю.П. Сто тайн детского развития. М., 1996.
2. Александрова Н.А. Некоторые результаты клинического изучения детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью // Дефектология, 2002. № 6 С. 11 — 17.
3. Антиалкогольное воспитание в семье / Под ред. Д.В. Колесова, НИИ физиологии детей и подростков АПН. М.: Педагогика, 1997. 88 с.
4. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркомания. М.: Медицина, 1993. 336 с.
5. Белогуров С.Б. Популярно о наркотиках и наркоманиях. СПб., 2001. 123 с.
6. Бенюмов В.М., Солдатова Т.А. Антиалкогольное воспитание школьников // Методические рекомендации. Челябинск, 1998. 38 с.
7. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. и др. Наркомания у подростков. Киев: Здоровье, 1997. 216 с.
8. Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патопсихология алкогольной болезни и наркомании: Учебное пособие. М.: УДМ, 1996. 104 с.
9. Борщанская А.К. К созданию социальной коррекционно-развивающей среды в школе VIII вида // Дефектология. 2002. № 9. С. 31 — 34.
10. Бурно М.Е. О личностях, особенно предрасположенных к алкоголизму. М.: Прогресс, 1999. 233 с.
11. Горбунов-Посадов И.И. Учитель и школа в борьбе с народным пьянством. М., 1912. 80 с.
12. Горбунов-Посадов И.И. Что должна знать каждая мать о спиртных напитках. М., 1912. 100 с.
13. Гринченко Н.А. Пути предупреждения наркотического поведения школьников подросткового возраста. Дис-

- сертация кандидата педагогических наук. Фрунзе, 1999. 186 с.
14. Гурски С. Внимание — наркомания! / Пер. с польского. М., 1988. 144 с.
 15. Гуцу Н.В. Комплексный подход к профилактике наркомании и алкоголизма и других вредных социальных явлений // Алкогольные вопросы клинической и теоретической медицины. Кишинев, 1999. С. 134 — 135.
 16. Дубогай А.Д. Психолого-педагогические основы формирования здорового образа жизни школьников младших классов. - Диссертация кандидата педагогических наук. Киев, 1991. 391 с.
 17. Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. Д.: Медицина. Ленинградское отделение, 1999. 206 с.
 18. Жалмухамедова А.К. Ранее выявление детей с ограниченными возможностями: проблемы и новые подходы // Дефектология. 2002. № 6. С. 11 — 17.
 19. Завражин С.А., Миловигова Т.Б., Фортова Л.К. Основы профилактики, лечения и коррекции алкоголизма, наркомании, токсикомании и сексуальных аномалий среди детей и подростков. Владимир: ВГПУ, 1994. 23 с.
 20. Известия Всероссийского съезда практических деятелей по борьбе с алкоголизмом. М., 1999.
 21. Канель В.Я. Алкоголизм и школа. М., 1909. 48 с.
 22. Казаков А.Х. Профилактика наркомании (токсикомании) среди учащихся как социально-педагогическая проблема. Диссертация кандидата педагогических наук. М., 1992. 193 с.
 23. Климова С. Алкогольные привычки молодежи: что дает запрет? // Народное образование. 1990. № 4. С. 121 — 126.
 24. Колесов Д.В. Новый взгляд на алкоголизм у особых детей. М., 2002. 110 с.
 25. Лисина Е.В. Психотравма в контексте субъективного опыта ребенка // Дефектология. 2002. № 1. С. 75 — 81.
 26. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. 401 с.
 27. Мастюкова Е.М., Грибанова Г.В., Московкина А.Г. Профилактика и коррекция нарушений психического развития детей при семейном алкоголизме. М.: Просвещение, 2000. 80 с.
 28. Мирошниченко А.Д. Организация антинаркотической работы с подростками // Педагогика. 2000. № 9. С. 18 — 27.
 29. Москаленко В.Д. Алкоголизм — болезнь семейная // Молодой коммунист. 1990. № 2. С. 63 — 67.
 30. Наркотики и личность // ОБЖ. 2000. № 7. С. 26.
 31. Никитин Ю.И. Профилактика и лечение алкоголизма. К.: Здоровье, 1999. 166 с.

32. О борьбе с алкоголизмом путем школы / Сборник. Воронеж, 1999. 7 с.
33. Отклоняющееся поведение молодежи: Краткий словарь-справочник / Ермолаев Б.А., Казаринов Г.П., Завражин С.А. и др. Под общей редакцией В.А. Попова. ВГПУ. Владимир, 1996. 175 с.
34. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков // Вопросы наркологии. 1998. № 4; 1999. № 3.
35. Полипенко А.И. Педагогическая профилактика употребления наркотических веществ учащимися образовательных школ. Диссертация кандидата педагогических наук. Киев, 1991. 187 с.
36. Проблемы алкоголя и других наркотиков в период социально-экономических преобразований / Сборник. Киев: МНАТ, 1993. 216 с.
37. Расул И. Общедоступные уроки трезвости. Одесса, 1994. 69 с.
38. Тростанецкая Г., Вителис С. Профилактика ранней алкоголизации и наркомании // Народное образование. 1998. № 9 – 10. С. 194 – 198.
39. Фортowa Л.К. Социально-педагогические основы профилактики алкоголизма и наркомании среди детей и подростков. Автореферат дисс. д-ра пед. наук. М., 2002.
40. Юнчева Н.В. Преодоление вредных привычек у детей и подростков в условиях детского дома. Дисс. канд. пед. наук. М., 1990. 186 с.

Вопросы и задания

1. Что такое аддиктивное поведение?
2. В чем состоит специфика аддиктивного поведения у детей с отклонениями в развитии?
3. В чем особенности работы школы и семьи по профилактике аддиктивного поведения у детей с ограниченными возможностями?
4. Каковы последствия аддиктивного поведения у детей с ограниченными возможностями?

Темы для докладов и рефератов

1. Причины и факторы возникновения аддиктивного поведения у детей с отклонениями в развитии.

2. Содержание и методы профилактики аддиктивного поведения среди несовершеннолетних с отклонениями в развитии.
3. Педагогическая деятельность по профилактике аддиктивного поведения среди несовершеннолетних с отклонениями в развитии.

СКАЗКОТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ПСИХОКОРРЕКЦИИ ШКОЛЬНИКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

11.1. Теоретические подходы к сказкотерапии

Метод сказкотерапии в последнее время всесторонне изучается представителями многих психологических направлений. Появилось большое количество исследований, раскрывающих широкие возможности данного метода — его лечебный, психотерапевтический, психокоррекционный, развивающий и воспитательный потенциал.

С другой стороны, растет количество школьников с интеллектуальными проблемами, многие из которых имеют нарушения поведения. Традиционная система коррекционной работы с детьми данной категории направлена на модификацию поведения в основном опосредованно: через обучение, воспитание и коррекцию их психических процессов. В то же время метод сказкотерапии может воздействовать непосредственно на привычные формы поведения детей. Кроме того, сказка, как показывает опыт многих исследователей, может служить и методом наиболее эффективного взаимодействия взрослого и ребенка, способствовать выработке общего языка общения. Дети с нарушением интеллекта так же открыты сказкам, как и остальные дети, а пути взаимодействия с ними ограничены. Поэтому использование сказкотерапии может стать

неотъемлемой частью работы педагогов и психологов в специальных школах.

Сказкотерапия — самостоятельное направление практической психологии [5]. Существует много определений сказкотерапии. В понимании Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой, сказкотерапия — это не просто направление психотерапии, а синтез многих достижений и психологии, и педагогики, и психотерапии, и философии. Это способы передачи знаний о духовном пути и социальной реализации человека. Именно поэтому сказкотерапию можно назвать воспитательной системой, сообразной духовной природе человека [11].

«Разгадывание», «расшифровка» сказочных уроков — это живой творческий процесс, совместная радость мышления и познания [12].

Сказкотерапия — это процесс поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем. Слушая сказку в детстве, человек накапливает в своем бессознательном некий символический «банк жизненных ситуаций».

Сказкотерапия — это процесс образования связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни [17].

В сказкотерапии используются разнообразные жанры: притчи, басни, легенды, былины, саги, мифы, сказки, анекдоты. Находят применение и современные жанры: детективы, любовные романы, фэнтези и пр., но наиболее удобны и популярны — сказки.

Сказки — это произведения народной литературы, почти исключительно прозаические, частью объективно-эпического содержания, частью с целью дидактической, произведения волшебного, авантюрного или бытового характера с установкой на вымысел. Они существуют у всех народов. В сказках мифологические элементы перемешаны с историческими преданиями о давно минувших событиях, действительность свободно переплетается с вымыслом. Сказки содержат богатый материал для изучения народной психологии и быта [2].

Для сказки характерен так называемый бродячий сюжет. Сказки разных народов имеют много общего. Поэтому есть все основания говорить, что сказки отра-

жают общие закономерности развития событий, явлений, поступков, исходов. Если мифы рассказывают о далеком прошлом, то сказки часто рассказывают о далеком будущем [12].

Многие исследователи, изучая направления использования сказкотерапии, выделяли не только психотерапевтические возможности сказки, имея в виду оказание психологической помощи людям при различных психологических затруднениях, но и возможности психокоррекционные.

Психокоррекция — «замещение» неэффективного стиля поведения ребенка на более продуктивный, а также объяснение смысла происходящего [14]. И.В. Вачков под психокоррекцией понимает психологическое воздействие на отдельные структуры психики с целью позитивного изменения. Целью психокоррекционной сказки является продуктивное влияние на решение детьми и подростками психологических проблем, одним из последствий этого влияния должно стать изменение поведения [5]. Психокоррекция может проводиться в индивидуальной (например, индивидуальное консультирование) и групповой (игры и дискуссии) формах. В зависимости от используемой модели развития, функционирования и нарушений психики выделяют различные психотерапевтические подходы: психоаналитический, необихевиористский, когнитивный, гуманистический, нейролингвистическое программирование, гештальт-психологический [15].

Основным механизмом психокоррекции в сказкотерапии является метафора.

Метафора — это средство сообщения, в котором одна область вещей выражается через термины, принадлежащие к другой области вещей, и все вместе проливает новый свет на характер того, что описывалось ранее. Благодаря метафоре явления и события принимают понятную и близкую ребенку форму, облегчая ему процесс принятия решений, выбор оптимальных путей удовлетворения потребностей [10].

Такой выбор затруднен у умственно отсталых детей, у которых стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга (наследуемого или приобретенного) [23]. Данные нарушения не позволяют ребенку самому, без

помощи специалиста, научиться анализировать жизненные ситуации, осмысливать реальность.

Механизм психокоррекции с помощью сказки включает в себя воздействие не только на сознательные сферы психики ребенка, но и на подсознательные, т. к. в сказке проявляется коллективное бессознательное. Коллективное бессознательное — термин, введенный К. Юнгом для обозначения особого класса психических явлений, которые в отличие от индивидуального (личного) бессознательного являются носителями опыта филогенетического развития человечества, передающегося по наследству через мозговые структуры. Содержанием коллективного бессознательного выступают архетипы — всеобщие априорные схемы поведения, которые в реальной жизни человека наполняются конкретным содержанием. Сказка как раз и является одним из механизмов, переводящих в реальность архетипические смыслы, филогенетический опыт человечества.

Все перечисленные понятия являются важными для нашего исследования, т. к. в его основе лежит применение метода сказкотерапии с целью достижения психокоррекционного эффекта замещения неэффективного стиля поведения школьника с интеллектуальными проблемами на более продуктивный, т. е. позволяющий:

- научить ребенка удовлетворять потребности адекватными средствами и способами, созвучными с социально принятыми нормами и ведущими к социальной адаптации ребенка в школьной среде с помощью сохранных его возможностей;
- предупредить и помочь исправить психологические проблемы ребенка, возникающие из-за неадекватного поведения;
- формировать положительные качества его характера и личности.

Термину «сказкотерапия» чуть больше десяти лет, однако лечебное воздействие сказок и значение для формирования и полноценного функционирования психики замечено давно. Сказки веками передавались людьми из поколения в поколение. Возникновению научного интереса к сказкам предшествовал многовековой опыт собирания (записи) фольклорных про-

изведений и обработки их в творчестве писателей, драматургов, композиторов разных стран. Сказки, мифы и другие произведения народного творчества впервые подверглись тщательному изучению в фольклористике, что оказало значительное влияние на представление о них как психотерапевтическом средстве. Народным сказкам посвящена большая исследовательская литература, в которой с различных точек зрения рассматривались закономерности отражения в них человеческого сознания. Большинство сказок мира обладают сходной структурой при разнообразии содержания. Ученых интересовали причины данного сходства, и существовали разные подходы к его объяснению. Один из них — особое направление фольклористики — мифологическая школа (Ф.В. Шеллинг, братья А. и Ф. Шлегель, братья Гримм, Кун, Мюллер, Ф.И. Буслаев). Согласно этой теории, народная поэзия имеет «божественное происхождение»; из мифа в процессе его эволюции возникли сказка, эпическая песня, легенда и другие жанры; фольклор — бессознательное и безличное творчество «народной души». Шварц (1860) и Манхардт (1884) объясняли происхождение мифов поклонением «низшим» демоническим существам.

Миграционная теория объясняла сходство фольклора у разных народов распространением — миграцией — поэтических произведений. Ее сторонниками были Т. Бенфей (основоположник), Р. Келер, М. Ландау, И. Поливка и др. В России — А.Н. Пыпин, В.В. Стасов, В.Ф. Миллер и др.

Антропологическая школа — «теория самозарождения сюжетов». Сходные явления в мифологии и фольклоре разных народов и рас антропологическая школа объясняла общностью психических законов и закономерностей духовного творчества для всего человечества. Эту общность она выводила из «тождественности человеческой природы» (Э.Б. Тэйлор), т. е. лишь из антропологической сущности человека; ряд ее представителей принимали во внимание также сходство условий быта разных народов и племен, вследствие чего она иногда формулировалась как «теория бытового психологического самозарождения» (А.Н. Веселовский). Теория самозарождения сюжетов ввела в науку поня-

тие «пережитков» (survivals), обозначив ими элементы «первобытной культуры» (бытовые и религиозные отношения, суеверия и т. п.), унаследованные «цивилизованными» нациями и сохранившиеся в современной культуре. Ученые этого направления противопоставляют миграционной теории самостоятельное зарождение сходных сюжетов у разных народов.

Этнопсихологическая школа — направление в изучении сказок в США, господствовавшее в 30–40-х гг. XX в. Сторонники антропологической школы создали теорию о единой бытовой и психологической основе самозарождения сказочных сюжетов. Глава школы — психиатр А. Кардинер, последователи — этнографы Р. Линтон, Р. Бенедикт, А. Халлоуэлл и др. Сущность культуры каждого народа этнопсихологи видели в психических особенностях «основной» («средней», «модальной», «суммарной») личности, исследуемых методами фрейдизма. Культура народа — это «индивидуальная психология, отброшенная на большой экран, получившая гигантские пропорции и большую длительность во времени» (Бенедикт Р., 1932). «Структура основной личности» складывается в первые годы жизни человека под воздействием характерных способов ухода за ребенком и образует неизменный базис культуры. Этнопсихологи социальные различия выводили из различия «опытов детства».

Структурализм. К. Леви-Строс (1950) рассматривал сказку как коммуникативный акт с установкой на выражение; сосредоточивался на функциональных зависимостях между элементами художественного произведения, исследование которых предвосхитил В.Я. Пропп (1928) [2].

Оставаясь в методологическом отношении в пределах фольклористики, названные направления вместе с тем знаменовали последовательные ступени прогрессивного развития научного представления о сказках и подготовили обоснование использования ее в психотерапевтических целях.

Особенно большой вклад в этом направлении внес В.Я. Пропп. Ему удалось построить модель волшебной сказки, некую единую схему всех или большинства сказок. В поисках сказочных инвариантов он создал понятие функции. Функция — это поступок действующ-

щего лица, определяемый с точки зрения его значимости для хода действия [22].

Пропп описал структуру огромного количества сказок, и хотя он основывался только на русских, эта структура полностью применима к большинству известных сказок других народов. Общность функций у сказок разных народов, безусловно, имеет отношение к глубинным, основополагающим слоям человеческой психики.

Идеи мифологического направления фольклористики нашли отражение в аналитической психологии, особенно в учении об архетипах К. Юнга, в свою очередь способствовавшего возникновению неомифологической теории, утверждавшей приоритет ритуалов над мифами. Ритуально-мифологическая школа ищет в сказках не только мифологические мотивы, символы, метафоры, сознательные и бессознательные, но, прежде всего, воспроизведение определенных ритуальных схем, особенно обрядов инициации, эквивалентных, по ее представлениям, психологическому архетипу смерти и нового рождения. Фрай утверждает абсолютное единство ритуала, мифа и архетипа.

К. Юнг считал, что в сказках отражаются свойства «архетипа духа»: в мифах и сказках, как и в сновидениях, душа повествует свою собственную историю, и взаимодействие архетипов обнаруживается в своем естественном обрамлении: «творенье, перетворенье, вечного духа вечное развлечение».

Он разработал такой подход к снам и сказкам, как будто их события связаны между собой внутренним смыслом. Объясняя сказку применительно к личности человека, Юнг основывался на факте, что архетипы — не причудливые творения ума, но автономные элементы бессознательной души, которые существовали до того, как возникла сама мысль о творчестве. Они представляют неизменяемую структуру психического мира, реальность которой подтверждается влиянием, которое она оказывает на разум.

По мнению К. Юнга, и в снах, и в сказках чаще всего проявляется духовный архетип в образе старца. Старец всегда появляется в тот момент, когда герой находится в безнадежном и отчаянном положении, из которого его спасти может только глубокое размышле-

ние или удачная мысль — другими словами, духовная функция или определенного рода внутриспсихический автоматизм. Старец является рефлексией и концентрацией нравственных и физических сил, происходящих в психическом пространстве вне сознания, когда сознательная мысль еще или уже невозможна. Поэтому не только в сказках, но и в жизни вообще необходимо объективное вмешательство архетипа, который согласовывает чисто аффективные реакции с цепочкой внутренних столкновений и осознаний. Таким способом дается знание непосредственной ситуации, а также и ближайшей цели. Результатом становится озарение и распутывание фатальных конфликтов, которое часто имеет характер определенно магический — переживание, небезызвестное психотерапевтам.

Все архетипы имеют как позитивную, благоприятную, светлую сторону, которая указывает вверх, так и ту, которая указывает вниз — частично негативную и неблагоприятную, частично хтоническую, но в остальном просто нейтральную.

Такими абстрактными формулировками Юнг пытался пролить свет на скрытые и запутанные ассоциации нашей «по-детски простой» сказки. Две противоположности, из которых одна представляет благо, а другая — силы зла, как нельзя лучше соответствуют функциональным структурам сознания и подсознания. Будучи непредсказуемым, естественным и свободным произведением психики, сказка не могла хорошо отразить никакой реальности, кроме собственной реальности души [27].

Таким образом, Юнг открыл огромный психотерапевтический потенциал сказок. Позиция К. Юнга и его последовательницы М.-Л. фон Франц — одна из самых разработанных и авторитетных позиций в отношении сказок.

М.-Л. фон Франц объясняла общность переживаний сказок разными людьми таким явлением, как универсальность эмоции, всеобщим характером эмоциональной реакции на определенные вещи. Она считала, что даже и тогда, когда мы находимся в состоянии аффекта, вследствие того, что затронуты какие-то важные моменты прошлой жизни, наша реакция является общечеловеческой и ее следует принимать как

таковую, а не только в качестве чего-то абсолютно субъективного. Универсальные эмоции отражаются в сказках [26].

В последнее десятилетие появилось много зарубежных и отечественных исследований, связанных с теорией и практикой сказкотерапии: И.А. Гаврилова [8,9] использовала терапевтическую метафору для преодоления у детей страха смерти; Д.И. Соколов [24] разработал своеобразный подход к сказкам как к способу воздействия не только на детей, но и воспитателей; М.Ф. Виглсуорт [7] создала подробное руководство по придумыванию волшебных сказок и историй.

Не оставили без внимания сказкотерапию и представители такого популярного направления современной психологии, как нейро-лингвистическое программирование. Истории и сказки, являясь многоуровневыми метафорами, включают в себя также такие приемы и техники НЛП, как присоединение и ведение рефрейминг содержания и контекста, стратегии «удачника», моделирование навыков и способностей, перенесение знакомых стратегий в новый контекст, обращение к ресурсным состояниям и многое другое. Наиболее известный психотерапевт, работающий со сказкой в данном направлении, — Д. Бретт [3], автор терапевтических историй про Энни. Д. Миллс и Р. Кроули [18] также продемонстрировали пример мастерского использования творческих метафор для присоединения, рефрейминга и активизации нового поведения ребенка и его окружения.

Интересна точка зрения на сказку Б. Бетельхейма. Работая с детьми, имеющими глубокие нарушения в поведении и общении, причиной данных нарушений он считал потерю смысла жизни. По его мнению, для обретения этого смысла ребенок должен выйти за узкие границы сосредоточенности на самом себе и поверить в то, что он внесет значительный вклад в окружающий мир. Чувство удовлетворенности тем, что ребенок делает, очень важно для него. Нет ничего более важного для ребенка, чем тот импульс, который дают ему родители, знакомя его с культурным наследием всего человечества. Пока ребенок еще маленький, это культурное наследие, по мнению Б. Бетельхейма, может быть представлено в

сказке. Сказка становится своего рода психотерапией, потому что каждый человек (каждый ребенок) открывает в ней свое собственное решение насущных жизненных проблем. С другой стороны, культурное наследие человечества находит свое отражение в сказке, и через сказку оно сообщается ребенку. Б. Бетельхейм сравнивает сказку с рассказом из реальной жизни и приходит к парадоксальному выводу: реалистический рассказ, особенно если в нем есть причинно-следственные объяснения, психологически неправдоподобен для ребенка, потому что он их не понимает. Б. Бетельхейм писал: «Рассказы, действия которых происходят в современном мире, дезориентируют ребенка относительно реальности и вымышленности. Эти рассказы не могут быть созвучны внутреннему миру ребенка, они углубляют пропасть между внутренним и внешним его опытом. Они также эмоционально отделяют ребенка от родителей». По мнению Б. Бетельхейма, реалистические рассказы информируют ребенка, но не обогащают его так, как это делают сказки [19].

В Санкт-Петербурге создан частный институт сказкотерапии под руководством Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой, комплексно изучающий проблему сказкотерапии. В творческой мастерской гештальт-терапевта Е.И. Петровой из Санкт-Петербурга проводятся исследования аутентичных народных (традиционных) сюжетов сказок с точки зрения их спонтанного переживания. В результате этих исследований был сделан вывод о том, что интеллектуальные интерпретации, неэкологичное использование сказок и рекомбинирование традиционных сказочных сюжетов могут привести к непредсказуемым, в том числе отрицательным, последствиям на глубинном уровне психики [21].

Вопросы сказкотерапии раскрываются в работах Ш. Коппа (2000), Л. Малаховой (2001), И. Бочаровой (2002), М.В. Осориной (1999), Г.А. Азовцевой (1999), Е.Г. Речицкой (2000), Е.В. Афанасьевой (2000), О.В. Защиринской (2001), Л.Б. Фесюковой (1996), А.А. Осиповой (2000) и др. [21].

Медики-психиатры, занимающиеся проблемами поведения, ценят рассказы и сказки как эффективный способ применения методики социального моделиро-

вания. Рассказы могут также служить увлекательным средством обучения поведенческим моделям.

Педагоги используют рассказы в школьных ситуациях. Так же, как и в случае с отдельным ребенком, они позволяют классу обсуждать трудные и щекотливые темы «безопасным» путем [3]. В частности, Е.В. Афанасьева сделала попытку анализа возможности включения сказкотерапии в современный урок и воспитательный процесс в начальной школе [1].

Психокоррекционное воздействие сказкотерапии изучается и в русле гипнотерапии М. Эриксона. Например, И.А. Гаврилова объясняет механизм лечебного эффекта метафоры в сказке следующим образом. Терапевтическая метафора имеет сюжет. Сюжет в метафоре — это как раз та часть, которая предназначена левому полушарию. И пока оно следует за разворачивающимися событиями, правое полушарие занимается поиском и разгадкой скрытого смысла. Это порождает в подсознании процессы, связанные с выстраиванием различных внутренних ассоциаций. В конечном итоге сознательные и подсознательные процессы накладываются друг на друга и порождают новое толкование и новую поведенческую реакцию. Происходят изменения и последующая перестройка на логических уровнях ребенка. Таким образом, терапевтическая метафора — это больше, чем логика и гипноз. Другими словами, терапевтическая метафора запускает в левом и правом полушариях мозга два параллельно происходящих процесса, в сумме дающих результат, превосходящий по эффективности последовательные воздействия на сознание (логически) и подсознание (посредством трансовых техник и гипноза) [8].

Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева и психолог И.В. Вачков, систематизируя материал по сказкотерапии, создали типологию волшебных сказок. Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева выделила четыре аспекта сказок: дидактический, психокоррекционный, психотерапевтический и медитативный. И.В. Вачков разделяет всю совокупность сказок на фольклорные и авторские, при этом в обоих типах сказок выделяет художественные, дидактические, психокоррекционные, психотерапевтические и психологические подтипы.

Обогащение практической психологии новыми средствами эффективной работы с детьми — такими, как сказкотерапия — в основном, явление последнего десятилетия. Сказкотерапия является красивым и эффективным методом психокоррекции и психотерапии.

Итак, теоретический анализ литературы показал, что, несмотря на существование различных подходов к объяснению психологической значимости сказок в жизни отдельных людей и человечества в целом, все исследователи сходятся в том, что сходство сказочных сюжетов не случайно, что оно имеет отношение к психической сфере людей, причем к наиболее устойчивым, почти неизменным в течение жизни, психическим структурам. Большинство ученых, занимавшихся сказкотерапией, заметили, что именно сказка является связующим звеном между подсознательной сферой психики и конкретным поведением человека, поэтому ее влияние на поведение людей очень велико. Мало того, естественно предположить, что психокоррекционные возможности сказкотерапии в силу ее особенностей по своей эффективности значительно превосходят все другие методы психокоррекции и регуляции поведения.

11.2. Сказкотерапия как метод коррекции школьников с нарушениями интеллекта

На поведение ребенка с интеллектуальными проблемами влияют многие факторы, большая часть которых связана с нарушениями функций центральной нервной системы. Многие психические процессы детей данной категории не могут полноценно развиваться без специальной коррекционной работы в этом направлении, которая требует больших затрат времени, а ребенку необходимо ежедневно удовлетворять свои потребности в общении, достижении успехов и т. п. К сожалению, дети не всегда выбирают адекватные пути для этого, ведь они ограничены в выборе средств воздействия на окружающих. Так возникают неэффективные формы поведения — ту-

пиковые, от которых страдают как окружающие, так и сами дети. Между тем, специальная работа, направленная на коррекцию поведения детей с интеллектуальными нарушениями, может быть довольно эффективной. Сказкотерапия — одно из лучших средств психокоррекции, поэтому логично попробовать его использовать в работе со школьниками, имеющими интеллектуальные проблемы, которые часто нуждаются в такой помощи.

Психотерапевт должен использовать компенсаторные возможности каждого умственно отсталого ученика. От знания особенностей психики умственно отсталого ребенка, от умения подойти к нему зависит успех психокоррекционной работы.

Привлекательность сказок для психотерапии, психокоррекции и развития личности ребенка, достоинства сказок заключается в следующем:

1. Отсутствие дидактики

Самое большое, что может «позволить себе» жанр сказки, — это намек на то, как лучше поступать в той или иной жизненной ситуации. В сказке никто не учит ребенка «жить правильно». События сказочной истории естественно и логично вытекают одно из другого. Таким образом, ребенок воспринимает и усваивает причинно-следственные связи, существующие в этом мире. Осуществляется коррекция мышления и поведения.

2. Неопределенность места действия и главного героя

Определенное место действия психологически отдаляет ребенка от событий, происходящих в сказке. Детям легче перенести себя за тридевять земель, чем, скажем, в город Брянск. Отсутствие жесткой персонализации помогает ребенку идентифицировать себя с главным героем.

3. Сказка — кладесь мудрости

На примере судеб сказочных героев ребенок может проследить последствия того или иного жизненного выбора человека. Благодаря многогранности смыслов, одна и та же сказка может помочь ребенку в

разные периоды жизни решать актуальные для него проблемы.

4. Сказке свойственно четкое разделение добра и зла

Хороший конец сказки дает ребенку чувство психологической защищенности. Герой, который проходит через все испытания и проявляет свои лучшие качества, обязательно вознаграждается. В этом заключается закон жизни: как ты относишься к Миру, так и он к тебе.

5. Ореол тайны и волшебства

Сказка так же многогранна, как и жизнь. Именно это делает сказку эффективным психотерапевтическим и развивающим средством. (13).

На занятиях по сказкотерапии дети учатся составлять словесные образы. Придумывая новые образы, они увеличивают свой образный репертуар, развивают образное мышление, и внутренний мир ребенка становится интереснее, богаче.

Поскольку чувства бывают не только положительные, но и отрицательные, то и образы у детей рождаются не только радостные, но и пугающие. Одна из важных целей этих занятий — преобразовать отрицательные образы в положительные, чтобы мир ребенка был красив и радостен. Спокойное состояние нервной системы возвращает ребенку здоровье.

Сказочное повествование, в которое мы вписываем наши образы, выстраивает их в логическую цепочку, и они следуют один за другим. Это закладывает основу логического мышления [14].

Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева выделила в сказке элементы психокоррекционного воздействия, назвав их **аспектами волшебства сказки**.

Первый аспект волшебства — искусство формирования особого состояния души. Под ним она подразумевала обучение умению находить радость в мелочах, разрешать разные жизненные трудности. Сказка утверждает созидательную природу человека, учит не поддаваться панике и суете.

Второй аспект волшебства — проявление созидательной творческой преобразующей силы человека.

Инструментом влияния на реальность является метафора. Сказки, сочиняемые детьми о своем будущем, очень часто сбываются.

Третий аспект волшебства — это трансформация, превращение, изменение. Трансформация может быть как обратимой (герой возвращается в прежнее состояние), так и необратимой (герой изменился окончательно и навсегда).

Четвертый аспект волшебства — появление обитателей волшебного мира. Обитатели волшебного мира приходят к героям сказки, дают ценный совет, помогают, искушают, устрашают. Одним словом, ведут себя многообразно, часто непредсказуемо, но всегда в соответствии со своей природой. По-видимому, появление волшебных существ связано с одушевлением природных сил. Природа многое дает человеку, но бывает, что и отбирает. Последнее чаще всего случается тогда, когда человек нарушает важный закон взаимоотношений с природой. Идея живой природы дает нам богатый инструментарий для развития личности [14].

По словам Б. Бетельхейма, над народной сказкой «трудятся» миллионы людей, отбрасывая неважные детали, прибавляя важные. Это делает сказку действительно сгустком человеческой мудрости, опыта, результатом работы человеческого сознания и подсознания.

Д. Соколов выделяет следующие направления использования сказок:

1. Предложить пациенту, особенно ребенку, способы решения конкретной проблемы.
2. Сказка дает великолепный общий язык для взрослого, работающего с ребенком. Обычно они разговаривают на разных языках. При этом двуязычен скорее ребенок, а проблемы с общением есть скорее у взрослого (тем более, что это взрослый чего-то хочет). Язык сказки их естественно сближает.
3. Сказка более информативна, чем обычная речь. Она не выдает свои положения за что-то более серьезное, чем символы, метафоры и аналогии. В этом плане сказки, которые сочиняют сами пациенты, дают и материал для анализа и названия для индивидуально значимых понятий.

4. Сказка способствует пробуждению детских и творческих сил в самом терапевте.
5. Сказка несет свободу [24].

Переживая сказку, ребенок учится не только понимать ситуацию, но и поступать в ней определенным образом, получает интуитивные критерии выбора и свободу действия [1].

Во всех перечисленных лечебных, воспитательных, лечебных, терапевтических и коррекционных возможностях сказкотерапии нуждаются школьники с интеллектуальными нарушениями, что говорит о необходимости исследований в данном направлении.

При проведении сказкотерапии ставятся конкретные задачи и достигаются определенные цели. Мы рассмотрим некоторые из вариантов сказок и методы работы с ними.

I. Анализ сказки. Использование данного метода учит думать, разбираться в скрытых механизмах происходящего, абстрагироваться от поверхностных смыслов, дает возможность высказаться и быть услышанным. Формула для составления вопросов для обсуждения следующая:

- 1) Что и почему происходит?
- 2) Что было бы, если?..
- 3) Что в этой сказке похоже на нашу жизнь?

II. Сказочные задачи.

Сказочные задачи дают возможность рассмотреть явление со множества сторон, служат для нахождения нескольких решений внутренних проблем и решений различных жизненных ситуаций. Требования:

- задачу задает сказочное существо;
- сказочные задачи могут являться испытаниями в сказочных играх и путешествиях;
- ситуация не должна иметь правильного ответа;
- образы героев должны заинтриговывать.

III. Рассказывание сказки. Различные формы рассказывания сказок позволяют решить различные задачи. Метод основан на том, что либо рассказчик сознательно расставляет акценты с целью развития сознания, либо рассказчик бессознательно снижает акценты в сказочных ситуациях, что помогает понять причины своих затруднений, осознать проблему.

IV. Сочинение сказки. Сочинение волшебной сказки помогает рассмотреть одно и то же явление с разных сторон, проиграть многие модели поведения и найти выход, может корректировать неадекватное поведение детей. Сказка может сочиняться устно, с использованием игрушки, быть нарисованной отдельно каждым ребенком или в группе. Перед началом необходимо разрядить обстановку, создать эмоциональный настрой. Можно использовать спокойную музыку и соответствующий интерьер.

V. Рисование сказок [1].

Рассказывание сказочных историй возможно по следующей схеме.

Подготовка.

Шаг 1. Определите ваш желаемый результат.

- 1) Он должен быть конкретным.
- 2) Нужно, чтобы он был сформулирован в позитивной форме, а не в негативной (чего хочется, а не чего не хочется).
- 3) Он должен быть подконтролен человеку, не зависящим от внешних событий или людей.
- 4) Изменение принесет что-то новое, но должно сохранить все преимущества, какими бы они ни были, проистекавшие из старого поведения.
- 5) Он должен быть важен и для психотерапевта, и для ребенка.

Шаг 2. Сбор необходимой информации.

Чтобы история была максимально эффективной, ребенку нужно чувствовать себя связанным с нею. Взрослый может интерпретировать метафору одним способом, а ребенок — другим. Два главных элемента для приведения в соответствие — тема и отношения.

Необходимо знать о переживаниях успеха, силах ребенка и источниках поддержки. Нужно найти то позитивное, что вы можете закрепить в будущем.

Шаг 3. Установка и поддержка раппорта.

«Синхронизация» означает попадание в ногу. Один из способов повести в атмосферу доверия и синхронизироваться — это войти в мир ребенка, представить себя, рассматривающим проблему его глазами. Попросить ребенка описать ситуацию: как, по его мнению, она могла возникнуть и о каких решениях он думал.

Ход истории.**Шаг 4. Первая строка.**

Необходимо выяснить любимые истории ребенка, чтобы взять ее за основу повествования, затем — поставить цели сказкотерапии, т. е. уяснить те проблемы ребенка, которые необходимо решить. Самое важное в начале истории — создать «иное прошлое» для ребенка, в котором эта проблема возникла в условиях, сходных с его опытом.

Шаг 5. Определение кризиса или темы.

Потребность или мотивация к изменению невелики до тех пор, пока терпимо привычное. В тот момент, когда один из участников ситуации становится «сыт по горло» или введено какое-то обещание лучших условий — возникает кризис. История построена вокруг того, что происходит с героем или героиней в связи с этой темой или кризисом. Нужно ввести событие, которое «опрокидывает телегу с яблоками», и оно должно соответствовать или быть изоморфно реальной проблеме, стоящей перед ребенком.

Шаг 6. Испытания.

Невозможно от проблемы прыгнуть к решению. Должна быть какая-то связующая стратегия — сделать так, чтобы герой или героиня испробовали несколько решений. Не забудьте подкреплять разделение между собственной ценностью и поведением. Совершить ошибку не значит быть ошибкой.

Шаг 7. Предложение новых возможностей.

Когда уже достаточно примеров того, что не сработало, история двинется к какому-то разрешению:

- открывается не использовавшийся ранее внутренний потенциал;
- находится доступ к внешнему ресурсу или идее;
- проблема заявлена как менее значимая или угрожающая;
- предлагаются выборы, не рассматривавшиеся ранее;
- переопределяются мотивы или смыслы;
- демонстрируется, что поведение полезно в одних контекстах, но неадекватно в других.

Шаг 8. Проверка новых решений и закрепление.

В этой точке предложена какая-то новая возможность, чтобы помочь протагонисту выбраться из дилем-

мы. В истории она, кажется, работает, но, чтобы усилить идею для использования ребенком, нужны несколько дополнительных шагов. Один из них — это проверочный опыт с новым ресурсом — некая возможность проверить решение и увидеть, действительно ли оно удовлетворит потребностям героя или героини. Если нет — возвращаемся обратно к периоду хаоса и экспериментирования с процессом изменения.

Шаг 9. Синхронизирование с будущим и празднование.

Синхронизация с будущим — это способ перенести пользу нынешнего научения в будущий опыт. Полезно встроить в историю некие предполагаемые события — скажем, день, неделя и даже шесть месяцев спустя, — и пусть герой или героиня просто представят, как он или она смогут успешно с ними справиться. Празднование какого-то рода обеспечивает эмоциональное качество финалу истории. Оно оставляет слушателя в высокоэнергетическом состоянии [7].

Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева предложила следующий алгоритм создания психокоррекционной сказки:

1. В первую очередь мы подбираем героя, близкого ребенку по полу, возрасту, характеру.
2. Потом описываем жизнь героя в сказочной стране так, чтобы ребенок нашел сходство со своей жизнью.
3. Далее помещаем героя в проблемную ситуацию, похожую на реальную ситуацию ребенка, и приписываем герою все переживания ребенка.
4. Герой начинает искать выход из создавшегося положения. Или мы начинаем усугублять ситуацию, приводить ее к логическому концу, что также подталкивает героя к изменениям. Герой может встречать существ, оказавшихся в таком же положении, и смотреть, как они выходят из ситуации; он встречает «фигуру психотерапевта» — мудрого наставника, объясняющего ему смысл происходящего и т. д. Наша задача — через сказочные события показать герою ситуацию с разных сторон, предложить ему альтернативные модели поведения, помочь найти позитивный смысл в происходящем.
5. Герой понимает свою неправоту и становится на путь изменений.

Создавая психокоррекционные сказки, важно знать скрытую причину «плохого» поведения. Обычно их пять.

Ребенок ведет себя плохо в таких случаях:

1. Он желает привлечь к себе внимание. В этом случае в коррекционной сказке будут содержаться модели социально приемлемых, положительных способов привлечения внимания.
2. Он желает властвовать над ситуацией, взрослым, сверстниками. При этом в психокоррекционной сказке может быть предложена позитивная модель проявления лидерских качеств (ибо власть связана с выраженными лидерскими качествами): хороший предводитель прежде всего должен заботиться о своих друзьях.
3. Он желает за что-то отомстить взрослому. При этом в психокоррекционной сказке есть указание на искаженное видение героем проблемы и конструктивная модель поведения.
4. Ему страшно, тревожно, он хочет избежать неудачи. В этом случае герои коррекционной сказки оказывают главному герою поддержку и предлагают способы преодоления страха.
5. У него не сформировано чувство меры. В этом случае психокоррекционная сказка может довести ситуацию до абсурда, показывая последствия поступков героя и оставляя выбор стиля поведения за ним [12].

Методика сказкотерапии, выработанная для детей с сохранным интеллектом, требует адаптации к условиям вспомогательной школы.

11.3. Изучение поведения школьников с интеллектуальными проблемами и опытно-экспериментальная работа

Эксперимент использования сказкотерапии как средства психокоррекции школьников с интеллектуальными проблемами проводился на базе третьего класса специальной (коррекционной) школы-интерната VIII вида № 27 г. Владимира в три этапа:



1. Констатирующий эксперимент.
2. Психокоррекция посредством метода сказкотерапии.
3. Анализ результатов.

При проведении констатирующего эксперимента были поставлены следующие задачи:

- 1) выявить неэффективные формы поведения детей;
- 2) диагностировать психологические проблемы детей, которые могут быть причинами возникновения неэффективных форм поведения.

Для решения этих задач были использованы методики:

1. Анкета-опросник для учителя.

Анкетирование позволило выявить неэффективные формы поведения некоторых школьников, препятствующих школьной адаптации, более успешному обучению и создающие психологический дискомфорт для учителя и самого ученика. Такими нежелательными формами поведения оказались: отказ ученика выполнять письменные работы на уроках; регулярное опоздание в школу ученика на первые-вторые уроки; склонность ученицы к воровству; «сексуальная расторможенность» школьницы; драчливость мальчика, истерическое поведение девочки.

2. Проективная рисуночная проба «Дом — дерево — человек», разработанная Р.Ф. Беляускайте (1982) показала, какие симптомокомплексы личностных проблем доминируют у школьников, что помогло определить возможные причины нарушения поведения детей. Наиболее ярко выраженной причиной нарушения поведения большинства обследованных детей являются трудности общения. Они связаны с недоразвитием речи как средства общения, неспособностью полноценно анализировать ситуацию и адекватно выбирать способ реагирования для удовлетворения потребностей. Враждебность как личностное качество также играет значительную роль в формировании типичных форм поведения детей. У многих школьников имеются проблемы, связанные с тревожностью, конфликтностью и незащищенностью. Менее других выявлен удельный вес симптомокомплексов депрессивности и неполноценности у обследованных детей. Причина данного факта — неадекватная самооценка, которая ведет к тому, что дети

не осознают своих проблем и в своих неудачах склонны винить обстоятельства и окружающих людей.

3. Тест «Исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн» подтвердил наличие неадекватно завышенной самооценки детей. Почти на всех шкалах (ума, здоровья, счастья и хорошего характера) дети поместили себя на верхнем полюсе (самые умные, здоровые, счастливые и с хорошим характером), тем самым показав очень некритичное отношение к себе. Только двое учеников считают себя недостаточно счастливыми, а один — не очень здоровым. Это значит, что дети не осознают проблемности некоторых форм своего поведения, испытывая психологический дискомфорт исключительно в конкретных ситуациях, когда это поведение проявляется. Данный факт необходимо учитывать при построении психотерапевтической метафоры во время сеанса сказкотерапии, расставляя акценты таким образом, чтобы ребенок именно в своем поведении видел причины своих неудач.

4. «Обследование понимания эмоционального подтекста сюжетных картинок».

Результаты данного теста оказались особенно интересными. Они подтвердили предположение о том, что основными причинами неадекватных форм поведения у детей с интеллектуальными нарушениями являются трудности анализа ситуации общения, понимания эмоционального состояния других людей, причин тех или иных действий окружающих. Наглядный пример данного утверждения — высказывания детей по поводу сюжета «Бык и цветы». Сюжет заключается в том, что молодой человек, пока его девушка спит, собирает ей букет цветов, но, вручая цветы, не замечает сзади себя быка, из-за которого девушка падает в обморок. Пока он приводит ее в чувство, бык съедает цветы, а молодой человек опять этого не замечает и протягивает девушке букет стебельков. Юмористический подтекст данного сюжета ни один ребенок не смог уловить самостоятельно. Были высказывания такого рода: «Девушка увидела быка и опять легла спать», «У нее волосы встали дыбом от радости», «Он покормил быка, чтобы бык ушел», «Они схватились руками за головы, потому что на

солнышке перегрелись», «У них головы заболели от испуга» и т. п.

Данная методика помогла подтвердить предположение о том, что неадекватное поведение умственно отсталых школьников прежде всего связано с трудностями анализа ситуации, затруднениями понимания того, что чувствуют и как реагируют на их поведение окружающие люди. Кроме того, стала ясна необходимость дополнительного пояснения эмоциональных состояний героев при создании психокоррекционных сказок, важность обсуждения переживаний героев вместе с ребенком.

Все перечисленные методики, используемые на этапе констатирующего эксперимента, помогли не только выявить и понять основные причины нарушения поведения обследуемых, но и подобрать наиболее эффективный подход к каждому ребенку на занятиях сказкотерапии.

На основе данных диагностического исследования был проведен эксперимент. Его суть заключалась в использовании психокоррекционных сказок на индивидуальных сеансах с детьми. Основные задачи этапа:

- 1) активное включение школьников в сеансы сказкотерапии;
- 2) психокоррекция в условиях бережного и тактичного отношения сказкотерапевта к психике ребенка;
- 3) закрепление положительного эффекта от занятий с помощью рекомендаций сказкотерапевта учителю.

За основу эксперимента был взят алгоритм создания психокоррекционной сказки, предложенный Т.Д. Евстигнеевой.

С наибольшими трудностями мы столкнулись в процессе занятий с ребенком, имеющим выраженную степень интеллектуального нарушения. Девочка постоянно отвлекалась на посторонние предметы, поэтому оказалось необходимым использование игрушек и рисунков, многократные повторы сюжетных моментов, многократное объяснение причинно-следственных связей событий сказочной истории. Непросто оказалось донести рекомендации до учителя, привыкшего выражать негативную реакцию на нежелательное поведение ребенка.

Однако в целом результаты эксперимента пре-
взошли предварительные ожидания: мальчик, который
в течение всего учебного года отказывался делать
письменные работы в тетради, стал выполнять класс-
ные работы, хотя до начала эксперимента его мно-
гократно ругали, вызывали к директору, грозились
отчислить из школы, перевести на домашнее обуче-
ние — и ничего не помогало. Прекратились регуляр-
ные опоздания на уроки ученика, которые были его
серьезной психологической проблемой: каждый день
он приходил в школу ко второму, а то и к третьему
уроку, долго не решался зайти в класс, стоял и громко
плакал в коридоре, зная, что его будут ругать за опоз-
дание. Девочка, устраивающая истерики на уроках
(например, повторяя: «Хочу печенья»), раньше созда-
вала трудности учителю, часто срывала уроки. После
занятий сказкотерапией истерики не прекратились
полностью, но появилась возможность быстро успо-
каивать ребенка, что тоже является хорошим резуль-
татом, потому что раньше такой возможности не было.
Чаще стал спокойно, без драк, общаться со сверстни-
ками мальчик, у которого ранее это получалось очень
редко.

Итак, в результате проведения пробных сеансов
сказкотерапии многие выделенные неэффективные
формы поведения детей были заменены на конструк-
тивные, что помогло создать психологически более
комфортные условия для учителя и учеников в классе.

Эмпирическое исследование позволило выработать
рекомендации для проведения сказкотерапии во вспо-
могательной школе.

1. В работе с детьми, имеющими интеллектуальные
нарушения, необходимо строить метафору таким
образом, чтобы ребенок видел проблему в непра-
вильном поведении, а не в реакции окружающих
на такое поведение.
2. Целесообразно обсуждать с ребенком пережива-
ния героя, все изменения его внутреннего состоя-
ния, т. к. самостоятельно ребенок может сделать
неправильные выводы о чувствах героя.
3. Внимание ребенка нужно акцентировать на при-
чинно-следственных связях в сюжете, подчерки-
вать зависимость одних событий от других.

4. При включении ребенка в процесс создания сказочной истории следует предлагать ему различные варианты выхода героя из кризисной ситуации, прорабатывая каждый из этих вариантов, т. к. ребенок самостоятельно не видит ни одного из возможных решений.

5. Внимание ребенка желательно поддерживать с помощью рисунков или игрушек.

Метод сказкотерапии позволил мобилизовать сохраненные ресурсы психики детей, эффективно воздействовать на формирование конструктивных форм их поведения.

Таким образом, для работы с умственно отсталыми школьниками была использована методика сказкотерапии, разработанная для нормальных детей, но с некоторыми поправками, которые позволили сделать занятия сказкотерапии с детьми данной категории более успешными.

Литература

1. *Афанасьева Е.В.* Включение методов сказкотерапии в современный урок и воспитательный процесс // Материалы семинара «Начальная школа на пороге нового тысячелетия». СПб., 2000.
2. Большая советская энциклопедия. Т. 39 и Т. 45. М.: БСЭ, 1956. С. 283, 198.
3. *Бретт Д.* Жила-была девочка, похожая на тебя. М.: Класс, 1996. 224 с.
4. *Бочарова И.* Сказкотерапия. Ее смысл и возможности // Дошкольное образование: Первое сентября, 2002. № 13. С. 5.
5. *Вачков И.В.* Психология для малышей, или Сказка о самой «душевной» науке. М.: Педагогика, 1996. 216 с.
6. *Вачков И.В.* Сказочный потенциал. Метод в теории и на практике // Школьный психолог. 2000. № 39. С. 3.
7. *Вилгсуорт М.А.* Вилли и его друзья. Воронеж: НПО «Модек», 1995.
8. *Гаврилова И.А.* Волшебное кружево сказки. Терапевтическая метафора в работе с детьми // Вестник НЛП. 1999. № 8. С. 4.
9. *Гаврилова И.А.* Терапевтическая сказка «Капелька». СПб., 1999. 12 с.
10. *Гордон Д.* Терапевтические метафоры. М.: Класс, 2001. 25 с.

11. *Защиринская О.В.* Сказка в гостях у психологии. Психологические техники: сказкотерапия. СПб.: ДНК, 2001. 152 с.
12. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Основы сказкотерапии. СПб.: Речь, 1999. 176 с.
13. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Практикум по сказкотерапии. СПб.: Речь, 2001. 310 с.
14. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии. СПб.: Речь, 1998. 115 с.
15. *Зинченко В.П., Мещеряков Б.Г.* Психологический словарь. М., 1997.
16. *Зоричев Д.И.* Дефектологический словарь. М.: Просвещение, 1999.
17. *Малахова А.* Путешествие в сказку, где живет радость и грусть // Психология и здоровье ребенка, 18 октября 2001 г. С. 4.
18. *Миллс Д., Кроули Р.* Терапевтические метафоры для детей и «внутреннего ребенка». М.: Класс, 1996. 18 с.
19. *Обухова Л.Ф.* Детская психология: теории, факты, проблемы. М.: Тривола, 1996. С. 248 – 249.
20. *Осипова А.А.* Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. М.: Сфера, 2001. С. 485 – 503.
21. *Петрова Е.И.* Волшебные русские сказки и гештальт-подход (опыт экспериментального исследования) // Материалы семинаров Е.И. Петровой «Фольклор и народная традиция в современной психокоррекционной работе». СПб., 2001.
22. *Пропл В.Я.* Исторические корни волшебной сказки. М.: Лабиринт, 1998. С. 36 – 45.
23. *Рубинштейн С.Я.* Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1999. С. 94 – 146.
24. *Соколов Д.* Сказки и сказкотерапия. М.: ЭКМО-ПРЕСС, 2001. 304 с.
25. *Фесюкова Л.Б.* Воспитание сказкой. СПб.: АСТ, 1996. 464 с.
26. *Франц М.-А.* Психология сказки. Толкование волшебных сказок. Психологический смысл мотива искупления в волшебной сказке. СПб.: Б.С.К., 1998.
27. *Юнг К.* Феноменология духа в сказке. Киев: Гос. б-ка для юношества, 1996. С. 136.

Вопросы и задания

1. Что такое психокоррекция? Опишите алгоритм создания психокоррекционной сказки.
2. Какие особенности сказки позволяют использовать ее в психокоррекционных целях?

3. Каковы возможности сказкотерапии как средства психокоррекции детей с интеллектуальными нарушениями?
4. Как влияет сказкотерапия на:
 - а) развитие личности;
 - б) поведение;
 - в) мышление умственно отсталых детей?
5. Всем ли умственно отсталым детям подходит метод сказкотерапии?

Темы для докладов и рефератов

1. Психокоррекционные возможности сказкотерапии.
2. Результативность сказкотерапии по отношению к школьникам с интеллектуальными нарушениями.

Раздел 12

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В СЕМЬЕ И ШКОЛЕ

12.1. Половое воспитание и просвещение: теоретический анализ проблемы

Во второй половине XX в. во многих странах произошла так называемая «сексуальная революция», в результате которой общество столкнулось с ростом таких явлений, как раннее начало половой жизни; аборт или рождение внебрачных детей с нередким отказом юной матери от ребенка; заболевания, передаваемые половым путем; дестабилизация института семьи; преступления на сексуальной почве. Эти и другие негативные явления оказались обусловлены, главным образом, не столько изменением возраста биологической зрелости, недоработками системы здравоохранения либо экологическим неблагополучием, сколько изменившимся характером воздействия на подрастающее поколение ряда важнейших институтов социализации, особенно таких, как семья, средства массовой информации, современная литература и искусство [41]. В результате подростки в сфере межполовых отношений знают многое из того, что положено знать лишь взрослым, и не знают того, что следовало бы знать им самим.

Поэтому в современный период чрезвычайно актуальным стал вопрос полового воспитания в качестве одного из основных путей решения комплекса соци-

альных, медико-биологических и нравственно-психологических проблем.

В настоящее время многие авторы (С.В. Ковалев, Д.В. Колесов, И.С. Кон и др.) оценивают значение полового воспитания наравне с интеллектуальным, нравственным, физическим, эстетическим. В своих работах они подчеркивают особую роль школы в решении задач полового воспитания. Другие считают, что половое воспитание необходимо запретить, т. к. оно стимулирует ранние половые связи, способствует безнравственному и девиантному поведению. Этого мнения придерживаются В.В. Абраменкова, К.А. Имелинский, Т.А. Шишова.

Все это вызывает недоумение: как одни ученые могут говорить лишь о положительном влиянии полового воспитания на подрастающее поколение, другие категорично утверждают, что оно приносит лишь вред. До сих пор в этом вопросе нет единой точки зрения, проблему усугубляет и отсутствие качественной литературы по половому воспитанию школьников.

По данным Всемирной организации здравоохранения, сегодня в развитых странах из 10 000 детей 250 — инвалиды. При этом половое воспитание детей, имеющих отклонения в развитии, фактически остается вне поля зрения ученых, педагогов и родителей, в то время как дети данной категории больше других нуждаются в понимании и помощи в усвоении социальных норм.

Половое воспитание необходимо для организации воспитательной работы с целью формирования целостной личности, способной осознать социальные и нравственные нормы, свои психологические и физиологические особенности, благодаря чему появляется возможность установления оптимальных отношений с людьми своего и противоположного пола [9].

Основополагающей в системе полового воспитания является категория пола. «Пол» — понятие многогранное, которое рассматривается в науке с разных точек зрения: биологической, медицинской, психологической, педагогической, социальной. С биологической точки зрения «пол» — это совокупность морфологических и физиологических особенностей организма, обеспечивающих половое размножение, сущность которого сводится, в конечном счете, к оплодотворению [27].

В медицине «пол» — принадлежность организмов или специальных клеток к одной из двух групп, отличающихся между собой тем, что половой процесс происходит между представителями разных групп, но не внутри данной группы [4].

«Психологический пол» — совокупность определенной сексуальной идентичности, т. е. чувство и осознание своей половой принадлежности и связанные с нею психосексуальные и социосексуальные ориентации [13].

«Пол» с педагогической точки зрения — биосоциальное свойство человека. Биологическое свойство, потому что обусловлено генами, а социальное — т. к. его проявления в поведении и действиях человека являются результатами формирования пола в соответствии с воспитанием и влиянием окружающей обстановки [4].

Мнение биологов, медиков, психологов и педагогов сводится к тому, что пол бисексуален, т. е. каждый пол потенциально заключает в себе возможность развития другого пола. Реализация пола зависит от среды и от генных факторов, поэтому задача педагогов состоит в необходимости учета половых различий при воспитании детей, тем самым они способствуют формированию правильной половой роли и поведения подростков.

Именно половое воспитание должно помочь развивающейся личности освоить роль мальчика или девочки, юноши или девушки, а в дальнейшем — роли не только мужчины или женщины, но и мужа или жены, отца или матери в соответствии с общественно-моральными принципами и гигиеническими требованиями.

Понятие «половое воспитание» многие авторы трактуют по-разному. Так, например, А.Г. Хрипкова и Д.В. Колесов определяют половое воспитание как процесс, направленный на выработку качеств и черт личности, а также убеждений, необходимых для того, чтобы строить отношения с другим полом в соответствии с требованиями нравственности [11].

А.П. Бочкарева трактует половое воспитание как формирование уважения, дружбы между мальчиками и девочками, привитие им соответствующих норм и представлений, воспитание доброжелательных и положительных взаимоотношений, дифференцированный подход с учетом специфики пола во всех видах деятельности, в организации жизни [16].

В медицинском аспекте «половое воспитание» — целенаправленное и систематическое воздействие на развивающийся организм человека, начиная с внутриутробного периода и кончая формированием физически и психически здоровой, гармонично развитой личности [14].

Под половым воспитанием в педагогическом смысле следует подразумевать пропаганду обучения определенного нравственно-полового мировоззрения, правил человеческого общения, привычек, вкусов, черт характера во взаимоотношениях между мужчиной и женщиной [30].

Несмотря на разные формулировки этого понятия, большинством исследователей подчеркивается нравственная основа полового воспитания, именно она должна определять его содержание.

Кроме этого, необходимо различать понятия «половое воспитание» и «половое просвещение» (сексуальное). В некоторых языках понятие «пол» и «секс» обозначают одно и то же. В русском языке содержание их разное. Пол — половая принадлежность и связанные с нею особенности организма и психики. Секс — межполовые, интимные отношения, половая жизнь.

Трудность разграничения воспитания и просвещения заключаются в том, что и первое, и второе базируются на информации, получаемой учащимися в ходе общения с учителями, родителями, с друзьями и знакомыми своего возраста или более старшими; из знакомства со специальной научно-популярной литературой; из средств массовой информации. Если информация остается на уровне известного, можно говорить только о просвещении. Если же она способствует формированию взглядов, убеждений, ценностных ориентаций и устойчиво сказывается на поведении, это уже воспитание [25].

Эффективное социальное воспитание возможно лишь тогда, когда создана воспитательная система. Как система, половое воспитание представляет собой совокупность медико-психологических, гражданских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодежи правильного отношения к вопросам пола [25].

Целью полового воспитания в современной школе является формирование у подростков на основе зна-

ний об анатомии и физиологии генеративной системы человека и ее функциях правильного понимания сущности нравственных норм и установок в области взаимоотношений полов [27].

Для достижения необходимого социального эффекта в процессе полового воспитания нужно решить ряд педагогических задач, к числу которых относится воспитание:

- социальной ответственности во взаимоотношениях между людьми женского и мужского пола;
- стремление иметь дружную, прочную семью, отвечающую современным требованиям общества: равноправия отца и матери в семье, рождения нескольких детей, сознательного и ответственного отношения к их воспитанию как к своему долгу перед обществом;
- способности понимания других людей и чувства уважения к ним не только как к людям вообще, но так же как к представителям мужского или женского пола, способности учитывать и уважать их специфические половые особенности в процессе совместной деятельности;
- способности и стремления оценивать свои поступки по отношению к другим людям с учетом половой принадлежности;
- ответственного отношения к своему здоровью и здоровью других людей, убеждения во вреде и опасности ранних половых связей, в недопустимости безответственности и легкомыслия в отношениях с лицами другого пола;
- адекватного понимания взрослости: ее содержания, истинных признаков, проявлений и качеств [11].

12.2. Содержание и методы полового воспитания умственно отсталых учащихся в семье и школе

Воспитание детей может быть успешным лишь тогда, когда разработанные определенные принципы приняты, освоены и умело применяются воспитателями. Целый ряд препятствий в личности самого ребенка, семье, школе и влиянии средовых условий может

мешать правильному и эффективному половому воспитанию.

К числу неблагоприятных для проведения полового воспитания условий, связанных с самим ребенком, относятся: патологическое усиление инстинктивных влечений, соматические заболевания, нервно-психические расстройства, неправильное формирование личности [8].

Трудности возникают и при проведении полового воспитания людей с умственными нарушениями. Многие считают, что поскольку сознание умственно отсталого ребенка в какой-то степени развито только до детского уровня, то во всех отношениях к нему нужно относиться как к ребенку, его необходимо «защищать» от всего, что касается вопросов пола [42].

Эта точка зрения, по нашему мнению, является ошибочной, т. к. пол является фундаментальной характеристикой любого человека, независимо от уровня его развития. По мере взросления человека, в том числе и умственно отсталого, его гормоны заявляют о себе, вызывая разнообразные физиологические изменения. Ребенку с ограниченными возможностями необходимо объяснить, что эти изменения естественны, помочь понять суть появляющихся у него сексуальных чувств. Ряд авторов (Edgerlin, Kringer, Fischer) считают, что половое воспитание обязательно для детей с легкой и умеренной степенью умственной отсталости. Умственно отсталому ребенку следует сказать все, что и нормально развивающемуся, хотя и на 6 лет позднее и проще, с повторениями и без отвлеченных рассуждений. Желательно привлекать как можно раньше внимание ребенка к различию полов. Необходима система гигиенических знаний и умений [42].

Половое воспитание умственно отсталых подростков проводится во многих странах. Интересен опыт организации в Чехии занятий по половому воспитанию людей с умственными нарушениями. Они начинаются с началом формирования полового самосознания и стереотипа полоролевого поведения, в возрасте 8–10 лет. Занятия проводятся небольшими группами, по 20 минут. Начало любого обучения предполагает выяснение того, что дети уже умеют и знают.

Задача полового воспитания — помочь ребенку идентифицироваться, узнать свой пол, его внешние отличия. Занятия отличает конкретика, использование простых, доступных для понимания примеров. На этом этапе изучают:

- 1) рисунок фигуры;
- 2) лепка фигуры из пластилина, теста;
- 3) особенности одежды, прически, свойственные лицам разного пола;
- 4) половые органы;
- 5) гигиенические навыки [42].

Среди относительно распространенной категории детей с умственной отсталостью сексуальные проблемы возникают почти исключительно у имеющих легкую степень (дебильность) и, реже, умеренную (имбецильность) [8]. Большинство из них с тем или иным запаздыванием, с той или иной мерой недоосмысления переживает те же, связанные с полом проблемы, что и здоровые дети. Они меньше стесняются своих половых проявлений и менее искусны в сокрытии их [8].

Зарубежные исследователи психосексуального развития умственно отсталых людей указывают на то, что этот процесс в целом аналогичен таковому у психически здоровых, хотя и не совпадает с ним хронологически. Было обнаружено, что у умственно отсталых детей задерживается не только физическое половое созревание, но и освоение соответствующей половой роли. У большинства умственно отсталых девочек появление половых признаков начинается не в 9—11 лет, а в 10—13 лет; у мальчиков в 12—14 лет [5].

Многие авторы отмечают, что отставание, ускорение и асинхрония полового созревания создают внутриспсихические поля напряжения, усиливают пубертатные трудности, вызывают психосексуальные аномалии и мешают социальному приспособлению. Умственно отсталые подростки, достигая половой зрелости, часто оказываются в положении, характеризующемся необходимостью почти полностью подавлять половое влечение, становятся повышено возбудимыми, т. к. не могут найти выхода своим чувствам. Они стремятся к теплу и любви, и это стремление во многих случаях воплощается в форму сексуальных действий. Таким образом, умственно отсталые под-

ростки являются наиболее уязвимой частью молодежи в отношении секса и его патологии [42]. Поэтому необходимость в правильно организованном половом воспитании подростков с умственными нарушениями существует.

Целенаправленное наблюдение за деятельностью учащихся 10 – 15 лет специальной коррекционной школы-интерната VIII вида № 12 г. Владимира показало, что у детей и подростков этой категории сексуальные проявления встречаются при психопатоподобных изменениях личности, нарушении поведения, когда их поведение носит девиантный характер. В связи, по-видимому, с высокой внушаемостью, были отмечены гомосексуальные эпизоды, оральные контакты, сексуальные игры, эксгибиционизм, т. е. получение сексуального удовольствия в момент демонстрации другим своих гениталий.

Было выявлено, что значительную роль в происхождении ранних и чрезмерных сексуальных проявлений играют отрицательные условия семейного воспитания.

На базе специальных коррекционных школ-интернатов VIII вида № 12 и № 27 г. Владимира проводилось анкетирование учителей и воспитателей. Кроме того, исследованием были охвачены некоторые преподаватели, работающие во Владимирском государственном педагогическом университете на факультете коррекционной педагогики и специальной психологии.

Анкеты включают в себя 7 вопросов, необходимых для выяснения:

- 1) цели полового воспитания;
- 2) модели, которой нужно придерживаться в процессе полового воспитания;
- 3) источника получения информации о вопросах пола;
- 4) возраста, когда надо начинать половое воспитание;
- 5) роли педагогов в организации полового воспитания;
- 6) что следует учитывать при дифференцировании полового воспитания;
- 7) содержания программ полового воспитания подростков с умственными нарушениями.

Целью полового воспитания большинство педагогов и воспитателей (80,3%) считают формирование у

подростков правильного понимания сущности нравственных норм и установок в области взаимоотношений полов; некоторые (6,7%) видят цель полового воспитания в подготовке к будущим супружеским отношениям; 5,5% опрошенных объединяют эти две формулировки; 2% считают, что целью полового воспитания является максимальная подготовка подростков к «взрослой половой жизни»; 5,5% склоняются к мнению, что половое воспитание лишь стимулирует раннее начало половой жизни.

При ответе на вопрос, какой модели нужно придерживаться в процессе полового воспитания (в анкетах была дана их краткая характеристика), получены следующие результаты: 82% исследуемых наиболее совершенной признали модель «золотой середины», которая не запрещает давать информацию по вопросам пола и не призывает к воздержанию как единственно надежному способу предотвращения нежелательных последствий половой жизни (рестриктивная модель), а предполагает, что воспитатель знает, какой именно объем и содержание информации оптимальны для того или иного возраста; 12% воспитателей и педагогов отдают предпочтение рестриктивной модели; 3% — перmissive (разрешительно-либеральной).

Мнение педагогов и воспитателей при ответе на вопрос, кто должен давать информацию по данной теме, разделилось. Так, 18% опрошенных считают, что эти сведения ребенок должен получать в семье; 6,5% — в школе: от учителей, психолога или социального педагога; 5,5% — медицинского персонала. Большинство же педагогов (70%) отмечают, что при половом воспитании необходимо сотрудничество всех институтов социализации ребенка, из них: 23% предполагают объединить усилия школы, родителей и врачей; 13% — школы и семьи; 12% — семьи и медицинского персонала; 10% — школы и врачей; 10% педагогов и воспитателей считают, что информация должна быть комплексной и поступать от родителей, от учителей, медицинских работников и из средств массовой информации (газет, журналов, телевидения, книг...).

Половое воспитание ребенка осуществляется конкретными людьми, с которыми он общается и которые являются проводниками в данной области. В этом ка-

честве выступают не только родители и педагоги, но и сверстники, работники средств массовой информации — словом, все те, чьи поведение и взгляды, связанные с полом, могут оказаться в сфере внимания ребенка [27].

Немалую роль в половом воспитании играют организованные и стихийно складывающиеся группы детей. Предоставленные сами себе и не связанные влиянием авторитета взрослых, такие детские компании обсуждают многие вопросы, в том числе и те, которые связаны с отношениями между полами. Обнаружив в своей среде более осведомленных, готовых поучать и демонстрировать, дети легко воспринимают малодостоверную, поверхностную и искаженную информацию, подражают любым непристойностям [9].

Особенно это касается детей с умственными нарушениями, т. к. они — внушаемые, неустойчивые, недостаточно сознательные, легко поддаются дурному влиянию и подражают отрицательному примеру. Причем подростки с умственными недостатками все эти влияния воспринимают без критики, и даже плохие поступки часто оценивают как положительные [15].

В этом отношении необходимо отметить отрицательное значение средств массовой коммуникации как одного из основных источников получения знаний, касающихся пола. В результате недостаточно устойчивых нравственных позиций у подростков с умственными недостатками нередко возникает желание прямого копирования создаваемых художественными средствами образов нежелательного поведения. Часто людям с умственным недоразвитием трудно адекватно понять и воспринять получаемые сведения. Кроме того, на подростков могут оказать неблагоприятное действие фильмы и произведения, для полного понимания которых они еще не созрели. Концентрация внимания на отрицательном поведении, двусмысленность некоторых сюжетов, их незавершенность или натуралистическая обнаженность человеческих отношений приводят к неправильному пониманию поведения героев, социальной значимости тех или иных поступков и использованию их в качестве примеров для подражания [8]. Поэтому задача воспитателей и родителей состоит не только в выборе произве-

дений, но, прежде всего, в заботе о том, чтобы подростки сумели правильно разобраться в них и дать нравственную оценку изображаемому [25].

Итак, каналы поступления информации по вопросам пола и сексуальности очень разнообразны — от высокой степени позитивных (родители, школа, медицинский персонал) до крайне негативных (сверстники, средства массовой информации, современная литература и искусство). Хотя это деление условно, и в некоторых случаях одни источники получения знаний и умений переходят в другие. Поэтому следует контролировать все то, что ребенок читает, смотрит и слушает.

Анализируя ответы педагогов и врачей на проблему возраста, с которого необходимо начинать половое воспитание, были получены следующие данные: 24% опрошенных признают, что самым оптимальным для начала полового воспитания является возраст 7–8 лет; 17,5% считают — с 10 лет; 26% — лишь с 12–14 лет; 10,5% — с рождения; 20% исследуемых не смогли определить точный возраст начала полового воспитания, аргументируя свои ответы несколькими причинами: в зависимости от индивидуального развития, личностных особенностей, уровня отсталости. Были и те, которые полагают, что нет необходимости в половом воспитании подростков с умственным недоразвитием (2%).

При дифференцировании полового воспитания следует учитывать, по мнению большинства педагогов и воспитателей (30%), личностные особенности подростков с умственными нарушениями; 24% предлагают обратить внимание в этом вопросе на уровень «биологической зрелости»; 12% — на особенности взаимоотношений в семье; 10% — на уровень общего развития. Остальные же (24%) отмечали, что при организации полового воспитания и его разграничении важны все эти факторы (10%) либо несколько из них (14%).

Выясняя роль школы в половом воспитании и желание педагогов, воспитателей и медицинских работников вести данный курс в своей школе, были получены противоречивые данные. Так, при беседах мы выяснили, что большинство из них разными средствами проводит половое воспитание на своих занятиях, правда, делая акцент на психологической составляю-

щей. При разработке анкет мы включили этот вопрос в их содержание. Но лишь 15,5% опрошенных выразили готовность к выполнению такой работы. Большинство же считают, что эти сведения ребенок должен получать в семье либо от психолога и медицинского персонала.

Последний вопрос анкеты был необходим для выявления характера информации, которая должна входить в содержание программ полового воспитания подростков с умственными недостатками.

Раздел сексуального образования вызывает наибольшее количество споров и дискуссий. Противники его введения в школьное обучение (32%) обосновывают свою позицию невозможностью соответствующего понимания этих вопросов детьми. Эта точка зрения, по нашему мнению, является ошибочной. По мере приближения к половой зрелости возрастает сексуальная активность подростков с умственными нарушениями. С возрастом они становятся любознательнее и проявляют больше интереса к сексуальности: они спрашивают о менструациях, половом акте, половой гигиене [8].

Умственно отсталые подростки при плохом половом воспитании не знают, как вести себя при сексуальных домогательствах, к чему может привести половой акт, как защитить себя от болезней, передаваемых половым путем. Поэтому 64% педагогов и воспитателей считают, что вопросы сексуального образования должны быть обязательно включены в программы по половому воспитанию. Здесь можно рассмотреть такие темы: половой акт; средства предохранения от нежелательной беременности, венерических болезней; сексуальные извращения; меры защиты от домогательства; гигиена тела. Большинство воспитателей предлагают не останавливаться на информации о половом акте и сексуальных извращениях; некоторые отмечают, что подросткам с умственными недостатками не нужно освещать вопрос о средствах предохранения от нежелательной беременности и венерических болезней.

Таким образом, на основе полученных данных в ходе социолого-педагогического исследования было установлено, что проблема полового воспитания умственно отсталых подростков должна решаться в интерна-

тах, специальных школах, в семье. Начинать его нужно в возрасте 8 — 10 лет, в зависимости от уровня интеллектуального развития, в доступной, конкретной форме с многократными повторениями, вариантами с использованием иллюстративного материала и разных видов прикладной деятельности (рисование, лепка, аппликация). Для более успешного усвоения должны учитываться индивидуальные особенности развития личности, уровень «биологической» зрелости. Информация должна быть комплексной и даваться в системе. Источником информации должны стать родители, учителя, психолог, социальный педагог и медицинский персонал. Только учитывая все эти особенности работы по половому воспитанию, можно говорить о создании условий для успешной поло-ролевой адаптации подростков с умственными нарушениями [11].

Для детей с ограниченными возможностями семейное воспитание имеет еще большее значение, чем для нормально развивающихся детей, т. к. именно от родителей и других близких ребенку людей зависит то, насколько успешно будет проходить его коррекция и адаптация. В этом случае необходимость полового воспитания как одного из принципов социальной адаптации и интеграции инвалида в жизнь общества очевидна. Если раньше многие родители забывали об этом, то в настоящее время половое воспитание стало предметом особого внимания семьи, поскольку теперь уже никто не считает, что столь естественной и фундаментальной функцией, как половая, можно управлять, держа детей в темноте и неведении [36].

В современном обществе семейный разговор на сексуальные темы стал культурно и психологически более приемлемым, чем раньше. Исследователями были выявлены четыре основных типа отношения родителей к вопросам пола (авторы исходили из того, что взгляды обоих родителей на эту проблему совпадают, хотя это случается не всегда) [16]:

1. Репрессивный тип отношения охватывает случаи, когда родители строго внушают детям, что секс — это зло и непристойность. Обычно в такой семье запрещено произносить неприличные слова, двусмысленные шутки, ходить по дому в нижнем белье. Половое

воспитание сводится к нескольким фразам: «это неприлично», «это опасно» и «подожди, пока выйдешь замуж».

2. При избегающем типе, родители проявляют более разумное и терпимое отношение к сексуальности. Они рассматривают это явление скорее как полезное, нежели вредное; однако совершенно теряются, когда речь заходит о конкретных половых вопросах. Такие родители избегают прямого обсуждения этой темы со своими детьми или превращают такое обсуждение в нудную лекцию. Сами того не подозревая, они чересчур акцентируют внимание на вопросах человечности и любви, никак не связывая их с сексуальностью или дают ложные ответы. Однако все это очень скоро становится понятным ребенку — как в результате его собственных жизненных наблюдений и анализа, так и в результате разъяснений товарищей. Получая неверные ответы, ребенок перестает доверять родителям и за информацией обращается к другим источникам [11].

3. При навязчивом типе отношения к сексуальности, родители смотрят на секс как на полезное и здоровое явление, но переходят грань и ставят секс в центр всей семейной жизни. Они слишком либеральны во всем, что касается сексуальной активности и иногда столь явно выставляют напоказ свою половую жизнь, чем приводят в недоумение и замешательство собственных детей. Чрезмерное внимание к половым вопросам может раздражать детей или вызывать у них чувство подавленности.

4. Родители, чье отношение к половому воспитанию можно охарактеризовать как экспрессивное, рассматривают секс как нечто естественное, при необходимости открыто обсуждают эту тему, но устанавливают разумные рамки для проявления сексуальной активности детей (точно так же, как и всех других форм поведения). Они пытаются внушить детям, что сексуальность — положительное и здоровое явление, не заслуживающее, однако, того, чтобы сосредоточивать на нем все свои помыслы [36, 37, 38].

Результаты нашего исследования показали, что лишь немногие родители способны правильно организовать половое воспитание детей. Это обычно связано с не-

способностью или неподготовленностью родителей к этому типу заботы о ребенке.

Было изучено более 50-ти семей, имеющих детей в возрасте от 10 до 15 лет с легкой степенью и молодых людей в возрасте от 15 до 21 года с умеренной степенью умственной отсталости. Исследование родителей проводилось в нескольких направлениях. Так, вначале анализировалась литература, посвященная изучению проблемы полового воспитания детей с ограниченными возможностями. Многие авторы (Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, И.С. Кон и др.) придерживаются мнения, что половое воспитание таких детей (с психическими, умственными нарушениями) лучше всего начинать в семье. Проблемному ребенку следует сказать все то, что и нормальному, но позже — в соответствии со степенью отставания (обычно на 4—5 лет позже), более постепенно, без отвлеченных рассуждений, используя все возможности для того, чтобы вернуться к затронутым вопросам несколько раз. Желательно обратить внимание ребенка на различия полов и правильно объяснить их. Позже девочкам говорят о менструациях, дают гигиенические инструкции и в ходе освещения более широких вопросов пола предупреждают об опасности обнажения и половых контактов, создавая соответствующую возрасту и уровню психического развития установку [8].

Одновременно с этой работой проводились беседы с воспитателями о положении ребенка-инвалида в семье, поведении подростков с умственными нарушениями во внеурочное время со сверстниками и взрослыми в школе. Судя по нашим наблюдениям, у детей и подростков этой категории сексуальные проявления встречаются чаще при психопатоподобных изменениях личности и нарушениях поведения. Сексуальность преимущественно элементарна, практически не отмечено грубых форм садистического поведения.

Однако в процессе исследования был выявлен случай, когда два учащихся в присутствии других школьников получали сексуальное удовольствие в момент демонстрации и оральных ласк гениталий друг друга. Причем эти ученики являлись кровными родственниками.

Нередкими были случаи, когда подростки высказывали свои сексуальные желания. Из сексуальных

проявлений наиболее часто встречается онанизм, причиной которого может быть невозможность удовлетворения сексуальных желаний другим способом, недостаток внимания или невротическая реакция (например, на одиночество). Отмечается интерес к противоположному полу, выражающийся в совместных прогулках, играх; выявлены попытки установления телесного контакта.

Значительную роль в происхождении ранних и чрезмерных сексуальных проявлений играют отрицательные условия семейного воспитания, а именно: отсутствие одного из родителей; плохие социально-бытовые условия жизни; алкоголизация родителей; непостоянство партнеров в сексуальной жизни взрослых. Кроме этого, родители сами в ряде случаев побуждают ребенка к сексуальной активности, когда обнажаются или показывают свою интимную жизнь.

Следующим направлением нашего исследования было создание специальных анкет, которые включали в себя шесть вопросов, необходимых для выяснения:

- 1) цели полового воспитания;
- 2) модели, которой нужно придерживаться в процессе полового воспитания;
- 3) источника получения информации о вопросах пола;
- 4) роли семьи в половом воспитании;
- 5) возраста, когда надо начинать половое воспитание;
- 6) отношения родителей к программам полового воспитания, реализуемых в школе.

Так, целью полового воспитания большинство родителей считают формирование у подростков правильного понимания сущности нравственных норм и установок в области взаимоотношений полов (60%). Часть родителей склоняются к мнению, что целью полового воспитания является подготовка к будущим супружеским отношениям (30%). Остальные же видят цель полового воспитания в максимальной подготовке подростка к «взрослой половой жизни».

Не было единого мнения и о моделях полового воспитания, которых нужно придерживаться, давая эту информацию. 50% родителей считают наиболее приемлемой модель «золотой середины», 30% настаивают, что при половом воспитании необходима перmissive модель и лишь 20% склоняются к рестриктивной.

Интересны ответы родителей на вопрос об источниках информации, касающихся пола. Они часто утверждают, что большую часть этой информации их дети получают от сверстников и старших друзей, причем хотели бы исключить или хотя бы ограничить этот источник знаний, который пронизан цинизмом. К основным источникам родители также относят средства массовой информации (газеты, журналы, телевидение, книги). Эти сведения были получены в процессе бесед с родителями. При составлении анкет мы сформулировали вопрос иначе, а именно, откуда подросток должен получать информацию о вопросах полового воспитания. Часть родителей ответили, что данную информацию их дети должны получать только в семье (40%), но, по нашим наблюдениям, они сами не проявляют особой активности в этой области. Некоторые родители, наоборот, исключали возможность получения знаний, касающихся пола, в семье, ставя на первое место школу (учителей, психолога и социального педагога). Большинство же родителей считают, что основным источником информации должны стать и семья, и школа, т. к. только сотрудничество школы с родителями может действительно помочь ребенку стать самостоятельным в жизни, реализовать себя, насколько это возможно, и не запутаться в противоречивой информации.

Анализируя ответы родителей на вопрос об их участии в процессе полового воспитания, мы получили следующие данные: 60% считают, что их участие является обязательным. Они мотивируют свою точку зрения тем, что это прямая обязанность родителей (28%), потому что родители знают своих детей лучше (8%), что семья — основная среда воспитания (24%). 30% родителей отметили, что их участие в половом воспитании не обязательно. Это мнение обосновывается тем, что они некомпетентны в таких вопросах: отсутствует педагогическая подготовка (15%), низкий уровень сексологической информированности (10%); кроме этого, родителям зачастую не хватает времени на обсуждение данной темы (5%).

Некоторые родители считают, что их участие в половом воспитании является лишним (10%). Они ар-

гументируют свой ответ тем, что ребенок получит эту информацию сам, когда придет время (4%), что на это есть школа, средства массовой информации, сверстники (4%), что разговоры на эти темы считаются неприличными (2%).

Исследование взглядов родителей на место и роль полового воспитания собственных детей показало, что они очень дифференцированы и колеблются от высокой степени позитивных до крайне негативных. Это зависит, по нашему мнению, от ряда причин: пола, возраста, образования и даже от национальности обследуемых родителей.

Существенные различия выявились во взглядах родителей на проблему возраста, с которого необходимо начинать половое воспитание детей. Самым благоприятным для полового воспитания большинство родителей считают возраст 10 лет (45%). Значительная часть родителей склонны одобрить половое воспитание лишь с 12 – 14 лет (40%), но есть и такие, которые отвечали, что начинать половое воспитание можно с 7 – 8 лет.

Родители одобряют роль школы в половом воспитании их детей, обосновывая свое мнение обязательностью обеспечения ученикам объективных научных знаний в этой области, профессиональностью педагогического персонала, его авторитетом. Так, при ответе на вопрос, есть ли необходимость введения в школы VIII вида программы полового воспитания в настоящее время, практически все родители считают, что да, т. к. эта программа должна быть неотъемлемой частью учебно-воспитательного процесса (34%), и она является необходимым и полезным элементом в воспитании (56%).

Противники введения полового воспитания детей в педагогический процесс обосновывают свою позицию невозможностью соответствующего понимания этих вопросов детьми.

Таким образом, в ходе социолого-педагогического исследования родителей подростков с легкой и умеренной степенью умственной отсталости было выявлено, что:

1. Половое воспитание никак не стимулирует раннее начало половой жизни, как утверждают в после-

днее время многие авторы (В.В. Абраменкова, Р. Гальцева, И.Я. Медведева, Т.А. Шишова и др.). Наоборот, половое воспитание полезно и эффективно: а) подростки, прошедшие этот курс, больше знают о сексуальности, их знания более достоверны; б) это не снимает проблем и трудностей психосексуального развития, но облегчает разрешение возникающих при этом конфликтов; в) знания облегчают понимание и терпимость к чужим взглядам и поведению; г) если курс включает сведения о контрацепции и преподается достаточно рано, он резко уменьшает количество подростковых беременностей и аборт.

2. Происхождение ранних и чрезмерных сексуальных проявлений у подростков с умственными нарушениями в большинстве случаев связано с отрицательными условиями семейного воспитания. К ним относятся:

- Отсутствие одного из родителей или явное подавление личности одного человека другим. В гармоничной семье, где удовлетворяются ожидания родителей, где господствуют отношения партнерства и взаимного уважения мужского и женского престижа, развитие личности детей, в том числе мужественности и женственности происходит наиболее успешно [8]. Коренным образом меняется ситуация при подавлении, угнетении одного из родителей другим. Часто это нарушает сексуальное развитие ребенка, формирование полоролевого поведения (мальчикам становятся свойственны черты феминности, девочкам — маскулинности). Так, некоторые авторы возникновение ряда сексуальных перверзий (гомосексуализм и лесбиянство) связывают с дефектами воспитания, а именно с внушением родителями настороженности и негативизма по отношению к лицам противоположного пола [11]. При отсутствии одного из родителей, чаще всего отца, мальчики либо усваивают «женский» тип поведения, либо создают искаженное представление о мужском поведении. Воспитанные без отцов девочки менее успешно формируют представление о мужественности. У девочек эмоциональная изоляция от матери, недостаточная материнская

любь приводят в последующем к несвойственным женщинам агрессии и черствости, отсутствию материнского инстинкта [42].

- Плохие социально-бытовые условия жизни.
- Алкоголизация родителей. Крайне неблагоприятное влияние оказывает искажение нормальных образцов поведения родителей. Дело не только в невротизации детей, но и в формировании отрицательного отношения ко всему мужскому, либо в усвоении деформированных представлений о мужественности. Так, впоследствии дети считают непререкаемыми атрибутами мужественности алкоголизацию и грубость [8].
- Сексуальная стимуляция детей взрослыми. Ненамеренное совращение можно наблюдать и в благополучных, культурных семьях, и в семьях, где брак оказался несчастлив. Родители могут открыто демонстрировать свою наготу, интимные отношения; вовлекать детей в свои сексуальные игры с согласия ребенка или насильно.
- Непостоянство партнеров в интимной жизни.
- Родители с различными психическими расстройствами и умственными нарушениями. Неправильная оценка реальности, нелепые суждения таких взрослых резко затрудняют воспитание детей. Болезненные мысли родителей, касающиеся сексуальной тематики, не позволяют правильно ориентировать ребенка и могут приводить его на грань совращения и болезни [8].
- Неправильная организация полового воспитания. Традиционное игнорирование полового воспитания в семье; акцентирование внимания на анатомо-физиологической его стороне либо, наоборот, необращение внимания на эти характеристики, лишь на нравственную и этическую стороны общения полов приводят к тому, что половое воспитание не только не помогает формированию у подростков правильного понимания сущности нравственных норм и установок в области взаимоотношений полов, но и деформирует психосексуальное развитие подростков.

Взрослые часто не отдают себе отчета в том, какую роль играют они в жизни ребенка. Ребенок, жи-

вущий в благополучной, спокойной семье, незаметно сам научится нормально воспринимать отношения полов, потому что родители подают ему добрый пример. Мальчик подражает мужественности отца, девочка — женственности матери. Кроме того, наблюдая в повседневной жизни своих родителей, дети учатся, как вести себя с людьми противоположного пола [36].

Однако сексуальность у детей формируется не только под влиянием этих элементов поведения взрослых, она зависит и от того, что говорят об этом их родители. Половое воспитание — это прежде всего нравственная подготовка ребенка к пониманию скрытой от него жизни взрослых. Неправильные взгляды на взаимоотношения полов всегда возникают, если семья и школа запаздывают с половым воспитанием, если взрослые избегают откровенного разговора на интересующие ребенка темы [26].

Половая жизнь естественна, как сама жизнь; половая потребность так же нравственна и необходима, как другие потребности. Аморальны не сами половые вопросы, а их асоциальная трактовка, их искажения, поэтому значение семьи в процессе полового воспитания подростков с умственными нарушениями как одного из основных источников получения информации об особенностях психосексуального развития, полового поведения, гигиенических навыках и вообще освоении норм морали во взаимоотношениях между полами является ведущим.

Программа полового воспитания для подростков с тяжелыми умственными нарушениями (имбецильность, идиотия).

Все дети, независимо от того, здоровы они или нет, имеют одинаковые потребности: в пище, защите и любви.

Малыш получает удовольствие и представление о самом себе, прикасаясь к различным частям своего тела, обследуя его. Дети с умственными недостатками могут уделять большее внимание физическим ощущениям из-за ограниченности своих возможностей в других областях деятельности [5].

Развитие любого человека связано с развитием его сексуальности. У каждого когда-то наступает момент

полового созревания, и молодые люди должны быть к этому подготовлены. Развитие сексуальности зависит от того, какое воспитание получает человек, от общественного опыта, сложившихся норм, и не определяется только биологией [23].

Умственно отсталому ребенку нужно помочь понять и усвоить общепринятые правила поведения. С этой целью члены семьи могут каждый раз вознаграждать его хорошее поведение и не уделять особого внимания плохому. Такой метод должен использоваться в семье задолго до полового созревания, чем раньше — тем лучше [5].

Ошибочно мнение, будто у подростков с умственными нарушениями нет потребности в интимных отношениях. Такая потребность есть, и, если она не удовлетворяется, это может привести к осложнениям, как для самих молодых людей, так и для взрослых [5].

Поэтому половое воспитание должно стать важной частью учебного процесса. В школе нужно и важно создать такую культуру отношений, такую атмосферу, когда уважаются интимные чувства детей, особенно тех, которые очень сильно зависят от взрослых, например, при переодевании, мытье.

Помимо проведения специальных уроков по половому воспитанию, учитель должен уметь использовать все возможности, предоставляемые ему школьной жизнью, и интегрировать вопросы полового воспитания в другие занятия. Но прежде чем проводить занятия с детьми, необходимо обсудить все вопросы с родителями, т. к. в противном случае могут возникнуть серьезные трудности между родителями и школой. Семья и школа должны не только занимать одинаковую позицию по данным вопросам, но и пользоваться одинаковым языком.

Интересен опыт организации полового воспитания детей с множественными умственными нарушениями в Лечебно-педагогическом центре г. Пскова, основная цель которого — реализация ребенка в процессе социальной интеграции. Программа центра основывается на опыте, приобретенном педагогами во время работы по обучению детей с тяжелыми умственными и множественными нарушениями в школе земли Северный Рейн-Вестфалия.

В этой области выделяют три основных аспекта: социальный, психологический и физиологический [23]. Так, по социальному направлению ведутся следующие занятия: 1. Знакомство с культурными, религиозными, этическими нормами общества. Поскольку речь идет о социальной интеграции учащихся, подростки учатся следовать общепринятым нормам поведения. Что-то в обществе не принято делать у всех на виду, учащиеся должны знать, что все делается в определенном месте и в определенное время. 2. Учить строить дружные, партнерские отношения. Возможность создания партнерских отношений имеет для людей с нарушениями возможно большее значение, чем для людей без них.

3. Знакомство с социальными ролями мужчины и женщины в обществе. В каждом обществе в разное время складывается свое понимание роли мужчины и женщины. Сейчас принято говорить о равноправии обоих. Хотя в доме женщина традиционно больше занимается домашним хозяйством, мужчина также должен принимать участие в этом, выполняя, например, ремонтно-строительные работы. Уход за садом, огородом может быть общей обязанностью. Впрочем, каждый человек выбирает то, что ему больше по душе, и молодые люди должны знать, что обязанности мужчины и женщины в современном обществе распределяются в зависимости от желаний и пристрастий каждого.

Кроме этого, проводятся специальные уроки, на которых учащиеся получают знания о том, как защищаться от насилия.

Второе направление работы по программе полового воспитания — психологическое. К нему относят: умение проявлять свои чувства. Подростки должны знать, как они могут показать свои чувства: стыд, нежность, симпатию, антипатию и т. д. У людей существует много способов выразить их: похлопать друга по плечу, улыбнуться, обнять, поцеловать, оказать внимание и т. п. Такие ситуации на занятиях обычно обыгрываются после просмотра фильмов о взаимоотношениях людей.

Педагоги на уроках знакомят воспитанников с психологическими особенностями полов, например, что любят женщины, что нравится мужчинам.

По нашему мнению, самым спорным аспектом в программе полового воспитания для людей с умственными недостатками является физиологический. Так, составители данной программы рекомендует знакомить подростков с различиями между юношами и девушками. Эти различия показываются при изучении частей тела и их функций. Многие части тела одинаковы у многих людей (нос, живот, руки, и т. д.), некоторые есть только у лиц мужского пола (мужские половые органы), некоторые только у женщин (женские половые органы).

Учащиеся после занятий должны иметь представление о процессе физиологического взросления. Подростки знакомятся с внешними признаками взросления: у девочек увеличивается грудь, под мышками и внизу живота растут волосы, появляются менструации; у мальчиков изменяется тембр голоса, появляются волосы не только под мышками и внизу живота, но и на лице, происходят ночные поллюции.

На занятиях изучаются и функции половых органов. Здесь используются разнополюе куклы, фотографии, рисунки обнаженного человека. Например, школьникам предлагаются изображения мужчины и женщины без признаков пола, половые органы заранее нарисованы и вырезаны отдельно. Каждый орган обозначается словом и наклеивается на фигуру человека. Функции половых органов можно показать по аналогии с функциями других частей тела: руки — умываться, здороваться, играть; глаза — смотреть; грудь — кормить маленького ребенка; член — писать, делать детей и т. д.

Авторы этой программы предлагают вводить эти уроки, на которых будут обсуждаться правила гигиены и ухода за телом; на отдельных уроках (по согласию родителей) обращается внимание на то, как молодые люди могут удовлетворить свои сексуальные потребности; сообщается информация о возможных последствиях сексуальных отношений, о венерических болезнях, средствах контрацепции. Если родители, учителя замечают, что молодой человек или девушка проявляет большой интерес к представителям противоположного пола, то появляется необходимость заду-

24. Половое воспитание: Мет. пос. для студ. пед. вузов / Ред. Д.В. Колесов. М.: Академия, 1998. 74 с.
25. Половое воспитание школьников: Кн. для учит. и восп. / Гл. ред. А.И. Кочетов. Минск: Народная асвета, 1998. 70 с.
26. Половое воспитание: Учебник для высших учебных заведений. Ростов н/Д.: Феникс, 2001. 320 с.
27. Православная газета для простых людей. 2000. № 1. С. 3 — 7.
28. Российская педагогическая энциклопедия: В 2 т. Т. 2: М — Я / Гл. ред. В.В. Давыдов. М.: Большая рос. энцикл., 1999. С. 166 — 167.
29. Санников А.А. Вопросы полового просвещения подростков в деятельности социального работника // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1999. № 4. С. 51 — 61.
30. Семейное воспитание: традиции и современность. Материалы семинара. Владимир, 2001. 31 с.
31. Тимошенко Л.Н. Воспитание старшеклассниц: Кн. для учителя. М., 1990. 190 с.
32. Устинова С. К чему ведет преждевременное сексуальное просвещение // Воспитание школьников. 1997. № 5. С. 25 — 27.
33. Ушакова Е. Программа сексуального воспитания: за и против // Директор школы. 1998. № 3. С. 82 — 85.
34. Флотская Н.Ю. Половая идентичность как важный регулятор социального поведения человека. М., 1999. 6 с.
35. Фромм А. Азбука для родителей. Л.: Лениздат, 1991. 245 с.
36. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. В семье растут сын и дочь: Кн. для учителя. М., 1985. 280 с.
37. Хрипкова А.Г., Колесов Д.В. Мальчик — подросток — юноша. Омск, 1987. 245 с.
38. Хушч Мирослав. Социолого-педагогическое исследование полового воспитания младших школьников в Польше. Автореферат дисс. на соиск. д-ра мед. наук. Ярославль, 2000. 36 с.
39. Чернушевич В. Отзывы на концепцию «Половое воспитание российских школьников» // Воспитание школьников. 1998. № 2. С. 23 — 24.
40. Шапиро Б.Ю. Половое воспитание, сексуальное образование и подготовка к семейной жизни. Ст. в рос. энцикл: В 2 т. / Под ред. А.М. Панова и Е.И. Холостовой. М.: Большая рос. энцикл., 1997, Т. 2. С. 131 — 137.
41. Шипицына Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. М.: Дидактика Плюс, 2002. 496 с.
42. Шишова Т. Поговори со мною, мама... про это! О половом воспитании // Народное образование, 1998. № 9 — 10. С. 72 — 74.

Вопросы и задания

1. Раскройте содержание понятий «половое воспитание» и «половое образование».
2. С какого возраста необходимо начинать половое воспитание ребенка с проблемами в развитии?
3. Что необходимо учитывать родителям при половом воспитании проблемного ребенка?
4. В чем заключается работа учителя по половому просвещению детей с проблемами в развитии?
5. Каковы критерии подготовленности учителя к работе по половому воспитанию детей с ограниченными умственными и физическими возможностями?
6. В чем заключается результативность работы по половому воспитанию детей с проблемами в развитии?

Темы докладов и рефератов

1. Психогигиена пола у детей с интеллектуальной недостаточностью.
2. Роль семьи в половом воспитании детей с умственной отсталостью.
3. Полоролевая социализация детей с нарушениями в ментальной сфере.
4. Организация полового воспитания в коррекционном учреждении.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЖИЗНИ И СМЕРТИ У ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

13.1. Проблема эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти детей и подростков в психолого-педагогической литературе

В последние годы научный интерес к проблеме эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти существенно возрос. В педагогике и психологии ее разрабатывают В.М. Голубчик, Н.М. Тверской, Б.Г. Юдин, Г.С. Абрамова, С.С. Воронков, В.А. Роменец, Т.О. Новикова, П.И. Сидоров, А.В. Парняков, Е. Власов, М.В. Елисеева и др.

По мнению Е.Е. Сапоговой, смерть с точки зрения психологии — это кризис индивидуальной жизни, последнее критическое событие в жизни человека. Являясь на физиологическом уровне необратимым прекращением всех жизненных функций, имея неминуемую личную значимость для человека, смерть одновременно является и элементом психологической культуры человечества [15, с. 435].

Драматический процесс познания, который начинается в раннем детстве и кончается с последним дыханием человека, неминуемо касается тонкостей различения жизни и смерти, включая осмысление их противополож-

ности, наконец, волнующую проблему бытия и небытия, смертности и бессмертности человека. Решая эти задачи во все возрастные периоды своей жизни, человек хочет знать, на что он может надеяться.

Чтобы лучше понять детское восприятие смерти, важно знать, что ребенок вкладывает в понятие «жизнь». Ш. Хостлер описывает четыре стадии одушевления детьми предметов и явлений:

1. Ребенок наделяет сознанием и жизнью все, что активно, не повреждено или что может быть полезно.
2. Ребенок наделяет сознанием и жизнью все, что движется.
3. Ребенок наделяет сознанием и жизнью все, что движется по собственной воле, собственному желанию.
4. Ребенок разграничивает определение того, что следует называть животным, а что растением [Цит. по 11, с. 113].

Таким образом, диапазон представлений ребенка о том, что наделено жизнью и о том, что означает прекращение жизни, довольно широк.

Т.О. Новикова отмечает, что родители с пониманием и всей серьезностью относятся к вопросу ребенка: «Откуда я взялся? Как появился на этот свет?», вопрос же «Что со мной будет, когда я умру?» обычно игнорируется. Такая позиция основана на весьма распространенном убеждении: дети не должны думать о смерти, и мы, взрослые, обязаны защитить их от этой пугающей и болезненной темы [11, с. 112].

Между тем, понятие «смерть» является составной частью повседневной жизни ребенка. Оно так или иначе присутствует в играх, в историях, которые слышат дети, книгах, которые читают, телевизионных программах и фильмах, которые смотрят. И поэтому детство, в котором никто и никогда не умирает, всегда было и остается фантазией.

Ребенок в процессе воспитания интуитивно осваивает взгляды, точки зрения отца и матери, получает оценку своих поступков, что так необходимо для развития самосознания и адекватного поведения. Потеря ребенком в детском возрасте матери или отца приводит к нарушению эмоционального ядра личности. В этой ситуации из-за невозможности идентификации

себя с умершим родителем появляются признаки расстройства личности, поскольку утрачивается не только проводник социального влияния, но и модель поведения, которую бы мог создавать умерший родитель. Препятствия нормальному созреванию могут вызвать чувство отверженности и вследствие этого обеднение Я и в результате нарушения развития интуиции и чувств, недостаточность условий для групповой идентификации и социализации. Возникнут чувства заброшенности и малоценности, появятся трудности в установлении привязанности [8, с. 111].

Смерть близких обычно вызывает у детей и подростков сильные реакции. Это может быть отчаяние, страх, озлобленность, проблема со сном, чувство беспомощности и опасности, иногда даже депрессия и сильное ощущение пустоты и одиночества. Ребенок — развивающаяся личность, и изучение реакций на смерть окружающих, понимания им смерти возможно только в возрастном аспекте [13, с. 236].

В эмоциональном состоянии ребенка, перенесшего утрату близкого, Е. Власов различает три этапа.

1. Короткий период неверия, когда очень трудно поверить в то, что произошло, и ребенок надеется, что умерший оживет и вновь будет вместе с ним. Ребенок в этот период находится в поиске утраченных связей, вся его эмоциональная система настроена на ожидания каких-то сигналов от потерянного человека. На этом этапе ребенку может слышаться голос умершего, шум его шагов или привидеться его фигура на улице.

2. Осознание факта потери. Когда уходит близкий человек, ребенок начинает задумываться о том, все ли он делал верно при его жизни. Ребенку начинает казаться, что именно из-за него случилось это несчастье. Такое состояние может не осознаваться ребенком и существовать только на уровне образов и чувств. В этот период у детей растет тревожность и агрессивность, т. к. дети не могут жить под постоянным гнетом чувства вины и необратимости происшедшего и отвечают на это обидой на умершего, который так несправедливо наказал их своей смертью.

3. Поиск нового объекта. На этом этапе ребенок ищет новый объект любви и привязанности, способ-

ный заполнить пустоту, образовавшуюся в душе после потери близкого. Однако память об умершем должна сохраняться и в детской душе. Дети быстро и бурно развиваются, новые впечатления затмевают старые образы, и взрослым в дальнейшем предстоит помочь ребенку сохранить память об ушедшем, рассказывая о нем.

Взрослые и дети переживают все три этапа примерно одинаково с той лишь поправкой, что ребенок лишен взрослого опыта, на который мог бы опереться, и поэтому нуждается в нашей поддержке. С другой стороны, именно эти переживания и формируют его собственный опыт, и если родители поведут себя правильно, произошедшее в семье несчастье закалит и укрепит его [2, с. 16].

По словам Д.Н. Исаева, «каждый этап познавательного и эмоционального развития может быть коррелирован с различными уровнями восприятия смерти» [Цит. по 11, с. 112]. По мере взросления ребенка меняются не только глубина и продолжительность переживаний, усложняется и приобретает некую целостность его отношение к смерти.

Многие авторы (В.А. Роменец, П.И. Сидоров, А.В. Парняков) указывают, что понятие «смерть» у ребенка полутора-двух лет формируется в связи с отрывом от матери. Для ребенка этого возраста исчезновение предмета означает исчезновение мира. И он плачет. Понятно, что мама постоянно представляет для него весь мир, хотя после разлуки он может ее не признать. В течение первых двух лет жизни страх и тревога у ребенка возникают при отделении ребенка от родителя, на большее ребенок этого возраста не способен [14, с. 56; 16, с. 265]. Довербальная стадия познавательного развития еще не позволяет формулировать понятия, и смерть как идея не может возникнуть у младенца. Если ребенок болен сам, то его переживания во многом более зависят от душевного состояния ухаживающего за ним, чем даже от его собственного физического состояния [16, с. 266].

В дошкольном возрасте (2–7 лет) смерть также воспринимается как отрыв от матери, и это отделение от любимого существа оказывается для ребенка ужасающим событием.

В.А. Роменец подчеркивает, что в этом возрасте дети не различают еще, не противопоставляют абсолютно жизнь и смерть. Нужно отбросить все определенности бытия, уйти именно в полную неопределенность. Ребенок этого сделать еще не может. Ведь трудно образуются даже такие понятия, как «вечер», «шум» и многие другие [14, с. 65].

Понятие смерти как окончательном прекращении жизни и одновременно универсальном и неизбежном явления не может быть сформулировано ребенком, пока у него преобладает дооперациональный тип мышления [16, с. 266]. Например, трехлетний малыш в случае семейного траура может поразить родственников тем, что, покинув опечаленных взрослых, будет радостно играть в свои игры. Ребенок дошкольного возраста еще не осознает, что такое «навсегда», у него отсутствует и представление о смерти как окончательном прекращении жизни и одновременно универсальном и неизбежном явлении. В книге «Врач, сестра, больной» И. Харди отмечает, что дети труднее всего воспринимают смерть и не понимают происходящего. Они часто говорят об умершем: «Дядя ушел» [17, с. 121].

У старших дошкольников возникающая печаль очевидна, однако он не может сохранять эти переживания в течение длительного времени. Часто эти переживания печали только в играх и обнаруживаются.

Уже в возрасте «почемучек», знаменитом возрасте от 3 до 5 лет, отмечает Г.С. Абрамова, ребенок занят поисками начала и конца явления. В обращенных к взрослым вопросах «Кто родил маму первого человека? Что было, когда ничего не было? Кто придумал смерть?» присутствует ориентация нормально развивающегося здорового ребенка на самые общие параметры психической реальности, на параметры жизни и смерти, начала и конца.

Задавая эти вопросы, ребенок занимает позицию творца мира, не только своего, а мира вообще, переживая свою непосредственную причастность к феноменам жизни и смерти.

Вопросы и их направленность у 3–5-летнего ребенка — показатель уже достаточно долгого онтогенетического пути, на котором встречи с феноменами жизни и смерти были неоднократно, причем сам

ребенок мог быть создателем этих свойств, разрушая или сохраняя созданное другими или им самим [1, с. 180, 181].

Для понимания переживания дошкольника в различных ситуациях, связанных с умиранием и смертью, требуется понимание особенностей возраста — преобладающий детский эгоцентризм и магическое мышление. Очень вероятно, что серьезно больной ребенок в этом возрасте может понимать свою близкую кончину, хотя взрослые хотели бы отрицать это. О наличии тревоги и страха можно догадаться по его поведению, рисункам и предпочтению определенных игр [1, с. 18].

Е.Е. Сапогова считает, что маленький ребенок не в состоянии различать фантазию и реальность, подобно тому, как взрослый в своем несознательном разуме не может отличить желание убить кого-нибудь от акта убийства. Ребенок, который, рассердившись, пожелал, чтобы мать умерла, из-за того, что она не выполнила его просьбу, будет в высшей степени травмирован ее реальной смертью. Он будет всегда повторять себе: это я сделал, я виноват, я был плохим, поэтому мама покинула меня. Ребенок любит умершего и жаждет его появления, но столь же сильно ненавидит его за свое одиночество [15, с. 436, 437].

Младшие школьники (6 — 10 лет) отличаются развитием конкретного, предметно-ориентированного мышления, хотя магическое мышление еще частично сохраняется. А. Маурер, П.И. Сидоров, А.В. Парняков, Т.О. Новикова говорят о том, что многие дети этого возраста персонифицируют смерть как определенное лицо, приписывая ей некую злую силу [11, с. 113; 16, с. 266]. Как считает Маурер, персонификация — это своеобразная реакция против возникновения страха [11, с. 113].

Некоторые дети считают смерть наказанием за плохие дела. Младшие школьники, например, демонстрируют магическое мышление в суждениях типа: «Бабушка умерла из-за того, что я был сердит на нее». Однако такие высказывания бывают тем реже, чем старше ребенок.

К 8 — 10 годам дети обычно отказываются от идеи персонификации, смерть становится более реальной, универсальной и окончательной. Они четко различа-

ют границы между живым и неживым, живущим и неживущим. В конце этого периода младшие школьники признают свою собственную бренность, а смерть начинает восприниматься как составная часть общих процессов и принципов, управляющих миром.

Примерно к восьми годам дети обычно в большей степени переживают не страх собственной смерти, а страх смерти близких, особенно матери [6, с. 56].

В.А. Роменец отмечает, что пожилые люди смотрят на проблему жизни и смерти как на прямо касающуюся их, как на итог жизни, дети выражают ее практически в виде «знака серьезного» в их игре, как бы указывая взрослым, что обрыв жизни в детском возрасте есть самое трагическое на земле, самое ужасное в человеческом бытии вообще [14, с. 99].

Пожалуй, самый трудный, переломный, даже опасный период в жизни человека — подростковый, когда физические и психические изменения сопровождаются перестройкой сознания.

Подросток как бы находится на середине реки, одним берегом которой является детство с его непосредственностью, эгоцентризмом, магическим мышлением, а другим — взрослость, характеризующаяся, в частности, абстрактностью и отвлеченностью мышления [11, с. 114]. Подростки характеризуются, с одной стороны, вступлением мышления в период формальных операций, но, с другой стороны, у них еще могут наблюдаться эпизоды возврата к ранним способам мышления.

Д.Н. Исаев и Т.О. Новикова отмечают, что особенно важна тема смерти становится в подростковом возрасте. На этом этапе развития и формирования личности расширяются представления об окружающем мире, подросток начинает осознавать свою наступившую «зрелость». Время и пространство воспринимаются иначе: подросток понимает ограниченность и временность своего существования. В связи с этим он боится, что его планам и мечтам не суждено будет сбыться из-за неминуемой и, как ему кажется, близкой смерти. В этом смысле будущая судьба и собственная кончина становятся для подростка очевидными, и возникает потребность формирования собственного отношения к данным фактам [8, с. 111].

Неизбежность собственной кончины становится очевидной, но подростки зачастую ведут себя так, будто собираются опровергнуть непреложность ухода из жизни. Даже тогда, когда их поведение сопряжено с физическим риском, ребята «флиртуют со смертью». Они словно заключают с ней договор и, преодолевая рискованную ситуацию, воспринимают это как победу над смертью. По мнению Т.О. Новиковой, деятельность, сопряженная с высоким риском, есть не что иное, как способ проверки на прочность собственного тела, причем такой способ существует наряду с еще сохраняющейся верой в бессмертие [11, с. 114]. Возможно, подростки, которым присуща опасная для жизни активность (проявляющаяся, например, в гонках на мотоциклах, употреблении веществ, нарушающих нормальную деятельность сознания и т. д.), таким образом, отрицают, игнорируют действительность, в которой они могут умереть.

Подросток, по мнению В.А. Роменец, продолжает игру ребенка, создавая ситуацию приключения, при этом вырабатывая свою волю. Он весь в этих приключенческих ситуациях. В отличие от символической игры ребенка, он создает модели реальных предметов, но так, чтобы эти модели были действующими. Он хочет войти в роль как управляющий этими моделями. Подросток живет под знаком необычного, видит и создает его. В мире большом и мире людей он видит «жгучую тайну» (С. Цвейг). Хотя ребенок тоже спрашивает: «Что это такое?», «Почему?», «Зачем?», он удовлетворяется любым ответом. Для подростка «жгучая тайна» мира, людей возникает в его стремлении увидеть и постичь необычное.

«Жгучая тайна» подростка обращается и к вопросам жизни и смерти, преимущественно, как считает В.А. Роменец, в форме обнаружения, испытания меры живого в его отличие от неживого. Встречающаяся жестокость подростков имеет глубинный мотив — в выяснении ответа живого на острый раздражитель. Этот ответ должен свидетельствовать о том, что в другом есть жизнь. Мери жизни подросток хочет найти и у себя. Он подвергает свою душу и тело жестокостям, которые направляет и на предполагаемую другую жизнь. Она дает о себе знать телесными обнаружениями му-

чений. И подросток, переживая их, возвращает в себе сочувствие к миру (растениям, животным, людям и даже неживым предметам) [14, с. 74].

По мнению П.И. Сидорова, А.В. Парнякова, психологическая защита от тревоги, вызываемой мыслью о смерти, у подростков обычно та же, что и у взрослых, но чаще встречаются механизмы совладания в форме отвергания возможности умирания [16, с. 267].

Бывают случаи, когда подростки, обладающие большой впечатлительностью, начинают задумываться о жизни и смерти и приходят к весьма безотрадным результатам своих раздумий. Смерть близкого человека для такого подростка — это и некая тайна, и в то же время начало раскрытия этой тайны, это — и потрясающий душу факт исчезновения живого, мыслящего человека, и вместе с тем, может быть, первое грозное напоминание о том, что ждет впереди всех людей и самого вступающего в сознательную жизнь человека [3, с. 73].

Смерть в юношеском возрасте осмысливается как необходимость самопожертвования во имя другого человека, всего человечества. Ничто не может встать на пути такого самопожертвования. Следует отметить, что в сознании юноши не устраняется страх перед небытием, но он подавляется более великим мотивом [14, с. 58].

С.С. Воронков полагает, что подавляющее число молодых людей в возрасте от 20 до 30 — 35 лет не задумывается о том, что такое смерть из-за «недостатка времени», и они относятся к «уходу в мир иной» других людей как к обыкновенному явлению, стоящему рядом с рождением, началом и окончанием учебы, вступлением в брак и т. д. А если и бывают огорчены, опечалены, то ненадолго, и скоро чувство горечи, вызванное смертью близкого человека, рассасывается и перестает влиять на настроение и тем более на поведение человека, занятого учебой, работой, карьерой, семьей, отношениями с приятелями и сослуживцами. Хотя из этого общего «правила» бывают, конечно, и исключения [3, с. 39].

Взрослея, приобретая жизненный опыт и все чаще сталкиваясь со смертью пожилых людей, а затем и людей, более близких по возрасту, и даже отдельных сверстников, человек, когда-то впервые задумавшийся о смерти, начинает сильнее и резче реагировать

на смерть близких людей, причем все более уже не на то, что «уходят» близкие, хорошо знакомые люди, а на то, что вообще все люди один за другим переходят в небытие, исчезают и никогда больше не появятся в мире.

Остановимся подробнее на факторах, способствующих формированию представлений о жизни и смерти.

Г.С. Абрамова считает, что зачатки представлений о жизни и смерти закладываются еще в раннем детстве, и философию жизни несут ребенку взрослые люди. Она выделяет феномен психологической смерти, которая накладывает свой отпечаток не только на душу, но и на тело — глаза теряют блеск, речь становится невыразительной, монотонной, движения теряют пластичность и гибкость, волосы тускнеют. Недаром впечатление от такого человека (независимо от его физического возраста) выражается в словах: «жизнь из него уходит».

Страшнее всего видеть признаки психологической смерти в лицах детей, подростков. «Не знаю» — их реакция на изменение ситуации, на необходимость выбора или принятия решения. «Мне все равно» — реакция на необходимость проявления Я-концепции и концепции другого. «От меня ничего не зависит» — их реакция на необходимость социальных действий. «Я как все» — формула ответственности. Носитель психологической смерти воспринимает жизнь как тяжесть, он не включен в нее, он как бы рядом с жизнью [1, с. 186–187].

Понятие «смерть» так или иначе присутствует в играх, в которые играют дети, в историях, которые они слышат, в книгах, которые они читают, в телевизионных программах, которые они смотрят [8, с. 111].

Формированию у детей представления о смерти как о временном явлении, которое в любой момент может быть прервано, способствуют сказки, которые им читают или рассказывают (в «Спящей красавице», например, принцу надо поцеловать девушку, чтобы она ожила), мультипликационные фильмы, в которых с героями происходят самые невероятные приключения, часто несовместимые с жизнью, а персонажи остаются целыми и невредимыми [11, с. 113].

Е.В. Лисина отмечает, что состояние мультипликации и музыки требует переосмысления, т. к. эти жан-

ры оказывают особо глубинное воздействие на эмоциональный мир ребенка, его мироощущения, настроение, а также способствуют формированию у детей и подростков представлений о жизни и смерти далеко не таких гуманных, как хотелось бы.

Песни о смерти и крови модны у современных подростков. «Хочешь, я убью соседей, что мешают спать?» — запросто предлагает Земфира; «...тысячи подростков погибают в дерьме...» — утверждает Децл в соответствии со своей жестокой уличной философией. Альбом «Майн Кайф» культовой группы «Агата Кристи» буквально наполнен вампирами, мертвецами и смертью, так что, слушая его, невольно задаешься вопросом: не есть ли мир одно большое кладбище? Смыслом смерти пропитан и альбом «Запрещенных барабанщиков» «По ночам». В нем раскручивается линия «веселой смерти»: чем больше крови, тем веселее («...Повар, вырви мне жабры, пусти кишки, посоли, не стесняйся, а я рыба, я рыба на сковороде...»). Не менее зловещ сюжет из песни «Случай в Макдоналдсе», когда во время «культурного отдыха» молодой парочки вдруг как «жахнет-бабахнет», и «все, что было желудку мило к чертям собачьим мелкой крошкой разнесло» [10, с. 84].

Следует отметить, что многие современные подростки приняли новую формацию смертнесущих, кровавых героев, о чем свидетельствует и оглушительная популярность вышеупомянутых групп, и огромный успех фильма «Брат — 2», главный герой которого лихо расправляется со злыми парнями. А ведь таким образом девальвируется главная человеческая ценность — жизнь [10, с. 84].

Кроме этого, отмечает Т.О. Новикова, существенную роль в формировании представлений о жизни и смерти играют отсутствие или наличие религиозного воспитания, а также механизмы психологической защиты, которые использует ребенок для преодоления стрессовых ситуаций [11, с. 113].

Рассмотрим психолого-педагогическую помощь по формированию адекватных представлений о жизни и смерти в детско-подростковом возрасте.

Впервые вопрос о необходимости обучению и пониманию принятия смерти был поставлен в книге «The Meaning of Death». После выхода этого труда в

свет в 1959 г. стали создаваться научные лаборатории по изучению всего, что связано со смертью и умиранием [11, 115].

В 60-е гг. в США предпринимаются первые попытки систематического обучения пониманию смерти учащихся колледжей, а также способам взаимодействия с умирающими пациентами медицинского персонала и студентов-медиков. В настоящее время подобное обучение (death-education) проводится и в американских общеобразовательных школах [8, с. 116].

Соответствующий курс призван, с одной стороны, уменьшить страх и тревогу, которые испытывают большинство людей, в том числе детей, по отношению к смерти, а с другой — служить профилактикой суицидального поведения.

На наш взгляд, основные положения death-education (с некоторыми поправками и оговорками, учитывающими специфику протекания психических процессов и эмоционально-волевой сферы детей с нарушением интеллекта) с успехом можно использовать для формирования эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти в школах VIII вида.

Среди основных задач death-education можно выделить следующие:

1. Деликатно и осторожно снять табу со слов, определяющих понятие «смерть», чтобы учащиеся могли обсуждать подобные темы без внутреннего напряжения и тревоги.
2. Обучать детей отношению к смерти в контексте их развития, чтобы минимизировать возможную тревогу, которая, как правило, возникает вследствие недостатка информации.
3. Помочь ребенку в уточнении таких категорий, как «жизнь» и «смерть».
4. Раскрыть особенности суицидального поведения.
5. Научить взаимодействовать с умирающим.
6. Ознакомить детей с тем, как воспринимается смерть в различных культурах.

Следует отметить, что в нашей стране не только отсутствует практика ознакомления подростков со всеми обстоятельствами, касающимися понятия «смерть» и ухода человека из жизни, но и в литературе фактически ничего не сказано об «обучении пониманию и

принятию смерти» (death-education). Имеющиеся же статьи посвящены необходимости обучения принятия смерти неизлечимо больными детьми, при этом особый акцент делается на детях, страдающих онкологическими заболеваниями [8, с. 115].

Проблему смерти исследовали педагоги. Так, В.М. Голубчик и Н.М. Тверская в книге «Человек и смерть: поиски смысла» (М., 1994) рассматривают ее в рамках спецкурса для учеников старших классов, поэтому у них явно просматривается педагогический подход к проблеме смерти. Смерть, по их мнению, — единственное событие в жизни человека, которое нельзя отменить. Можно умереть, и не родившись, в утробе матери. Смерть — явление универсальное. Изучение проблемы смерти может пролить свет на всю этическую систему, принятую в обществе. Это касается прежде всего отношения людей к жизни и ее основным ценностям, т. е. мы говорим о смерти, чтобы лучше понять жизнь [18, с. 224].

Оценивая труд упомянутых выше авторов, российский философ Б.Г. Юдин в предисловии к книге В.М. Голубчик и Н.М. Тверской «Человек и смерть: поиски смысла» (М., 1994) согласен с ними в том, что уже со школьниками нужно вести серьезный, увлекательный разговор на тему смерти, т. к. данная тема — часть их нравственного и интеллектуального воспитания [Цит. по 18, с. 224].

Развивая свою мысль, Б.Г. Юдин говорит, что есть расхожее и обыденное мнение: «Смерть близкого у всякого нормального человека вызывает чувство утраты, а потому учить тут нечему, разве что замутнить естество». Юдин с этим не согласен и полагает, что надо «учить культуре чувств, выявлять истинную меру спонтанности в восприятии смерти умирающими и теми, кто их окружает», и «поэтому разговор, который ведут авторы о смерти, есть в то же время разговор о жизни, взятой в ее предельных, быть может, самых насыщенных проявлениях, и разговор этот необходим школьнику прежде всего для более глубокого понимания жизни» [18, с. 269–270].

Таким образом, Б.Г. Юдин поднимает своевременную тему о необходимости педагогической танатологии. Еще со школьной скамьи нужно учить человека

культуре чувств, сопереживанию умирающему, милосердию, взаимному прощению.

Формирование эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти у детей может также осуществляться в рамках позитивной психотерапии. Эта методика была предложена Н. Пезешкианом и доработана М.В. Елисеевой [5, с. 14].

Принципы работы со смертью в позитивной психотерапии могут быть сформулированы следующим образом:

1. Жизнеутверждающий принцип. Прежде, чем касаться проблем смерти (зачастую дети не готовы говорить о ней), необходимо провести анализ и планирование настоящей жизни.
2. Научение различать отношение к смерти и страх смерти.
3. Отношение к смерти обусловлено воспитанием и опытом, который ребенок воспринял через жизненные события, связанные со смертью.

В позитивной психотерапии работа со смертью идет в двух направлениях:

1. Работа со смертью близкого человека;
2. Проработка личной философской концепции смерти.

Работа со смертью как формирование личной концепции разработана позитивной психотерапией в рамках обсуждения детьми таких вопросов:

- 1) Чего я хочу достигнуть в жизни?
- 2) Сколько лет я хотел бы еще прожить?
- 3) Во сколько лет я хотел бы умереть? Назвать 10 причин смерти.
- 4) Как будут выглядеть мои похороны?
- 5) Кто будет на них присутствовать?
- 6) Какие речи будут произноситься?
- 7) Как будет выглядеть мой надгробный памятник на могиле? [5, с. 16].

Кроме этого, при формировании эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти у детей используют сказкотерапию — это «лечение сказками... совместное с клиентом открытие тех знаний, которые живут в душе и являются в данный момент психотерапевтическими» [7, с. 8]. (Например, Эмоционально-личностный тест. Сказка «Похороны». Авторы М. Габрунер, В. Соколовская) [4, с. 16 — 17].

Для диагностики отношения детей к категориям «жизнь» и «смерть» используют рисуночные методики типа «Рисование смерти», «Рисование символа смерти», «Рисование своего отношения к смерти» и т. п.

Во многих семьях родители не говорят с детьми о смерти, не разрешают им лишний раз соприкоснуться с их проявлениями — похоронами, поминками, т. к. считают, что их дети не способны этого понять. Это вызывает у ребенка повышенную тревожность, интерес к этой проблеме и страх [5, с. 18].

Часто со стороны родителей наблюдается неверный тип воспитания, подкрепляемый высказываниями типа: «Если будешь плохо есть — заболеешь и умрешь». По мнению М.В. Елисеевой, «частые запугивания при отсутствии размышлений и спокойных разговоров о сущности смерти формируют еще в детстве страх» [5, с. 18].

Кроме того, взрослые сами зачастую демонстрируют свой страх перед смертью, который проявляется в осторожном общении с онкологическими больными, в тревожности и беспокойстве, существующих на похоронах. Ребенок впитывает эту атмосферу и фиксирует как негативный опыт.

По мнению Д. Левинтона, родители, говоря с ребенком о смерти, должны руководствоваться следующими принципами:

- 1) Детям важно чувствовать, что они могут обсуждать эту тему и верить, что родители действительно интересуются их взглядами. Поэтому необходимо внимательно выслушивать детей и честно отвечать на их вопросы, учитывая возраст и жизненный опыт ребенка.
- 2) Ответы на вопросы о смерти должны быть краткими и четкими. Избыток или недостаток информации может усилить чувство тревоги, связанное с обсуждаемой темой.

Итак, на основе рассмотренных выше концепций можно сделать следующие выводы.

Течение личностного времени, в отличие от течения времени ментального, как правило, необратимо, и образ будущего может предвещать завершение жизненного цикла. Мысли о смерти посещают человека в любом возрасте, но здесь обнаруживаются

свои закономерности. В.А. Роменец, П.И. Сидоров, А.В. Парняков подчеркивают, что уже в младенческом возрасте понятие «смерть» у ребенка формируется в связи с отрывом от матери. Изучение представлений трех-пятилетних детей (В.А. Роменец, Г.С. Абрамова) показало, что для данной группы характерно отсутствие оценки смерти как завершения и конца всего. Смерть в этом возрасте представляется как обратимый процесс, связанный с жизнью. На следующей стадии (между пятью и восемью годами) смерть воспринимается как конечный, но не обязательно неизбежный этап жизни — ее можно пережить. Только к 9–10 годам начинает возникать понимание того, что человек смертен и это неизбежно (Т.О. Новикова, Г.С. Абрамова). В подростковом возрасте, как подчеркивают Т.О. Новикова и В.А. Роменец, становится очевидной неизбежность собственной смерти, но проявляется соответствующая этому возрасту противоречивость: с одной стороны, подросток стремится реализовать как можно больше своих планов, понимая скоротечность жизни, а с другой — как бы «пробует» свою жизнь на прочность, подвергая себя риску и различным опасностям, могущим повлечь за собой смертельный исход. В юношеском возрасте характерно романтическое желание пожертвовать своей жизнью за другого человека или за идею. Причем юноша уже полностью осознает конечность жизни и фатальность смерти.

Таким образом, многие специалисты подчеркивают, что на протяжении жизни человека изменяется его отношение к смерти.

13.2. Исследование эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти у подростков с нарушением интеллекта

В коррекционной педагогике и специальной психологии вопросы эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти у детей с нарушением интеллекта фактически не затрагиваются.

Как ни печально, но вспомогательная школа сегодня практически не способствует усвоению детьми с ограниченными возможностями смысложизненных категорий.

Между тем, в системе культурных общечеловеческих ценностей осмысленные представления умственно отсталого ребенка о дихотомии «жизнь-смерть» во многом определяют возможность освоения им всех остальных ценностей и являются основой, без которой сам процесс развития и компенсации нарушенных функций малоэффективен.

Фундамент эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти у людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности желательно закладывать еще в детстве, и работа в этом направлении должна носить научно обоснованный и планомерный характер.

Отсутствие системности при формировании эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти приводит к тому, что школьники с особыми потребностями имеют смутные представления о данных понятиях, их знания отличаются узостью и однотипностью.

Таким образом, определенный интерес представляет исследование, целью которого является изучение эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти у детей с нарушением интеллекта. Это важно для улучшения адаптации и интеграции проблемных детей в общество, и также в целях совершенствования коррекционно-воспитательной работы.

Проектируя исследовательский поиск, мы предполагали, что эмоционально-ценностное отношение к жизни и смерти у подростков с нарушением интеллекта и нормально развивающихся подростков различны.

В исследовании принимали участие 7 учащихся 7 класса специальной (коррекционной) школы-интерната № 27 г. Владимира (возраст 13–15 лет) и 18 учащихся 9 класса средней школы № 4 г. Собинка (13–15 лет).

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. Поисково-теоретический — изучение научного знания по проблеме, уточнение предмета исследования.
2. Опытно-экспериментальный — исследование особенностей эмоционально-ценностного отношения

к жизни и смерти у подростков с нарушением интеллекта и нормально развивающихся подростков.

3. Описательно-итоговый — анализ и обобщение результатов, уточнение выводов.

Был использован следующий блок психодиагностических методик:

1. Эмоционально-личностный тест. Сказка «Похороны» (авторы М. Габрунер, В. Соколовская).
2. Рисуночная методика «Рисование смерти» (автор Дж. Рейнуотер).
3. Метод изучения продуктов деятельности школьника (сочинение «Что такое смерть?»).
4. Анкетирование (анкета для учителей и воспитателей специальной (коррекционной) школы-интерната VIII вида и анкета для учителей общеобразовательной школы).
5. Анкета для выявления у подростков их отношения к смерти (по материалам И.Н. Лавриковой).

Эмоционально-личностный тест сказка «Похороны» (авторы М. Габрунер, В. Соколовская) позволяет выявить отношение ребенка к смерти, параллельно — к агрессивности и тесно взаимосвязанному с ней чувству вины.

Стимульный материал методики состоит из листа ответов, на котором написаны две сказки:

А. По улице движется похоронная процессия, и все спрашивают, кто умер. Кто-то показывает на один дом и говорит: «Умер человек, который жил в этом доме». Кто умер?

В. Однажды родители, дедушка с бабушкой, тети и дяди и все дети пошли на станцию, и один из них сел на поезд и уехал далеко-далеко, и, может быть, никогда не вернется. Кто это был?

После каждого вопроса — пустые строки, чтобы подросток смог записать ответ, который кажется ему верным.

Испытуемому предлагалась следующая инструкция: «Сейчас я выдам тебе лист ответов, на котором написаны два вопроса. Ты должен их внимательно прочитать, подумать и записать ответ, который кажется тебе верным».

Затем ответ испытуемого заносился в специальный бланк протокола исследования.

Каждый ответ оценивался в соответствии с критерием «нормального» или «настораживающего». Отсюда делался вывод о нормальном психологическом здоровье или скрытом эмоционально-личностном беспокойстве, неуверенности, страхе, а также об отношении подростка к жизни и смерти [4; с. 16–17].

На основе анализа результатов данной методики мы установили, что наибольшее число ответов интеллектуально сохранных подростков относятся к числу «нормальных».

На первый вопрос не получено ни одного (!) «настораживающего» ответа. 16 подростков заявили, что умер любой, неизвестный житель этого дома, одна девочка (Кристина Е.) решила, что это был «пожилой мужчина», а Ира К. сообщила, что умер «сосед».

На второй вопрос в основном получены «нормальные» ответы (13 из 18); из них двое учащихся заявили, что навсегда уехал неизвестный дядя; ответ «кто-то из них» или «любой из них» дали 7 испытуемых, одна учащаяся (Валя Е.) решила, что это были «дедушка с бабушкой», одна ученица (Катя Л.) посчитала, что это был дедушка, Даша С. написала, что «это был человек, не думающий о своих родных», а Тарас М. посчитал, что это был «один из чиновников города». Только 5 испытуемых с нормальным интеллектом дали «настораживающие» ответы: Алексей Л. и Оля К. решили, что навсегда уехал «ребенок», Ира К. предположила, что это был «один из детей», Леня К. ответил, что на поезде уехали «дочь или сын», а Вика М. решила, что уехал сын.

Следует отметить, что ни один из нормально развивающихся школьников не дал ответа, относящегося к какому-либо конкретному лицу. Все ответы были достаточно абстрактны.

По результатам этого теста можно сделать вывод об отношении нормально развивающихся подростков к смерти: в большинстве своем они представляют ее себе как нечто, не зависящее от них, непосредственно к ним не относящееся и их не касающееся. Также можно сказать о нормальном психологическом здоровье данной группы подростков и низком уровне агрессивности.

У подростков с нарушением интеллекта — обратная ситуация.

При ответе на первый вопрос («Кто умер?») большинство испытуемых (6) дали «настораживающие» ответы, причем все ответы содержали конкретные имена («тетя Света», «дедушка Саша» и т. д.) и относились к лицам из ближайшего окружения. Некоторые подростки называли своих умерших родственников и знакомых («Женя», «дедушка Саша», «бабушка Нина»). Таня Л. ответила, что умерли папа и мама, т. к. недавно она потеряла родителей. На первый вопрос был получен один «нормальный» ответ — «человек» (Иван М.).

При обработке ответов на второй вопрос («Кто уехал навсегда?») все испытуемые дали «настораживающие» ответы. Четверо испытуемых (Марина А., Таня Л., Ваня М. и Катя Г.) решили, что это были дети; Андрей А. написал, что навсегда уехали «дед и папа», Анжела Б. — «бабушка Аня и дедушка Сережа». Одна девочка (Ксения З.) на оба вопроса ответила «Женя» — имя девочки, учившейся в 9 «А» классе данной школы, которую недавно насмерть сбила машина. Ксения З. решила, что «умереть» и «уехать далеко-далеко, чтоб никогда не вернуться» — это синонимичные понятия.

Результаты первого теста показали, что подростки с нарушением интеллекта воспринимают смерть как нечто конкретное, случившееся или могущее произойти с людьми из ближайшего круга. Кроме этого, можно говорить о скрытом эмоционально-личностном беспокойстве умственно отсталых подростков, их тревожности и даже страхе, который вызывает смерть. Ответы же, относящиеся к какому-либо конкретному лицу из семьи или ближайшего окружения, не названному в рассказе, свидетельствуют о том, что ребенок выбирает их в качестве мишени своей агрессивности.

Сравнивая по результатам первого теста отношение к смерти подростков из массовой и специальной школ, мы пришли к следующему заключению:

1. Психологическое здоровье большинства учащихся общеобразовательной школы — в норме, а у умственно отсталых подростков наблюдается скрытое эмоционально-личностное беспокойство, тревожность и страх смерти.
2. Нормально развивающиеся подростки не ассоциируют смерть с конкретными личностями, для них смерть — это нечто, непосредственно к ним не

относящееся. Умственно отстающие учащиеся, наоборот, воспринимают смерть как что-то конкретное, случившееся или могущее произойти с реальными людьми из ближайшего окружения таких подростков.

Следующим испытанием стала рисуночная методика «Рисование смерти» (Дж. Рейнуотер). Она проводится по стандартной процедуре. Сначала необходимо установить доверительный контакт с подростками и лишь потом сообщить им о характере задания.

Каждому испытуемому выдают два листа бумаги, карандаш (или ручку), цветные карандаши или фломастеры, затем озвучивается инструкция:

«Возьмите бумагу и карандаши или фломастеры. Закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов. Откройте глаза. Теперь выберите цвет и начните рисовать ваш символ смерти. Не нужно сознательно выбирать какой-то символ, просто начните рисовать».

По окончании работы испытуемым дается вторая инструкция:

«Теперь возьмите новый лист бумаги. Можно выбрать другой цвет. Начните рисовать ваши чувства, относящиеся к смерти. Попробуйте рисовать не обдумывая то, что вы делаете».

Вопросы и дополнительные объяснения не допускаются.

Аспекты анализа рисунка подразделяются на формальные (семантика расположения в пространстве; графологические признаки) и содержательные (что нарисовано, цвет, оригинальность) [12; с. 208].

Анализ рисунков нормальных и умственно-отсталых подростков подтверждает различия в понимании ими категории «смерть».

Рисунки нормальных подростков на тему «Мой символ смерти» могут быть классифицированы на следующие типы:

- 1) Рисунки, связанные с обрядами или кладбищенской тематикой (3 испытуемых) — т. е. гробы, кресты, памятники.
- 2) Рисунки, связанные с насильственной смертью через острые предметы или огонь (4 испытуемых) — нож, ружье, вилы, шприц.
- 3) Рисунки, связанные с умиранием чего-то живого, окончанием его существования, болезни (4 испы-

туемых) — увядающие, черные цветы; перечеркнутые, треснутые сердца.

4) Абстрактные рисунки (5 испытуемых) — черные звезды, абстракции в черно-красной гамме, спираль с человечками.

5) Рисунки, связанные со светлой печалью по умершему (1 испытуемый) — голубь, грустящий на ветке, видимо, по кому-то умершему.

6) Неадекватные теме рисунки (1 испытуемый — Алексей А.) — красное сердце.

Подростки с нарушением интеллекта изображают символы смерти только в двух вариантах:

1) Рисунки, посвященные кладбищенской тематике или связанные с обрядами (5 испытуемых) — 4 испытуемых нарисовали гробы в различных вариациях, а один (Андрей А.) — человека с цветком у могилы.

2) Рисунки, связанные с насильственной смертью через острые предметы (2 испытуемых). Такие изображения показывают агрессию по отношению к людям (Ваня М.) или к животным (Ангела Б.).

Таким образом, мы видим, что для нормальных школьников 13–15 лет смерть более абстрактна и менее трагична, чем для умственно отсталых. Подростки с нарушением интеллекта ассоциируют смерть только с непосредственными убийствами, которые они часто видят по телевизору, или же с атрибутами похорон (гроб, могила, покойник).

Рисунки подростков из общеобразовательной школы на тему «Мои чувства по отношению к смерти» можно классифицировать по следующим типам:

1) Рисунки, изображающие отрицательные эмоции с помощью мимики, слез человека или их схематичных изображений (5 испытуемых).

2) Рисунки, изображающие природу: дождь, гроза, черное небо — по аналогии с чувствами плачущего человека (5 испытуемых).

3) Рисунки, связанные с бесконечным существованием человека после смерти (2 испытуемых) — бесконечная дорога или бесконечная Вселенная.

4) Абстрактные рисунки (4 испытуемых), где главное — разнородная цветовая гамма, показывающая

противоречивые чувства подростка к смерти, его подлинное отношение еще не определено.

- 5) Рисунки, показывающие связь с кладбищенской темой и атрибутами похорон (1 испытуемый) — гроб.
- 6) Рисунки, связанные со страхом пребывания в аду после смерти (1 испытуемый) — черти, раскаленное варевое.

Для подростков с нарушением интеллекта характерны однотипные изображения на тему «Мои чувства по отношению к смерти» — это рисунки, изображающие отрицательные эмоции с помощью мимики, слез человека или его схематичных изображений (7 испытуемых); 3 респондента сделали подпись на рисунках: «грусть».

Анализ результатов по данной методике выявляет различия в эмоционально-ценностном отношении к категории «смерть» у умственно отсталых и нормальных школьников 13 — 15 лет, а именно: одноплановость отношения к этому понятию у подростков с нарушением интеллекта; а также большую абстрактность и меньший трагизм в отношении к смерти, характерные для респондентов массовой школы.

Далее обеим группам респондентов было предложено написать сочинение на тему «Что такое смерть?»

Эта техника позволяет выявить эмоционально-ценностное отношение подростков к категории «смерть». Респонденту выдают лист бумаги и ручку.

Инструкция: «Напиши сочинение на тему "Что такое смерть?"».

Вопросы и дополнительные объяснения не допускаются.

Для анализа сочинений используются два критерия: последовательность изложения и содержательное наполнение.

Анализ сочинений обследованных без интеллектуальных нарушений позволил установить, что:

- 1) Многие испытуемые считают вопросы о смерти вечными, над которыми хотя бы однажды задумывался каждый человек: «Каждый из нас задает вопрос: "Что такое смерть?"» (Даша П.), «Над этим понятием люди размышляют до сих пор» (Ольга Р.), «Этот вопрос входит в состав вечных вопросов» (Ольга П.).

- 2) Большинство респондентов полагает, что смерть — это не полное окончание жизни, а переход бессмертной души в другое состояние, в другой мир: «После смерти человек заканчивает одну жизнь и начинает другую, только в другом теле, облике» (Алексей К.); «Смерть — это начало новой, другой жизни» (Ольга Р.); «Смерть — это переход из жизни реальной в жизнь более спокойную, счастливую, там, где тебя беспокоить нельзя» (Тарас М.); «Смерть — это продолжение жизни и возможность исправить свои ошибки» (Вика М.); «Я считаю смерть переходом к бессмертию» (Павел Г.).
- 3) При определении своих чувств по отношению к смерти испытуемые считают, что «это что-то неизвестное, холодное» (Дарья С.), «черное, страшное, приносит горе, унося жизни людей» (Аня К.), «это страх, боль и охота жить» (Леня К.).
- 4) Некоторые ученики говорят о страхе смерти: «Всеми способами нужно пытаться избежать смерти, а если не удалось, и ты оказался на границе со смертью, нужно пытаться выкарабкаться оттуда» (Ольга П.). Но есть и противоположные мнения: «Я смерти не очень боюсь, умер — и все» (Леня К.); «Смерти не надо бояться, так угодно судьбе и Богу» (Кристина Е.).
- 5) Отдельные учащиеся считают, что бессмертия можно достичь и в памяти людской, творя добрые дела: «Можно сделать так, чтобы тебя не забыли и помнили, что он жил, он творил добро...» (Валя Е.).
- 6) Интересно, что все испытуемые без исключения описывают смерть как нечто отделенное от них самих. Рассуждая о смерти, подростки не думают о том, что это может быть их собственная смерть, они представляют смерть других людей, а на свою смерть ставят негласное табу.

Проведение сочинения на тему «Что такое смерть?» с умственно отсталыми подростками было осложнено отрицательной мотивацией испытуемых к предложенному заданию. Нами были зафиксированы реакции некоторых респондентов с нарушением интеллекта на данное задание: «Я не буду про смерть писать, плохая тема» (Ксения З.); «Я не собираюсь умирать, я жить хочу. Зачем мне про это писать?» (Марина А.).

Анализируя сочинения умственно отсталых школьников, мы установили следующее:

- 1) Все подростки с нарушением интеллекта связывают смерть с абсолютным окончанием жизни.
- 2) Умственно отсталые испытуемые считают, что человек умирает, если «заболеет какой-нибудь болезнью» (Марина А.), если «у человека будет очень сильно болеть сердце и будет рак» (Ангела Б.), если он «очень заболевает» (Андрей А.).
- 3) Все респонденты с нарушением интеллекта отразили в сочинениях свои чувства по отношению к смерти: «Смерть — это грубость, она очень плохая... это страх» (Марина А.); «Смерть — это ужасно... грустно и печально» (Ксения З.); «Смерть — это страх» (Ангела Б.); «Смерть — это грусть» (Таня Л.).
- 4) Только один умственно отсталый подросток в своем сочинении указал на существование у человека души (Андрей А.).
- 5) Для всех испытуемых характерен примитивный биофилизм: «Я даже не хочу думать о смерти, я вообще не хочу умирать» (Ксения З.); «Я не хочу умереть, не доживши 32 года, я хочу умереть в 100 лет» (Иван М.); «Я не хочу умирать, я хочу жить» (Таня Л.).

Сравнивая сочинения умственно отсталых и нормальных подростков, можно выделить общее, что их объединяет. Во-первых, для обеих групп испытуемых характерно мощное желание жить. Во-вторых, большинство нормальных и умственно отсталых респондентов относятся к смерти как к ужасному, непоправимому событию.

Обнаружены и отличия в работах этих двух групп: подростки с нарушением интеллекта в своих суждениях более конкретны: они рассматривают смерть как явление, касающееся только своих близких или их самих, а нормальные испытуемые видят ее в более широком, «мировом» контексте — как смерть Человека. Кроме того, они не испытывают такого ужаса перед смертью, какой свойственен подросткам с интеллектуальным недоразвитием. Нормальные испытуемые верят в бессмертие души.

В целях обстоятельного изучения отношения подростков к смерти была использована анкета из 14 воп-

росов (по материалам И.Н. Лавриковой [9; с. 134 — 137]) с использованием метода семантического дифференциала (Ч. Осгуд).

Опросник предназначен как для группового, так и для индивидуального тестирования. Время выполнения задания не ограничивается.

Испытуемому выдается стандартный лист ответов и ручка.

Инструкция: «Посмотрите на лист ответов. Перед вами таблица. В крайних столбиках расположены противоположные суждения. В остальных столбиках — степень отношения к этим суждениям (от -3 до $+3$). Вам необходимо выразить свое отношение к каждой паре суждений путем отметки «галочкой» или «крестиком» в данных клеточках.

Если вы абсолютно согласны с суждением А, поставьте знак в клеточке -3 .

Если вы согласны с суждением А, поставьте знак в клеточке -2 .

Если вы немного согласны с суждением А, поставьте знак в клеточке -1 .

Если вы немного согласны с суждением Б, поставьте знак в клеточке $+1$.

Если вы согласны с суждением Б, поставьте знак в клеточке $+2$.

Если вы абсолютно согласны с суждением Б, поставьте знак в клеточке $+3$.

Если ни то, ни другое — в клеточке 0.

Обработка результатов осуществляется с помощью метода семантического дифференциала.

Обобщим результаты, полученные при использовании данной методики.

Во-первых, нужно отметить, что для умственно отсталых подростков в большей мере, чем для нормальных, характерны ответы $+3$ и -3 , (т. е. крайние варианты: «абсолютно согласен», «абсолютно не согласен»). Это говорит о прямолинейности их суждений и неумении четко дифференцировать свое отношение к данному понятию (суждению).

Во-вторых, у испытуемых с нарушением интеллекта «нулевые» ответы составляют 25% от общего количества ответов, а у нормальных — всего 2,8%. Это свидетельствует о том, что многие умственно отсталые

школьники не задумывались над вопросами жизни и смерти, и поэтому они не представляют для них особого интереса.

В ходе анализа результатов установлено, что большинство как нормальных, так и умственно отсталых подростков полагают, что у человека есть душа.

Дату своей собственной смерти хотели бы знать 28% нормальных и 14% умственно отсталых школьников.

Большая часть испытуемых никогда не испытывает страха смерти. Практически все подростки отнесли себя к верующим (78% респондентов из массовой школы и 86% испытуемых с нарушением интеллекта).

Проходя мимо кладбища, 67% нормальных подростков и 71% умственно отсталых испытывают беспокойство и волнение.

При ответе на вопрос: «Стараешься ли ты перевести разговор на другую тему, если в нем упоминается смерть?», — испытуемые обеих групп разделились почти пополам. Ответ «да» дали 50% нормальных и 29% умственно отсталых школьников, «нет» — 44% нормальных и 42% умственно отсталых.

Существенные различия были обнаружены по следующим параметрам. Ни один испытуемый с нарушением интеллекта не испытывает желания умереть или покончить жизнь самоубийством, в то время как у 22% респондентов из общеобразовательной школы (Ирина К., Алексей К., Дарья П., Леонид К.) часто возникает желание умереть или же покончить жизнь самоубийством (Алексей К.). На наш взгляд, такое расхождение можно объяснить тем, что нормальные подростки чаще, чем умственно отсталые, задумываются над смыслом жизни.

50% учеников массовой школы считают, что ученые никогда не смогут сделать человека бессмертным, а среди подростков с интеллектуальными нарушениями таких ответов больше — 71%.

Следует отметить, что в существование загробной жизни верят 72% нормальных подростков и только 14% умственно отсталых. Мы считаем, это происходит потому, что данная категория слишком сложна для понимания подростков-олигофренов.

Разноречивые ответы мы получили также на вопрос: «Стоит ли поддерживать жизнь умирающего человека

при любых обстоятельствах?» 29% учеников коррекционной школы (Андрей А., Таня Л.) считают, что не стоит. В массовой школе 94% подростков полагают, что бороться за жизнь умирающего нужно до последнего. Это говорит о том, что для респондентов с нарушением интеллекта жизнь другого человека представляет меньшую ценность, чем для испытуемых из массовой школы, которым в большей степени присуще чувство сострадания.

Таким образом, данные, полученные в ходе анализа анкет испытуемых, подтверждают недостаточную сформированность у подростков с нарушением интеллекта эмоционально-ценностного отношения к смерти и необходимость проведения коррекционной работы.

Эмпирическая часть исследования завершалась анкетированием учителей и воспитателей специальной (коррекционной) школы VIII вида и учителей общеобразовательной школы.

Цель анкетирования — получение информации о том, проводится ли среди школьников работа по усвоению ими понятий «жизнь» и «смерть», с какого возраста и на каких занятиях она проводится и должна ли проводиться такая работа в специальных (коррекционных) школах-интернатах VIII вида, а также в массовых школах.

Анкетированием было охвачено пять учителей и два воспитателя специальной (коррекционной) школы VIII вида № 27 г. Владимира, а также восемь учителей ССШ № 4. Большинство педагогов (6 человек) считают, что среди школьников с нарушением интеллекта работа по усвоению ими понятий «жизнь» и «смерть» проводится, но в очень сжатой форме. Только 50% педагогов массовой школы говорят о проведении такого рода работы с нормальными школьниками.

На вопрос: «С какого возраста осуществляется эта работа в коррекционной школе?» были получены противоречивые ответы: с 1 класса, с 6 класса, с 7 класса, с 14–15 лет или «в течение всего обучения в школе-интернате». По мнению педагогов-предметников, такая работа имеет место с 5 класса или со среднего звена.

Учителя и воспитатели вспомогательной школы считают, что обозначенная проблема рассматривается

на внеклассных мероприятиях, уроках ОБЖ, биологии, развития речи, истории, СБО и литературе, на занятиях по правовому воспитанию. Учителя массовой школы полагают, что на уроках литературы, истории древнего мира, обществознания, классных часах.

На вопрос: «Должна ли проводиться работа по усвоению категорий «жизнь» и «смерть», «смысл жизни» и «смысл смерти» в школах для детей с нарушением интеллекта?» — 5 педагогов школы VIII вида ответили утвердительно, один учитель решил, что не должна, и еще один педагог выразился так: «Эти категории сложны и будут ли они усваиваться умственно отсталыми детьми, сказать трудно. Для этого необходимо экспериментальное исследование при наличии готовых методических разработок». В массовой школе большинство педагогов осознают целесообразность проведения такой работы, но один учитель полагает, что «детям рано думать о смерти» и нужно проводить работу только по усвоению понятия «смысл жизни».

На вопрос: «С какого возраста должна осуществляться эта работа?» — в коррекционной школе были получены следующие ответы: с 5 класса, с 7 класса, с 8—9 класса, «с возраста, когда ребенок начинает понимать, где опасно для него: горячо (огонь), горько (яд) и т. д.» или «в зависимости от уровня развития учащихся». Учителя массовой школы также дали широкий спектр ответов на данный вопрос: «с 5 лет в детском саду», со 2—3 класса, с 5 класса, с 5—6 класса, с подросткового возраста.

В качестве методов и средств осуществления работы по усвоению категорий «жизнь» и «смерть» были предложены в коррекционной школе — фильмы, картины, книги, беседы, экскурсии в храмы и музеи; в массовой школе — эвристическая беседа, семинары, игры, примеры из художественных произведений. Вести такие занятия (по представлениям педагогов школы VIII вида) должны учителя, психолог, социальный педагог, воспитатель или священник; по мнению педагогов общеобразовательной школы — квалифицированный специалист-психолог, «учитель, владеющий философскими понятиями и логическим мышлением», учитель истории, «человек, который сам это понимает». Осуществлять подобную деятельность лично смог-

ли бы два учителя из семи (в коррекционной школе) и пять учителей из восьми (в массовой школе).

Итак, большинство педагогов и коррекционной, и массовой школ видят необходимость формирования у учащихся ценностного отношения к жизни и смерти, но для самостоятельного осуществления такой работы им не хватает желаний, соответствующей специализации или «готовых методических разработок».

Основываясь на изученных источниках, а также на полученных нами результатах, предлагаем практикующим работникам коррекционных учреждений VIII вида следующие методические рекомендации по формированию эмоционально-ценностного отношения к жизни и смерти у детей с нарушением интеллекта:

1. Говорить с детьми о смерти необходимо с дошкольного возраста. Это способствует развитию умственно отсталого ребенка, коррекции и компенсации нарушенных функций.
2. Проводя работу по формированию у подростков-олигофренов адекватного восприятия категорий «жизнь» и «смерть», необходимо учитывать личный опыт ребенка, а также глубину и специфику его дефекта. Чем более выражен у подростка дефект, тем длительнее и сложнее будет работа, тем больше усилий и терпения придется затратить педагогу для достижения желаемого результата.
3. Данная работа должна проводиться с использованием принципов системности и последовательности.
4. Прежде чем непосредственно проводить работу по усвоению подростками-олигофренами смысла понятий «жизнь» и «смерть», педагог обязан установить в группе доверительные отношения. Подростки должны быть уверены: их мнение интересует педагога и группу, их вопрос не вызовет насмешек. Только в атмосфере доброжелательности и понимания учащийся с интеллектуальными нарушениями сможет чувствовать себя уверенно.
5. На все вопросы, заданные подростками по данной теме, педагог должен отвечать полно и честно, опираясь на научные источники, но с учетом принципа доступности, т. е. так, чтобы ответ был понятен ученику.

6. Педагогам нужно не только помогать подросткам в усвоении смысложизненных категорий, но и проводить профилактику суицидального поведения, объяснять подросткам, что нельзя шутить со смертью, потому что это может привести к необратимым последствиям.
7. Необходимо использовать наглядные средства, так или иначе иллюстрирующие смерть: книги, фильмы и т. д., а также последующее их обсуждение.
8. Решению поставленной задачи может способствовать организация и проведение обучающего курса, направленного на получение знаний и навыков поведения в кризисных ситуациях. Это представляется очень важным, т. к. принятие смерти не означает только способность к смирению перед лицом конечности собственного существования и неизбежности завершения жизненного пути близкими людьми, но и умение в ситуации, когда практически стираются границы между жизнью и смертью, оказать помощь людям, которые могут оказаться на «краю» жизни.

Мы считаем, что для родителей, имеющих детей с нарушением интеллекта, будут полезны следующие советы.

При обсуждении с детьми темы смерти родители рискуют впасть в две крайности. Первая — опасаясь за ранимую детскую психику, всячески обходить тему смерти, а если в семье кто-то умер, стараться скрыть от ребенка этот факт. Большая ошибка — надеяться на то, что ребенок не заметит исчезновения из своей жизни близкого человека, особенно родителя.

Другая крайность в тактике взрослых встречается реже первой. Она состоит в том, что ребенку с самого рождения стремятся показывать жизнь без прикрас, не делая никакой скидки ни на возраст, ни на эмоциональные особенности малыша. Эти взрослые не скрывают от ребенка сцен смерти и без колебаний берут его на похороны, руководствуясь принципом: чем раньше он узнает правду о жизни и смерти, тем для него лучше. Естественно, что такая позиция — психологически и педагогически неграмотна, т. к. ранит психику ребенка, и он может стать черствым к смерти людей.

Родители должны осторожно и деликатно говорить о смерти с ребенком-олигофреном, называть вещи своими именами и снимать с события ореол таинственности, помогая ребенку осваивать реальность.

Важным является вопрос о том, нужно ли ребенку присутствовать на похоронах. Это в первую очередь зависит от того, насколько он эмоционально устойчив, а также необходимо учитывать, был ли у ребенка хотя бы маленький опыт такого рода и как он на этот опыт отреагировал. Возможно, он уже видел смерть животного: например, собаки или канарейки, с которыми играл. Подобный опыт очень важен для ребенка с нарушением интеллекта. С одной стороны, это реальная смерть живого существа, а с другой стороны, умершее существо — не человек, поэтому это зрелище не наносит существенной травмы детской психике.

Если взрослые все же решили взять ребенка-олигофрена на похороны, им следует позаботиться о том, чтобы он на церемонии не был предоставлен самому себе. С ним рядом должен обязательно находиться взрослый, который может доступно объяснить, что в неживом теле, лежащем в гробу, уже нет того, кто был ребенку дорог при жизни. Родителям следует провести с ребенком доступную его пониманию беседу о душе и теле и о том, что отлетевшая от плоти душа человека и есть то, что было ему так дорого и что останется с ним после смерти.

Родители должны помочь подростку-олигофрену пережить факт смерти близкого человека и убедить его в том, что чувства, испытываемые им в этой ситуации — будь то страх, отчаяние или агрессия, — вполне нормальны, естественны и не заслуживают никакого осуждения.

Подготовка подрастающего поколения к пониманию смерти должна быть комплексной. Речь идет прежде всего о создании системы взглядов, в основе которой с самого слова «смерть» будет снято табу, и дети с нарушениями интеллекта почувствуют, что они могут без страха и смущения говорить об этом, и смогут верить в то, что родители действительно интересуются их мнением. Подобная подготовка подразумевает под собой организацию бесед на темы смерти, чтение книг, просмотр видеофильмов, которые содержат

в себе вопросы о смысле бытия и небытия, описывают сюжеты, связанные со смертью (войнами, катастрофами, неизлечимыми заболеваниями и др.) с последующим их обсуждением.

При соблюдении данных рекомендаций умственно отсталыми подростками будут лучше усваиваться категории «жизнь» и «смерть», что, в свою очередь, положительно скажется на их адаптационном потенциале.

Литература

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология. М., 1997.
2. Власов Е. Дети и смерть. М., 2002.
3. Воронков С.С. Тракта́т о жизни и смерти. М., 1998.
4. Габрунер М., Соколовская В. Эмоционально-личностный тест Сказка // Обруч. 2003, № 2.
5. Елисеева М.В. О проблемах работы со смертью в позитивной психотерапии // Журнал практического психолога. 1999, № 7–8, июль-август.
6. Захаров А.И. Психология неврозов у детей и подростков. Л., 1982.
7. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб., 2000. 310 с.
8. Исаев Д.Н., Новикова Т.О. Нужна ли подросткам помощь в восприятии смерти? // Вопросы психологии. 2003, № 3, С. 110–111.
9. Лаврикова И.Н. Молодежь: отношение к смерти // Социологические исследования. 2001, № 4. С. 134–137.
10. Лисина Е.В. Страх как психотелесный опыт ребенка // Дефектология. 2001, № 5.
11. Новикова Т.О. Запретная тема // Человек. 2002, № 5.
12. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах (как стать собственным психотерапевтом). М., 1993. 240 с.
13. Ремарк Э.М. Жизнь взаймы. М., 1992.
14. Роменец В.А. Жизнь и смерть в научном и религиозном истолковании. Киев, 1989.
15. Сапогова Е.Е. Психология развития человека: Учебное пособие, М., 2001.
16. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. М., 2000.
17. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными. Венгрия, 1981.

18. *Шенкао М.А.* Смерть как социокультурный феномен. Киев-М., 2003.

Вопросы и задания

1. Какие обычно чувства вызывает смерть близких у детей с интеллектуальной недостаточностью?
2. Как воспринимают смерть подростки с сохранным и нарушенным интеллектом?
3. Каковы типичные представления о смысле жизни и смерти у умственно отсталых подростков?
4. Стоит ли детей с нарушением интеллекта специально обучать пониманию и принятию смерти? Почему?

Темы для докладов и рефератов

1. Особенности восприятия смерти мальчиками и девочками из коррекционных школ.
2. Организация психолого-педагогической помощи умственно отсталым детям, перенесших утрату родителя.
3. Представления подростков с интеллектуальной недостаточностью о смысле жизни и смысле смерти.
4. Формирование смысловых категорий у умственно отсталых детей в семье.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
-------------------	---

Раздел 1

Психолого-педагогическая диагностика детей с ограниченными возможностями здоровья	6
--	----------

1.1. Задачи и принципы диагностики детей с ограниченными возможностями здоровья	6
1.2. Диагностика нервно-психических нарушений у школьников с интеллектуальным недоразвитием	13

Раздел 2

Психолого-педагогическая коррекция изменений личности у детей с эпилепсией и эпилептическим синдромом, обучающихся во вспомогательной школе	47
--	-----------

2.1. Дифференциация эпилепсии и эпилептического синдрома	48
2.2. Причины возникновения эпилепсии и эпилептического синдрома	54
2.3. Психологическая коррекция	68

Раздел 3

Социализация агрессивного поведения младших школьников с интеллектуальными нарушениями	77
---	-----------

3.1. Теоретические вопросы детской агрессии и агрессивности	77
3.2. Диагностика и социализация агрессивного поведения младших школьников с нарушенным интеллектом	84

Раздел 4

Методы психотерапии как средства психологической коррекции детей с интеллектуальной недостаточностью	186
---	-----

- | | |
|---|-----|
| 4.1 Психотерапия как средство психологической
коррекции агрессивного поведения детей
с нарушением интеллекта | 106 |
| 4.2. Анализ методов психотерапии как средства
психокоррекции агрессивного поведения детей
с нарушением интеллекта | 110 |
| 4.3. Экспериментальная часть | 130 |

Раздел 5

Социально-педагогическая работа с семьями, имеющими детей с отклонениями в развитии	138
---	-----

- | | |
|---|-----|
| 5.1. Анализ состояния семьи, воспитывающей ребенка с
отклонениями в развитии | 138 |
| 5.2. Анализ опыта социальной помощи семьям,
воспитывающим ребенка с отклонениями
в развитии, в современной России | 149 |
| 5.3. Опыт-экспериментальная работа | 154 |

Раздел 6

Особенности поведения детей с ограниченными воз- можностями в кризисных ситуациях	175
--	-----

- | | |
|--|-----|
| 6.1. Анализ проблемы в зарубежной литературе | 175 |
| 6.2. Анализ проблемы в отечественной литературе | 183 |
| 6.3. Эмпирическое исследование поведения детей
со сниженным интеллектом в кризисной
ситуации | 197 |

Раздел 7

Технологии коррекции вторичных дефектов у умственно отсталых детей с диагнозом имбецильность	207
--	-----

- | | |
|--|-----|
| 7.1. Теоретическое осмысление проблемы | 207 |
| 7.2. Коррекционная работа | 225 |

Учебное издание

**Завражин Сергей Александрович
Фортова Любовь Константиновна**

**АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**Компьютерная верстка О. Максимова
Корректор О. Наумова**

**ООО «Академический Проект»
Изд. лиц. № 04050 от 20.02.01.
111399, Москва, ул. Мартеновская, 3**

**Санитарно-эпидемиологическое заключение
Департамента государственного
эпидемиологического надзора
№ 77.99.02.953.Д.0086.63.11.03 от 28.11.2003 г.**

**ООО «Трикта»
111399, Москва, ул. Мартеновская, 3**

*По вопросам приобретения книги просим обращаться
в ООО «Трикта»:*

**111399, Москва, ул. Мартеновская, 3
Тел.: (095) 305 3702; 305 6092; факс: 305 6088
E-mail: aproject@ropnet.ru
www.aproject.ru**

**Подписано в печать с готовых диапозитивов 18.10.05
Формат 84х108/32. Гарнитура Балтика. Бумага офсетная
Печать офсетная. Усл. печ. л. 21. Тираж 3000 экз.
Заказ № 5541.**

**Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных диапозитивов в ОАО «Дом печати — ВЯТКА»
610033, г. Киров, ул. Московская, 122**

КНИГА — ПОЧТОЙ

ИЗДАТЕЛЬСКО-КНИГОТОРГОВАЯ ФИРМА

«ТРИКСТА»

*предлагает заказать и получить по почте книги
следующей тематики:*

- ▶ психология
- ▶ философия
- ▶ история
- ▶ социология
- ▶ культурология
- ▶ учебная и справочная литература
по гуманитарным дисциплинам для ву-
зов, лицеев и колледжей

Прислав маркированный конверт с обратным адресом,
Вы получите каталог, информационные материалы
и условия рассылки.

Наш адрес:

**111399, Москва, ул. Мартеновская, 3,
ООО «Трикта», служба «Книга — почтой».**

Наш адрес в интернете: **www.aproject.ru**

Заказать книги можно также по
тел.: (095) 305-37-02, факсу: 305-60-88,

или по электронной почте:

e-mail: aproject@ropnet.ru

Просим Вас быть внимательными и указывать полный
почтовый адрес и телефон/факс для связи.

С каждым выполненным заказом Вы будете получать
информацию о новых поступлениях книг.

ЖДЕМ ВАШИХ ЗАКАЗОВ!

**Издательство
«АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ»
предлагает:**

**Маралов В.Г.
Бучилова И.А. и др.**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ОРИЕНТАЦИИ ПЕДАГОГОВ
НА ЛИЧНОСТНУЮ МОДЕЛЬ
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДЕТЬМИ**

2005. — 288 с., пер.

В монографии дается общая характеристика ориентации педагогов на дисциплинарную и личностную модель взаимодействия с детьми; рассматриваются факторы, обуславливающие тип ориентированности: самопринятие личности, психологические защиты, стереотипы; особое внимание уделяется проблеме формирования терпимости. Раскрываются психологические условия и средства переориентации педагогов с дисциплинарной на личностную модель взаимодействия.

Работа предназначена для психологов, руководителей образовательных учреждений, студентов — будущих специалистов в сфере практической психологии, всех тех, кто интересуется вопросами совершенствования взаимодействия взрослых и детей в образовательном процессе.

Шнейдер Л.Б.

**ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

2005. — 336 с., пер.

В настоящей книге указаны причины, истоки, виды и проявления девиантного поведения детей и подростков; раскрываются возрастные особенности взаимосвязей между уровнями развития смысловой сферы, самоорганизации времени жизни и факторами девиантного поведения, а также определяются и намечаются условия и особенности формирования социально ориентированного поведения детей и подростков.

Книга адресована прежде всего студентам, может быть полезна преподавателям-психологам и социальным работникам.

Гордеева А.В.

**РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ
ПЕДАГОГИКА**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВУЗОВ
2005. — 320 с., пер.**

Учебное пособие по курсу «Реабилитационная педагогика» предназначено для подготовки будущих педагогов и повышения квалификации уже работающих с особенными детьми.

Излагаемый в пособии материал дает понимание того, что в общеобразовательных учреждениях к особенным можно по различным параметрам отнести значительное большинство детей, имеющих риск школьной и социальной дезадаптации.

Внутренний восстановительный потенциал учащихся «запускается» в образовательной среде с реабилитационными свойствами, источником которых является педагог. Поэтому в общеобразовательном контексте ведущим является средовой подход, а диагностико-коррекционный — вспомогательным. Это позволяет учителю даже в классе нормативной наполняемости самому эффективно справляться с задачами высокой сложности. Способствует этому также освоение и использование соответствующих средств, рассматриваемых в учебном пособии.