

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования
Кафедра специальной педагогики и специальной психологии

**АСПЕКТЫ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ**

Коллективная монография

1 часть

Екатеринбург, 2016

УДК 37.015 : 376.1
ББК Ю962.19
А 90

Рецензенты:

Чудинов А. П., доктор филологических наук, профессор
Ицкович М. М., кандидат психологических наук
Хлыстова Е. В., кандидат психологических наук, доцент

Аспекты психолого-педагогического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья: коллективная монография: в 2-х частях. Часть 1 / Под общей редакцией проф. О. В. Алмазовой – Екатеринбург, Урал. гос. пед. ун-т; Ин-т спец. образования; кафедра специальной педагогики и специальной психологии. – Екатеринбург, 2016 – 252 с.

ISBN 978-5-7186-0744-4
978-5-7186-0745-1 (часть 1)

Коллективная монография составлена на основе научных исследований в форме магистерских диссертаций выпускников магистратуры 2014–2015 учебного года, обучающихся по направлению подготовки 44.04.03 – «Специальное (дефектологическое) образование». Магистерская программа «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья», по которой обучались указанные выпускники, подготовила их к научному анализу различных аспектов сопровождения, поэтому монография получила такое название.

Монография, прежде всего, предназначена для начинающих преподавателей, ведущих работу со студентами магистратуры. Может быть использована в работе со студентами бакалавриата для формирования у них мотивации поступления в магистратуру, студентами магистратуры – в качестве примера структурирования материалов научно-исследования. Кроме того, монография может оказать помощь слушателям факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образовательных организаций общей и специальной систем образования, а также всем другим лицам, заинтересованным указанными аспектами.

УДК 37.015 : 376.1
ББК Ю962.19

Коллективная монография
Аспекты психолого-педагогического сопровождения
лиц с ограниченными возможностями здоровья
1 часть

Уральский государственный
педагогический университет, 2016

*Ученому и Человеку с большой
буквы, любимому учителю,
мудрому научному наставнику
ВЛАДИМИРУ ВАСИЛЬЕВИЧУ
КОРКУНОВУ
посвящается...*

СЛОВО НАУЧНОГО РЕДАКТОРА

Благодаря процессам, происходящим в образовательной политике Российской Федерации, в системе получения высшего образования выделены три уровня: бакалавриат, магистратура, аспирантура.

Студенты магистратуры – это выпускники бакалавриата или специалитета, среди которых есть те, кто пришел в магистратуру прямо со студенческой скамьи предыдущего уровня и те, кто имеет на момент поступления различный по продолжительности опыт профессиональной деятельности.

На базе Института специального образования (ИСО) подготовка магистров в области специального (дефектологического) образования начата задолго до современных процессов его модернизации.

Первые студенты магистратуры появились в стенах ИСО в 2001–2002 учебном году. Это была так называемая экспериментальная группа студентов, которые «рискнули» на четвертом курсе обучаться параллельно по программе подготовки бакалавриата и специалитета, а по окончании четвертого курса – защитить выпускную работу и получить диплом бакалавра в области специального (дефектологического) образования. Далее они прошли такое же параллельное обучение, обучаясь одновременно на пятом курсе по программе специалитета и первом курсе магистратуры. Соответственно, через год они получили дипломы специалистов, а еще через год – дипломы магистров в области

специального (дефектологического) образования. В начале пути их было девять человек, на выпуске – восемь. Таким образом, первый выпуск магистратуры зафиксирован в ИСО в 2002–2003 учебном году.

Вместе со студентами «рискнули» на такой эксперимент, а главное, добились всех оснований для его воплощения на практике, директор Института специального образования, к.п.н., профессор Александр Николаевич Нигиев и заместитель директора по научно-исследовательской работе, к.п.н., профессор Владимир Васильевич Коркунов. Именно благодаря им, их энергии, научному наставничеству состоялся первый выпуск магистратуры. С этого времени прием студентов на обучение в магистратуру в Институте специального образования не прекращался.

Владимир Васильевич Коркунов проводил большую работу со студентами магистратуры. Он исполнял роль организатора, общего научного руководителя направления подготовки, научного руководителя отдельных магистрантов, председателя предметной комиссии во время выпускных аттестационных испытаний и многое другое. В выпускниках магистратуры он видел потенциальных аспирантов и готовил их к тому, чтобы они могли за время обучения в магистратуре понять, желают ли они отдать свои силы служению науке, могут ли выполнять более серьезные научные исследования на уровне кандидатской диссертации, тестируя свои возможности при выполнении ее «младшей сестры» – магистерской диссертации.

Владимир Васильевич Коркунов с 1996 года выполнял обязанности Председателя диссертационного совета К 212.283.06 по научной специальности «13.00.03 – коррекционная педагогика», а с 2008 года еще и по научной специальности «19.00.10 – коррекционная психология». Многие

выпускники магистратуры по завершении обучения в ней становились аспирантами и успешно защищали кандидатские диссертации. Некоторые из них после окончания магистратуры посвящали себя практике обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья, накапливали опыт работы с ними, а затем обобщали и анализировали этот опыт на уровне подготовки и защиты кандидатской диссертации. У каждого был свой путь в науку. А кто-то выбрал после окончания магистратуры путь руководителя образованием лиц с ОВЗ в различных практических образовательных организациях. Но главное, что ни для кого из выпускников магистратуры обучение в ней не прошло бесследно.

Одновременно с кропотливой работой со студентами магистратуры Владимир Васильевич Коркунов не менее кропотливо работал над подготовкой коллектива научных руководителей магистерских исследований и формировал корпус руководителей отдельных направлений подготовки студентов магистратуры и магистерских программ. Первые магистранты института обучались по общей программе, затем подготовка магистрантов стала носить более дифференцированный характер, исходя из тех направлений научных исследований, которые ведет та или иная кафедра. На сегодняшний день магистерская подготовка осуществляется на трех кафедрах ИСО, на каждой из них реализуется магистерская программа, у которой есть свой руководитель.

Пример такой работы был показан Владимиром Васильевичем Коркуновым. Выполняя должностные обязанности профессора кафедры специальной педагогики и специальной психологии, он предложил, разработал и апробировал магистерскую программу «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья». Эта программа имела неизменный успех и несмот-

ря на незначительное количество мест, выделяемых для обучения на бюджетной основе, всегда имела своих студентов, в том числе обучающихся на внебюджетной основе.

Студенты шли в магистратуру «на имя». Имя Владимира Васильевича Коркунова было для многих гарантией надежности, порядочности, профессионализма, человечности и высокой ответственности за судьбу не только выпускников магистратуры, но за судьбу науки в целом.

В июле 2013 года состоялся самый большой набор студентов на программу «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья» – 22 студента. Владимир Васильевич Коркунов с большой радостью и надеждами на предстоящую научную работу наставлял вновь прибывших студентов магистратуры, формировал в них уверенность в успехе выбранного пути, ставил перед ними конкретные цели и конкретные планы.

19 декабря 2013 года Владимира Васильевича Коркунова не стало...

Магистерская программа «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья» с трудом оправилась от тяжелой утраты и именно в память о своем создателе выжила и выпустила своих студентов. В дороге отстал только один студент, осваивающий названную программу, следовательно, выпускников в 2014–2015 учебном году было 21.

Они учились самоотверженно, они преодолевали разные сложности, в том числе апробацию модулей в рамках сетевого взаимодействия с Российским государственным педагогическим университетом им. Герцена (г. Санкт-Петербург), написание автореферата своей работы и многое другое. Главное, что все они выполнили и успешно защитили свои магистерские диссертации!

Пошел отсчет третьего года преждевременного ухода из жизни Владимира Васильевича Коркунова, неординарного человека, мудрого научного наставника, друга, профессионала, ученого – а в целом – нашего общего Любимого Учителя. Мы – ученики – посвящаем его светлой памяти наш скромный совместный труд.

В представляемую на суд читателя работу вошли не все диссертационные исследования, только часть из них. Но эта часть исследований призвана продемонстрировать бесконечное уважение к памяти руководителя магистерской программы, а также еще раз подтвердить известную всем истину: «Человек, которого мы любили, всегда рядом с нами, пока мы о нем помним!».

Поэтому у авторов данной работы есть желание – начать новую традицию – выпускать подобные монографии или сборники научных работ по итогам защищенных магистерских исследований в течение следующего учебного года после очередного выпуска магистрантов по программе «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья» в память о Владимире Васильевиче Коркунове. На наш взгляд, это будет для него лучшим памятником, произошедшим от слова «память».

*Общий научный редактор монографии,
исполняющий обязанности научного
руководителя магистерской программы:
«Психолого-педагогическое сопровождение
лиц с ограниченными возможностями здоровья»,
заведующий кафедрой специальной педагогики
и специальной психологии,
кандидат педагогических наук, профессор
Ольга Владимировна Алмазова*

ВВЕДЕНИЕ

В современной России происходят глобальные изменения во всех сферах жизни человека. Одной из таких сфер является система образования. С принятием отечественной педагогикой гуманистических тенденций в своем развитии начинается иное отношение к детям, в том числе с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В частности, в конце XX века в нашей стране начала свое развитие система сопровождения ребенка. На сегодняшний день уже сложился и продолжает складываться опыт в таких направлениях сопровождения, как: раннее сопровождение детей; сопровождение развития детей в условиях дошкольных и школьных образовательных организаций общеобразовательного типа; сопровождение детей «групп риска» по тем или иным линиям развития; сопровождение детей, имеющих опережающее развитие вплоть до одаренности. Однако самую большую группу сопровождаемых представляют дети с ограниченными возможностями здоровья. Можно сказать даже, что с момента зарождения системы специального образования сопровождение является ключевой линией профессионального поведения педагогов, психологов, социальных педагогов. Суть их деятельности всегда укладывалась в понятие «сопровождение», хотя обозначалась другими дефинициями.

На сегодняшний день теория и практика сопровождения четко соответствует основным идеям и принципам модернизации отечественной системы образования, которые предполагают создание условий для развития и самореализации любого ребенка, независимо от отсутствия или наличия тех или иных отклонений и нарушений разви-

тия у них. Одной из задач модернизации является переход от стихийных моделей психолого-педагогического сопровождения к планомерным и системным моделям.

Теория психолого-педагогического сопровождения зародилась в Санкт-Петербурге. Концепция сопровождения разработана Е. И. Казаковой в период с 1995 по 2001 годы. Теория и практика психолого-педагогического сопровождения детского развития привлекла также таких ученых-исследователей, как М. Р. Битянова, Б. С. Братусь, И. В. Дубровина, Е. И. Исаев, А. В. Мудрик, М. И. Роговцева, А. П. Тряпицына, Ф. М. Фрумин, Л. М. Шипицына, И. С. Якиманская и др.

Виды (направления) работы по психолого-педагогическому сопровождению отмечены многими специалистами в этой области в своих исследованиях. В данном случае сошлемся на классификацию, представленную Е. А. Тютиной. Она описывает следующие направления психолого-педагогического сопровождения:

- профилактика;
- диагностика (индивидуальная и групповая);
- консультирование (индивидуальное и групповое);
- коррекционная работа (индивидуальная и групповая);
- психологическое просвещение и образование: формирование психологической культуры, развитие психолого-педагогической компетентности обучающихся, администрации образовательных организаций, педагогов, родителей;
- экспертиза (образовательных и учебных программ, проектов, пособий, образовательной среды, профессиональной деятельности специалистов образовательных организаций).

Перечисленные направления психолого-педагогического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья легли в основу формулирования тем магистерских диссертаций студентов магистратуры, поэтому коллективная монография составлена на основе научных исследований в форме магистерских диссертаций выпускников магистратуры 2014–2015 учебного года, обучающихся по направлению подготовки 44.04.03 – «Специальное (дефектологическое) образование». Магистерская программа «Психолого-педагогическое сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья», по которой обучались указанные выпускники, подготовила их к научному анализу различных аспектов психолого-педагогического сопровождения, поэтому монография получила такое название.

Коллективная монография выпускается в двух частях. Структура первой части следующая: титульный лист, слово редактора, введение, 6 глав, оглавление.

Каждая глава монографии раскрывает тот или иной аспект психолого-педагогического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Первая глава монографии является своеобразным подарком читателям, поскольку представляет их вниманию материалы диссертационного исследования, выполненного в рамках обучения в магистратуре в составе так называемой «экспериментальной группы» магистрантов, о которой шла речь в предисловии редактора. Иначе говоря, первая глава представлена материалами выпускника магистратуры первого выпуска в Институте специального образования – Алмазовой (Мазаловой) Светланы Леонидовны. Примечательно то, что научным руководителем данного студента магистратуры был Владимир Васильевич Коркунов.

Материалы первой главы максимально сохранены в том виде и стиле, в каком ее материалы были представлены в содержании магистерской диссертации в 2003 году.

Глава вторая повествует о работе специального психолога в условиях комплексного сопровождения лиц с проявлениями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Глава представлена выпускницей магистратуры Барышевой Аленой Владимировной в соавторстве с научным руководителем. Глава третья раскрывает аспекты сопровождения детей, воспитывающихся в условиях насилия. Представлена выпускницей магистратуры Батаниной Ольгой Александровной в соавторстве с научным руководителем. Глава четвертая затрагивает специфику сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья (на примере детей дошкольного возраста с задержкой психического развития) через описание диагностического и коррекционного направлений деятельности специалиста в отношении выражения детьми своих эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи. Представлена выпускницей магистратуры Волгиной Татьяной Леонидовной в соавторстве с научным руководителем. Глава пятая продолжает тему сопровождения детей с задержкой психического развития, но уже обучающихся в начальных классах школы. Цель сопровождения в этом случае заключается в оптимизации межличностных отношений указанной категории детей. Представлена выпускницей магистратуры Додоновой Анастасией Викторовной в соавторстве с научным руководителем. Шестая глава монографии раскрывает аспекты психопрофилактики отклонений в становлении когнитивных процессов у детей дошкольного

возраста с нарушениями речевого развития. Представлена выпускницей магистратуры Костаревой Мариной Александровной в соавторстве с научным руководителем.

Каждая отдельная глава из выше перечисленных написана конкретным выпускником магистратуры (ныне магистром образования), поэтому имеет свой научный стиль, своеобразный язык и т.д. В связи с этим в каждой главе максимально сохранен авторский стиль каждого из магистрантов. Всех авторов объединяет то, что они выполняли свои работы под руководством одного научного руководителя – редактора монографии.

Научный редактор монографии – Алмазова Ольга Владимировна, кандидат педагогических наук, профессор – представлена в монографии разделами «Слово редактора» и «Введение». Кроме того, она выступает в качестве соавтора всех магистров выпуска 2015 года, работы которых представлены в первой части коллективной монографии.

Монография, прежде всего, предназначена для начинающих преподавателей, ведущих работу со студентами магистратуры. Может быть использована в работе со студентами бакалавриата для формирования у них мотивации поступления в магистратуру, студентами магистратуры – в качестве примера структурирования материалов научного исследования. Кроме того, монография может оказать помощь слушателям факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образовательных организаций общей и специальной систем образования, а также всем другим лицам, заинтересованным указанными аспектами психолого-педагогического сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья.

ГЛАВА 1.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ВОПРОСАХ ПОЛА У ДЕТЕЙ: НОРМАЛЬНО РАЗВИВАЮЩИХСЯ И С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ (ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ) – ОБУЧАЮЩИХСЯ МЛАДШИХ И СТАРШИХ КЛАССОВ

Алмазова Светлана Леонидовна (Мазалова С. Л.),
доцент, к.п.н., магистр выпуска 2003 года

Научный руководитель:

Коркунов Владимир Васильевич,
профессор, к.п.н.

На рубеже веков и тысячелетий резко изменились традиционные представления общества в отношении образов мужчин и женщин, их роли в социуме, в семье. Все чаще звучат термины «феминизм», «эмансипация», все больше говорят о слабости, конформности, неприспособленности современных мужчин, о падении нравственности всего общества. Традиционные представления разрушены, а новых пока нет. В последнее время все чаще встают проблемы ранних аборт, разводов молодых семей, матерей-одиночек, гражданских браков, безответственности в отношениях мужчин и женщин, отказа от детей, профилактики и лечения венерических заболеваний и т.д.

Практически каждая из названных проблем (и еще масса не названных) так или иначе касаются вопросов половой воспитанности, половой культуры населения. Чтобы добиться высоких показателей такой воспитанности и культуры, необходим продуманный подход к половому воспитанию подрастающего поколения в системе их общего нравственного становления. Ответственность за нрав-

ственность в вопросах пола ложится на плечи всех взрослых, которым доверена судьба молодого поколения, прежде всего, на родителей, педагогов, психологов, медицинских работников. Между тем, отношение к половому воспитанию в нашей стране далеко неоднозначно. Точки зрения различных специалистов резко полюсны – от доказательств крайней необходимости до его полного отрицания.

Необходимо отметить, что в отечественной науке достаточно подробно разработаны вопросы об особенностях психологического развития нормально развивающихся детей. Наиболее выдающиеся исследования в этой области принадлежат А. Б. Добровичу, Д. Н. Исаеву, В. Е. Кагану и другим. Имеются наработки в области детской сексологии и сексопатологии, благодаря работам И. С. Кона.

Тем не менее, не уделяется достаточного внимания изучению представлений о вопросах пола у детей даже нормально развивающихся, не говоря уже о детях с ограниченными возможностями здоровья. В литературе встречаются материалы об изучении некоторых представлений, например, об образе мужественности и женственности у нормально развивающихся детей. В отношении детей с умственной отсталостью имеются материалы И. Л. Белопольской [1] об изучении половозрастной идентификации детей дошкольного и младшего школьного возрастных периодов. Особенности половой идентичности у детей подросткового возраста с интеллектуальной недостаточностью изучены О. Г. Нугаевой [10]. Н. Д. Дементьева, Л. П. Поперечная, Е. Н. Табунова [2] описывают потребности детей подросткового возраста с легкой, умеренной и тяжелой умственной отсталостью, изучая и аспекты взаимоотношений с противоположным полом. Более обстоятельных исследований по

вопросам пола и особенностям представлений детей с умственной отсталостью о вопросах пола в проанализированной литературе не обнаружено. В целом изучение данных представлений у детей: нормально развивающихся и с умственной отсталостью является важным для выявления необходимости полового воспитания, так как если представления недостаточные, искаженные, безнравственные или их нет вообще, то это несет в себе большую опасность, поскольку многие сведения имеют профилактическую направленность, предостерегая от неправильных мыслей, а следовательно, и неправильных действий.

Для того чтобы как можно более подробно и грамотно изучить представления о вопросах пола, необходима разработка подходящего психодиагностического инструментария на основе знаний об особенностях психополового развития детей в онтогенезе и анализа программных требований к уровню их представлений о вопросах пола.

Исследование опирается на основные положения теории о единстве законов развития нормальных и аномальных детей (Л. С. Выготский, Т. А. Власова, А. Н. Леонтьев, М. С. Певзнер, Ж. И. Шиф и др.), в связи с чем диагностический инструментарий для обучающихся: нормально развивающихся и с умственной отсталостью необходимо создавать на основе представлений, которые должны быть сформированы у всех детей определенного возрастного периода, независимо от специфики их развития, то есть он (инструментарий) и критерии оценивания должны быть общими и едиными. Также это может помочь определить у детей общее и различное в представлениях, выявить особенности данных представлений в зависимости от интеллектуального развития.

В программах по половому воспитанию В. Е. Кагана,

Л. В. Ковинько и А. В. Меренкова определяют основные требования к представлениям обучающихся о вопросах пола. К 3-му классу дети должны знать: части тела человека вообще, мужского и женского пола в частности, роль матери и отца в происхождении детей, закономерности развития ребенка в материнском организме, различия полов; иметь представления: о здоровье и заботе о нем; о любви и согласии в семье; о планировании семьи (для чего люди женятся, что такое семья). По И. П. Петрище [12], идентификация должна пройти еще в раннем возрасте, знания о вопросах деторождения должны быть освоены детьми в дошкольном возрасте. В начальных классах происходит дальнейшее половое просвещение (как часть целостного полового воспитания), опираясь на особенности этого возраста: полоролевое становление, первые проявления сексуальности, половую гомогенизацию, пробуждение интереса к противоположному полу, интерес к вопросам пола. К концу 9-го класса обучающиеся должны иметь представления о: семье, ответственности в межполовых отношениях, мужественности / женственности, половой роли, полоролевом поведении; должны понимать чувства, отношения между полами, значение понятия «любовь», различия между полами (уже более совершенные, чем у детей младшего школьного возраста – половые различия, вторичные половые признаки, особенности поведения, психики); должны знать об особенностях физического развития своего и другого пола; иметь представления о гигиенических требованиях, заботе о своем здоровье; иметь знания (следовательно, осуществлять профилактику) о: венерических заболеваниях, начале половой жизни; иметь представления о контрацепции (по А. В. Меренкову [9] эта тема проходит в 7-м классе, а по В. Е. Кагану и Л. В. Ковинько – в 9-м

классе и далее). Вопросы пола в рамках полового воспитания освещаются как важная нравственная проблема (здесь – о проблеме ответственности во взаимоотношениях представителей полов, половой жизни без любви и т.д.).

На основе изучения указанных выше программ по половому воспитанию и опираясь на параметры психологического развития детей, были выявлены критерии исследования представлений о вопросах пола: половая аутоидентификация, полоролевое поведение, проявления мужественности / женственности, представления о деторождении, половая гомогенизация (для младших школьников); смысл семьи, любовь, нравственные позиции в вопросах пола (ответственность), гигиенические аспекты, источники информации, интерес к этой теме, представления о деторождении, аборте, контрацепции, венерических заболеваниях и др. (для старших классов).

Так как предстояло выявление достаточно большого круга представлений о вопросах пола, то самым оптимальным диагностическим инструментарием, на наш взгляд, кроме непосредственного наблюдения за обучающимися в учебной работе и во внеучебной деятельности, бесед с учителями и обучающимися, явилась анкета. Анкета – это один из видов строго формализованных методов диагностики, который представляет собой набор вопросов, каждый из которых логически связан с центральной задачей исследования. Данный метод может обеспечить:

- массовость (а нам было необходимо обследовать как можно большее количество детей для репрезентативности данных);
- стандартизацию (которая дает возможность в той или иной степени классифицировать ответы испытуемых);

– разнородность вопросов (так как в принципе каждый вопрос заслуживает отдельного рассмотрения и изучения, а в рамках анкеты возможно получить хотя бы некоторые сведения из разных тем по вопросам пола, что дает возможность проанализировать большой круг проблем, особенностей, выявить наиболее слабое место в представлениях детей и т.д.);

– экономичность (работа обучающихся с анкетой занимает максимум 15–20 минут, что не вызывает утомления и усталости);

– анонимность (это дает возможность детям отвечать откровенно и правдиво).

В исследовании обучающихся начальных классов приняли участие 45 обучающихся 3–4-х классов; из них: 15 – с умственной отсталостью: 7 мальчиков и 8 девочек и 30 – нормально развивающихся: 15 девочек и 15 мальчиков.

Для них разработана анкета из 13-ти вопросов, которые формулируются с учетом возрастных особенностей респондентов, то есть они простые и понятные. Эта анкета составлена с учетом представлений детей даже более младшего возраста (дошкольный возраст – 1–2-й класс), поэтому должна явиться хорошим инструментарием для выявления отклонений (искажений, неправильности, бедности) в представлениях обучающихся 3–4-го классов. Проанализируем ответы на вопросы данной анкеты.

1. 1-й вопрос: ты мальчик или девочка? направлен на изучение половой аутоидентификации. Анализ ответов показал, что дети этого возраста независимо от их интеллектуального развития правильно идентифицируют свою принадлежность, перверсий не наблюдается ни у кого из респондентов.

2. Анализ ответов на 2-й вопрос: чем отличаются мальчики и девочки?, направленный на изучение половой дифференциации (это дети должны освоить еще в дошкольном возрасте), показывает, что в большинстве случаев представления обучающихся младшего школьного возраста недостаточные, так как многие дети выделяют различия только по внешним признакам (волосы, одежда), по особенностям полоролевых характеристик (сила-слабость, драчливость-плаксивость, привычки и др.). Часть детей знают о половых различиях (пол, половые органы, и др.), но только единицы из них подчеркивают несколько аспектов одновременно (и пол, и разницу полоролевых характеристик). Наблюдаются различия в зависимости от пола и интеллектуального развития детей:

- умственно отсталые девочки не смогли ответить на этот вопрос – уровень их представлений самый низкий;

- умственно отсталые мальчики выделяют разницу только по внешним признакам либо не знают разницы – уровень их представлений недостаточный;

- нормально развивающиеся мальчики на первое место ставят разницу в полоролевых характеристиках (причем, иногда проявляя неуважение к умственным способностям девочек), на второе место ставят разницу по половым признакам, а также по полу и характеру, на третье место – внешние признаки. Это свидетельствует о более высоком уровне представлений по сравнению с умственно отсталыми сверстниками, но, в то же время, не говорит о достаточности их представлений в полной мере, так как многие из их представлений характерны для детей дошкольного возраста.

- нормально развивающиеся девочки представляют

уровень наиболее высокий по сравнению с одноклассниками мужского пола, тем не менее, примерно 50% из них также имеют недостаточность представлений.

3. В 3-м задании нужно распределить различные качества (слабость, сила, нежность, храбрость, плаксивость, драчливость) в зависимости от их большей отнесенности к мужскому или женскому полу. Оно направлено на изучение представлений о полоролевых характеристиках полов (о мужественности / женственности). Анализ показал следующее:

– у обучающихся с умственной отсталостью в основном стандартные представления о женственности / мужественности, хотя некоторые девочки дают несколько необдуманные (неосознанные) ответы, относя к характеристикам девочек «силу и плаксивость» или «слабость и силу», а все остальные характеристики – к мальчикам. Одна из девочек так и не поняла, что нужно сделать;

– у нормально развивающихся мальчиков в основном стандартные представления, сформированные взрослыми и собственными наблюдениями, кроме «спорных» качеств – нежности и силы (видимо, последнее говорит о их наблюдениях за современной жизнью и необходимости женщинам быть сильными – «сильным» полом);

– у нормально развивающихся девочек стандартные представления продемонстрировали только три девочки; в ответах больше оказалось «спорных» качеств: плаксивость (у современных мужчин), храбрость (у современных женщин), сила, нежность, драчливость. То есть у девочек более реалистичные представления о современной мужественности / женственности. Они судят не абстрактно, а на основании конкретных примеров, не оторванных от действительности.

4. Анализ ответов на 4-й вопрос: как появляются дети?, направленный на изучение осведомленности в вопросах деторождения (которые должны уже быть им известны в данном возрасте), показывает следующее:

– умственно отсталые девочки либо не имеют данных представлений, либо имеют инфантильные представления («из живота», «рождаются»); не указывают роли отца; тем не менее, нереальных представлений у них нет;

– умственно отсталые мальчики имеют реальные представления, не обозначая роли отца (только один ребенок), остальные пока имеют более инфантильные представления («из живота», «из девочек»);

– нормально развивающиеся мальчики в большинстве случаев имеют тоже инфантильные представления («из живота»); нереальные представления («вытаскивают из живота», «из яйца», «из капусты»); остальная часть мальчиков имеют реальные представления, иногда описывая это подробно с точки зрения физиологии;

– нормально развивающиеся девочки в небольшой своей части имеют также инфантильные представления, другая часть девочек не знают или не ответили на этот вопрос, часть имеют искаженные представления («из капусты»). Менее 50% девочек имеют реальные представления, понимают сущность деторождения, знают о роли мужчины, но в своем большинстве выражают это цинично и грубо либо, напротив, детским языком.

Таким образом, этот вопрос тоже имеет разную трактовку в зависимости от пола и интеллектуального развития: самый низкий уровень у умственно отсталых девочек, самый высокий – у их нормально развивающихся сверстниц. Несмотря на это, даже уровень по-

следних нельзя считать достаточным, так как их представления, хотя и отличаются осведомленностью, информированностью, просвещенностью в вопросах пола, являются наиболее циничными, они не окрашены любовью. Одновременно их ответы свидетельствуют о более раннем половом созревании по сравнению с мальчиками-сверстниками.

5. 5-й вопрос: откуда ты узнал(а) об этом? выявляет источники информации о вопросах пола, на которые указывают обучающиеся:

– обучающиеся с умственной отсталостью более чем в половине случаев указывают на неизвестность (или отсутствие) источников, остальные – на информацию от родителей;

– нормально развивающиеся обучающиеся: мальчики указывают среди источников: литературу; родителей, которые, судя по ответам детей, дают не всегда реальную информацию, а то и искаженную; телевизор; друзей; случайные источники. Некоторые девочки указывают в качестве источника своих друзей и именно ответы этих девочек полны цинизма и физиологичности. Для других девочек источниками являются: телевизор (формирование искаженных представлений); родители (есть случаи формирования адекватных возрасту представлений); книги; неизвестность источников.

Таким образом, можно констатировать, что в большинстве случаев родители и научная литература не являются главными источниками информирования детей о вопросах пола. Литературу, в основном, читают нормально развивающиеся мальчики, девочки же в качестве подходящего источника информации видят друзей. Информа-

ция, даваемая детям родителями, не всегда точна и реальна, что создает базу для формирования искаженных и нереальных представлений у детей по вопросам пола.

6. Анализ ответов на 6-й вопрос: с кем ты чаще играешь (с мальчиками, с девочками, с теми и другими)?, направленный на изучение взаимоотношений с противоположным полом, показал, что все обучающиеся желают общаться с представителями своего пола (в приоритете), а также с девочками и с мальчиками вместе (с теми и другими):

- умственно отсталые девочки показали соотношение – 5:3 (5 выборов своего пола и 3 выбора – неадекватные ответы);

- умственно отсталые мальчики показали соотношение – 5:2 (5 случаев – выборы своего пола, 2 случая – с теми и другими);

- нормально развивающиеся мальчики показали соотношение – 10:5 (10 случаев – выборы своего пола, 5 случаев – с теми и другими);

- нормально развивающиеся девочки показали соотношение – 9:6 (9 случаев – выборы своего пола, 6 случаев – с теми и другими).

Таким образом, можно констатировать явление половой гомогенизации у девочек и мальчиков независимо от уровня их интеллектуального развития. У нормально развивающихся девочек наблюдается большее стремление общаться с мальчиками, причем с мальчиками более старшего возраста.

7. Анализ ответов на 7-й вопрос: с кем бы ты хотел(а) играть (с девочками, с мальчиками, с теми и другими)?, направленный на изучение интереса к противоположному полу, показал следующие результаты:

– умственно отсталые девочки показали соотношение – 5:3 (5 – выбор своего пола, 3 – с теми и другими);

– умственно отсталые мальчики показали соотношение – 3:4;

– нормально развивающиеся мальчики – 6:9;

– нормально развивающиеся девочки – 5:10.

Таким образом, интерес к противоположному полу есть у всех детей, но меньше он выражен у обучающихся с умственной отсталостью, особенно у девочек (видимо, у них этот интерес появляется позже, так как у них имеется определенного характера несформированность, «застывание» на более младшем возрасте, незрелость); у нормально развивающихся мальчиков он выражен уже больше (хорошо видна разница соотношений реального положения и желаемого). У нормально развивающихся девочек интерес к противоположному полу выражен не только в мыслях (мечтах), но уже проявляется реально – в общении со сверстниками мальчиками более старшего возраста.

8. Анализ ответов на 8-й вопрос: зачем люди женятся?, направленный на изучение понимания смысла семьи, показал следующие результаты:

– умственно отсталые девочки либо не знают ответа на этот вопрос, либо видят смысл семьи в рождении детей; есть единичный ответ, затрагивающий чувство любви;

– умственно отсталые мальчики в своем большинстве не могут ответить на вопрос о смысле семьи или видят его в рождении детей, хотя представления их недостаточные и односторонние;

– нормально развивающиеся мальчики в своем большинстве видят смысл семьи в рождении детей; на втором месте – жизнь друг для друга. И только некоторые

из них выделяют одновременно два аспекта, взаимосвязанных друг с другом, например, «любовь и дети». Таким образом, их представления в большинстве односторонние, неполные;

– нормально развивающиеся девочки имеют более реальные представления, выделяя в большинстве случаев одновременно два аспекта, в их ответах присутствует суждение «друг для друга»; также присутствуют ответы, отражающие потребительское отношение к лицам противоположного пола: «чтобы всю самую трудную работу отдать мужчинам»; некоторые смысл семьи видят в «размножении», есть ответы: «не знаю». В целом, для девочек этого возраста характерно несколько грубоватое, циничное отношение к подобным вопросам.

Таким образом, представления о смысле семьи у детей младшего школьного возраста в большинстве случаев недостаточны и односторонни.

9. Анализ ответов на 9-й вопрос: тебе нравится, когда девочки и мальчики курят?, направленный на изучение нравственности, знаний о гигиене, заботы о своем здоровье показывает, что все дети пока на этом возрастном этапе имеют достаточно сформированные идеальные представления о вреде курения (в основном, эта проблема встает позже – в подростковом возрасте). Это дает возможность воспитательных воздействий на детей со сформированным представлением в идеале (теоретически), то есть педагогическая задача – закрепить эту позицию в представлениях детей младшего школьного возраста по отношению к курению и на практике при переходе их в подростковый возрастной период.

10–11. Анализ ответов на 10-й и 11-й вопросы: во что

одеваются девочки? во что одеваются мальчики?, направленные на изучение половой дифференциации и полоролевого поведения по признаку одежды, выявил, что эти представления сформированы у всех детей (так как эти представления формируются еще в дошкольном возрасте), только у обучающихся с умственной отсталостью представления менее объемные, выражаются однословно по сравнению с нормально развивающимися обучающимися. Для умственно отсталых девочек характерны слишком обобщенные ответы: «в одежду». Нормально развивающиеся девочки не только дают ответы, они предпринимают попытки рассуждений, в которых просматриваются реакции эмансипации и нигилизма, что характерно для детей младшего подросткового возраста.

12–13. Анализ ответов на 12-й и 13-й вопросы: во что любят играть девочки? во что любят играть мальчики?, направленные на изучение полоролевых особенностей по признаку игр, показывает, что представления об играх мальчиков и девочек имеют все обучающиеся младшего школьного возраста, иначе говоря: имеется сформированность этих представлений. Только у обучающихся с умственной отсталостью они менее объемные по высказыванию и более инфантильные по содержанию, чем у нормально развивающихся обучающихся. Через анализ этих представлений хорошо просматриваются отношения между полами, например, пренебрежение играми другого пола и снисходительно-ироническое отношение к ним. Например, по мнению нормально развивающихся мальчиков, девочки любят играть в куклы, в «классики», мягкими игрушками, то есть предпочитают «неприкольные, легкие игры». А нормально развивающиеся девочки с юмором отмечают про

любовь их мальчиков-сверстников к играм «во все то, что на колесах». Эти моменты могут быть объяснены явлениями половой гомогенизации и даже половой сегрегации.

Таким образом, можно отметить зависимость представлений от пола детей (у нормально развивающихся девочек они выше, чем у мальчиков той и другой изучаемой категории; у умственно отсталых девочек они ниже, чем у их одноклассников), а также от уровня интеллектуального развития (у обучающихся с умственной отсталостью они менее достаточные, более инфантильные, иногда – слишком обобщенные, слабо дифференцированные). Наблюдаются явления половой гомогенизации и пробуждающийся интерес к противоположному полу. У всех детей младшего школьного возраста представления имеют недостаточный уровень сформированности, некоторые представления искажены или отсутствуют вообще.

Все вышесказанное можно изобразить графически в виде диаграммы. Для ее составления выбраны ответы на основные вопросы анкеты, которые отражают уровень представлений о вопросах пола у обучающихся младшего школьного возраста, это: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10–11, 12–13. Остальные вопросы не включались, так как они были направлены не на определение уровня представлений, а на выявление источников информации о вопросах пола и на изучение особенностей психологического развития детей. Вопросы 10–11 и 12–13 были сгруппированы попарно в силу их общей направленности. Таким образом, было выбрано 8 основных ответов, отражающих представления о вопросах пола.

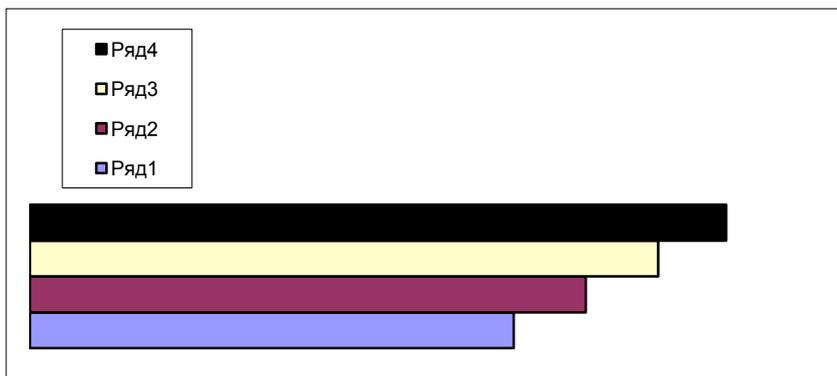
Каждый ответ на вопрос анкеты анализировался как в зависимости от общих особенностей всех детей млад-

шего школьного возраста, так и от категории, а внутри каждой категории – в зависимости от половой принадлежности. Поэтому по начальным классам у нас получилось четыре группы: умственно отсталые девочки, умственно отсталые мальчики, нормально развивающиеся мальчики, нормально развивающиеся девочки.

Ответы на выбранные вопросы анкеты анализировались в каждой группе отдельно по среднему показателю, то есть по общим тенденциям, наиболее характерным для ее членов (по большинству ответов и по преобладающим ответам) – таким образом выводился средний балл. Ответы детей оценивались в диапазоне от 0 до 1 балла (0,1; 0,2; 0,3 и т.д.). Максимально каждый ответ мог быть оценен в 1 балл. Таким образом, максимальное количество баллов после ответов на все вопросы могло достичь 8-ми баллов. Показатель 8 баллов является балльным критерием оптимального уровня представлений детей младшего школьного возраста о вопросах пола. Он отражает уровень тех представлений, которым дети данного возраста должны обладать. Более того, этот уровень соответствует представлениям детей даже более младшего возраста (согласно проанализированным нами программам), с учетом того, что вопросы рассчитаны и на детей с умственной отсталостью, иначе говоря, это – нормативный уровень представлений о вопросах пола детей младшего школьного возраста.

Судя по диаграмме (рис. 1), можно отметить, что нормального уровня представлений (8 баллов) не достигла ни одна группа обучающихся (примечание: отметка в восемь баллов соотносится с правой чертой рамки, в которую заключены ряды). Это наглядно подтверждает вывод о недостаточности, искаженности, несформированно-

сти представлений о вопросах пола у детей младшего школьного возраста независимо от их интеллектуального развития и половой принадлежности. Тем не менее, видно, что уровень представлений несколько варьируется в зависимости от группы. Наиболее низким он является у умственно отсталых девочек – 4,7 балла. Выше оказался уровень у умственно отсталых мальчиков – 5,3 балла. Более высокий уровень продемонстрировали нормально развивающиеся мальчики – 5,9 балла. Самый высокий уровень показали нормально развивающиеся девочки – 6,6 балла. Но даже они не достигли того минимального уровня представлений, которым должны обладать дети данного возраста.



Ряд 1 – умственно отсталые девочки
Ряд 2 – умственно отсталые мальчики
Ряд 3 – нормально развивающиеся мальчики
Ряд 4 – нормально развивающиеся девочки

Рис. 1. Диаграмма распределения уровней представлений о вопросах пола у обучающихся начальной школы

Таким образом, нормально развивающиеся обучающиеся имеют более высокий уровень представлений о вопросах пола, но в целом разброс показателей по сравнению с обучающимися с умственной отсталостью не такой большой. В целом, можно сделать вывод о том, что все обучающиеся младшего школьного возраста (вне зависимости от их интеллектуального развития и пола) нуждаются в половом воспитании, в том числе и в начальном (элементарном) половом просвещении. Необходимо расширение и уточнение представлений о вопросах пола, наполнение их нравственным содержанием, окрашенность чувствами.

Для детей подросткового возраста была составлена уже другая анкета, учитывающая возрастные и психологические особенности обучающихся старших классов, а также программные требования к уровню их представлений о вопросах пола.

Анализ состава вопросов анкеты для обучающихся старших классов.

Анкета содержит 23 вопроса, выявляющих большой объем представлений о вопросах пола. Вопросы составлены с учетом возраста, понимания, поэтому все они открытые, что требует от респондентов размышлений, дает возможность задуматься о важных темах. Кратко охарактеризуем состав вопросов анкеты.

1. Укажите свой пол? Данный вопрос направлен на выявление половой аутоидентификации (как и для обучающихся начальных классов).

2. Какими качествами должна обладать женщина? Этот вопрос (и четвертый вопрос данной анкеты) направ-

лен на изучение полоролевого поведения (представления об образах мужественности / женственности) – по качествам характера, внешности и т.д.

3. Чем отличаются мужчины и женщины? Этот вопрос направлен на изучение половой дифференциации (звучит, как и для обучающихся начальных классов. Цель – выявить усложнившиеся, более совершенные и объективные представления).

4. Какими качествами должен обладать мужчина? (см. объяснения ко 2-му вопросу данной анкеты).

5. Как появляются дети? Это вопрос направлен на изучение представлений о деторождении.

6. Что такое любовь? Этот вопрос выявляет представление о любви как нравственной философской категории и общечеловеческой ценности.

7. Зачем люди женятся? Этот вопрос выявляет представления о семье, смысле брака.

8. Как мужчины должны относиться к женщинам?

9. Как женщины должны относиться к мужчинам?

Восьмой и девятый вопросы выявляют представления об особенностях межполовых отношений (нравственный аспект).

10. В каком возрасте можно начинать половую жизнь, по вашему мнению? Этот вопрос направлен на изучение знаний о физиологии пола.

11. Можно ли вступать в половые контакты без любви, ради интереса? Выявляет также знания о физиологии. Кроме этого, десятый и одиннадцатый вопросы выявляют нравственную позицию обучающихся в вопросах пола.

12. Что такое контрацепция? Какие контрацептивы ты знаешь?

13. Что такое венерические заболевания? Назови их.

14. Можно ли забеременеть после первого полового акта?

15. Что такое аборт? Опасен ли он?

Этот блок вопросов (12–15) направлен на выявление уровня владения детьми подросткового возраста важнейшей информацией о контрацепции, венерических заболеваниях, механизмах зачатия, об аборте и его опасностях. Причем важно установить не просто уровень осведомленности в этих вопросах, но, прежде всего, осознанность их важности, поскольку данная информация носит профилактический характер.

16. Можно ли курить беременным женщинам? Почему? Этот вопрос посвящен выявлению представлений детей подросткового возраста о гигиене беременности и ответственности за будущее поколение.

17. Кто должен нести ответственность за наступившую беременность? Вопрос направлен на изучение нравственных аспектов формирующихся представлений о мере ответственности того и другого пола за появление детей.

18. Откуда ты узнаешь информацию, связанную с половыми вопросами? Вопрос выявляет источники информации, которые используются обучающимися в повседневной жизни. Полученная информация может помочь установить источники неточной, искаженной информации, а также изучить детско-родительские отношения, меру доверия детей подросткового возраста взрослым, особенно взаимоотношений со сверстниками и др.

19. Тебя интересуют эти вопросы?

20. Ты бы хотел(а) знать об этом больше?

Девятнадцатый и двадцатый вопросы посвящены изучению интереса респондентов к вопросам пола и желания узнавать об этом больше.

21. Какие из этих вопросов интересуют тебя больше всего?

Данный вопрос интересен нам как специалистам, дающим информацию детям, он выявляет самые значимые вопросы для детей этого возраста.

22. Ты стесняешься говорить об этом? Этот вопрос изучает отношение детей подросткового возраста к обсуждаемым темам (смущение, вызванное нравственными запретами общества, семьи, взрослых вообще; вызывающее чувство стыда, отвращение; спокойное и адекватное восприятие и т.д.).

23. Ты бы хотел(а), чтобы тебе об этом рассказывали в школе? Это очень важный вопрос для нас: для специалистов и для всего общества, помогающий разрешить некоторые противоречия: нужно ли половое воспитание в школе (как смотрят на это дети подросткового возраста). Об этом много говорят взрослые (нужно ли?), но детей самих об этом никогда не спрашивают, считают их еще не способными понимать данные темы и отвечать за себя, хотя это не совсем так.

Анкетирование обучающихся старших классов было проведено в 9-х классах. Всего в эксперименте приняли участие 38 обучающихся подросткового возраста (14–15 лет). Из них: 19 – обучающихся с умственной отсталостью: 7 девушек и 12 юношей; и 19 – нормально развивающихся обучающихся: 8 девушек и 11 юношей.

Анкета всем обучающимся старших классов представлялась следующим образом: «Ребята, вы уже взрослые,

и нам бы хотелось узнать ваши взгляды на некоторые очень важные вопросы, которые касаются каждого из нас. Они относятся к теме: «Половое воспитание». Не смущайтесь, не подглядывайте друг к другу, отвечайте искренне и серьезно, ваше мнение может повлиять на взгляды ученых и, возможно, на введение в школу предмета по половому воспитанию. Эти анкеты (раздаются анкеты) анонимные, то есть вам не нужно писать свои имена и фамилии, поэтому отвечайте как можно более правдиво. Нам это очень важно. Этот эксперимент проводится в разных школах города, в этой школе для анкетирования выбран именно ваш класс, потому что вы очень серьезные и ответственные ребята! Если кому-нибудь из вас не хватит места в отведенных для ответов строчках, можете написать на обратной стороне листа, только нужно обязательно поставить номер вопроса, на который вы отвечаете. Пожалуйста, приступайте!».

Проанализируем полученные результаты анкетирования обучающихся старших классов.

1. Половая идентификация (аутоидентификация) у всех обучающихся старших классов сформирована адекватно, все дети подросткового возраста правильно идентифицируют свою принадлежность к мужскому или женскому полу; перверсий не выявлено.

2. Изучение представлений об особенностях полоролевого поведения показало следующие результаты (анализ идет на основании 2-го и 4-го вопросов анкеты).

Образ женственности. Представления об образе женственности сформированы у всех обучающихся, но имеют разницу в зависимости от пола и интеллектуального развития:

– умственно отсталые юноши дают достаточно одно-
сложные ответы, их представления самые скудные и од-
носторонние («красота», «умение готовить»), у некоторых
имеются неадекватные ответы («отличными, добрыми ка-
чествами»); только часть из них имеют более полные
представления, выделяя сочетание качеств (максималь-
но – два); во всех ответах присутствует критерий красоты,
другие же качества, характерные для образа женственно-
сти (доброта, ласка, нежность и др.), встречаются в их от-
ветах реже, хотя именно эти качества и являются более
актуальными для образа женственности;

– нормально развивающиеся юноши показывают более
высокий уровень представлений, большинство из них дают
сочетание признаков (два-три); самые часто упоминаемые кри-
терии – «ум и красота», двое выделяют только красоту, один
выражает традиционный взгляд на женственность: «должна
прибираться и мыть посуду»; неадекватных ответов не отмечено;

– достаточно высокий уровень представлений проде-
монстрировали все девушки, их ответы более распростра-
ненные: у умственно отсталых девушек критерий красоты
есть в каждом ответе, но он сочетается с другими качест-
вами – «ум, доброта». Неадекватных ответов не отмечено.
У нормально развивающихся девушек критерий внешности
(красота) не преобладает, на первом месте – «доброта».
Есть один неадекватный ответ: «физическими, половыми,
психическими качествами» (точно такой же по формулиров-
ке ответ зафиксирован среди умственно отсталых юношей).

Образ мужественности. Представления об образе в
целом также сформированы у обучающихся старших
классов, но варьируются в зависимости от пола и уровня
интеллектуального развития:

– у умственно отсталых юношей представления недостаточные, односторонние; чаще всего повторяются ответы о красоте и силе. Имеется несколько неадекватных ответов; два молодых человека выделили очень важное в образе мужественности: «уважение к женщине» (нравственный аспект);

– у девушек в целом уровень представлений выше, большинство из них выделяют сочетание признаков. Умственно отсталые девушки к преобладающим критериям относят «красоту и ум», нормально развивающиеся – «доброту, ум, силу, мужество», присутствует такой ответ: «умение содержать семью». Ответы нормально развивающихся девушек более объемные и развернутые, также ими предъявляются большие требования к мужчинам, чем к себе (по всем высказываниям);

– самый высокий уровень представлений – у нормально развивающихся юношей. Представления об образе мужественности у них сформированы в большем объеме и качестве, чем представления об образе женственности. Большинство из них дают объемные, полные ответы, выделяют такое важное качество, как «благородство». Есть ответы: «чтобы все делал для женщины» (нравственный аспект). Ответ: «должен прибираться и готовить еду» говорит о личном опыте (пример отца) или о понимании того, что в жизни нет сугубо «мужских» и «женских» обязанностей. Таким образом, молодые люди предъявляют к себе более высокие требования, чем к девушкам, то есть мужчины принимают к себе повышенные требования женского пола, что, по-видимому, является определенной тенденцией современности.

3. Изучение половой дифференциации показывает недостаточный уровень сформированности представлений, зависящий, в основном, от уровня интеллектуального развития:

– умственно отсталые юноши, в основном, выделяют в качестве отличительного главный признак – пол, но о сочетании признаков не говорит почти никто. То есть уровень недостаточный, несколько инфантильный. Хотя если сравнивать результаты умственно отсталых обучающихся начальных классов, то положительная динамика отчетливо просматривается (в 3-м классе мальчики либо не знают отличий, либо выделяют внешние признаки: «волосы, одежда»). Иначе говоря, видна динамика в рамках категории умственно отсталых обучающихся мужского пола;

– при сравнении представлений умственно отсталых обучающихся с представлениями их нормально развивающихся сверстников в этом вопросе наблюдается интересная тенденция: представления нормально развивающихся девочек начальных классов соотносимы с представлениями умственно отсталых юношей и девушек, обучающихся в девятых классах;

– половина умственно отсталых девушек указывает только на один признак – пол, только некоторые говорят о сочетании признаков;

– нормально развивающиеся юноши показывают достаточно высокий уровень по сравнению со сверстниками – обучающимися с умственной отсталостью. Большинство из них выделяют сочетание признаков. Самое высокое – сочетание трех признаков: пол, полоролевая характеристика, особенности внешности. Но все-таки общий показатель уровня недостаточный, так как почти половина из них дают более инфантильные ответы, выделяя только один признак: пол или полоролевую характеристику;

– нормально развивающиеся девушки выделяют со-

четание признаков (максимально – два признака); 1/3 ответов – более инфантильные, так как в них выделяется только какой-либо один дифференциальный признак.

4. Изучение представлений обучающихся о деторождении показало, что их общий уровень недостаточный, требующий уточнения, расширения, пояснения:

– самый низкий уровень представлений имеют умственно отсталые девушки. Половина из них имеют реальные представления, выражения лишены циничности и грубости (по сравнению с нормально развивающимися девочками начальных классов). Другая половина из них не дали ответа и есть один нереальный ответ;

– представления умственно отсталых юношей с точки зрения динамических изменений имеют более совершенный уровень, но половина данных респондентов обладают инфантильными представлениями: «от женщины», «из женщины»;

– нормально развивающиеся юноши в половине случаев имеют реальные представления; вторая половина из них дают инфантильные и неадекватные ответы;

– наиболее высокий уровень представлений в этом вопросе продемонстрировали нормально развивающиеся девушки. У них нет нереальных и искаженных представлений, инфантильные – лишь два ответа.

5. Изучение представлений о любви показало, что большинство обучающихся дают высокий процент односторонних, тавтологических ответов «когда любишь», «когда два человека любят»; уровень абстракции выше у нормально развивающихся обучающихся (что абсолютно закономерно). Приведем примеры: «любовь – это когда чувства передаются друг от друга и есть желание завести семью» (умст-

венно отсталый юноша); «это когда хочешь видеть любимого человека каждый день, быть только с ним», «когда тебе нравится пацан, хочешь видеть его каждый день» (умственно отсталые девушки); «самое лучшее чувство», «когда два человека нравятся друг другу», «взаимовлечение двух людей противоположного пола», «чувствопонимание», «близкие чувства друг к другу и уважение», «когда мужчина и женщина в постели», «это нельзя выразить словами» (нормально развивающиеся юноши); «это тоска по человеку, которого ты любишь», «классно, дружба, взаимопонимание», «чувство между людьми, предусматривающее полное взаимопонимание», «чувство, которое бывает безответным» (нормально развивающиеся девушки). В целом для всех детей подросткового возраста этот вопрос оказался непростым в силу его философской направленности и высокой абстрактности. Необходимо формировать представления о любви как об общечеловеческой ценности.

6. Изучение представлений о смысле брака показало, что у всех обучающихся уровень представлений недостаточный:

– самый низкий уровень представлений – у умственно отсталых девушек. Половина из них выделяют только один аспект: «рождение детей»; один ответ неадекватный: «к жизни»;

– умственно отсталые юноши показывают более высокий уровень представлений, так как их ответы более полные, развернутые, на более абстрактном уровне. Но половина из них все-таки выделяют только один аспект: «дети»;

– нормально развивающиеся девушки показывают в половине случаев абстрактный уровень представлений, часть выделяют один аспект (либо «дети», либо «жизнь друг для друга»);

– нормально развивающиеся юноши демонстрируют объемные представления, на высоком уровне их абстрактного осмысления: «чтобы создать свою жизнь», «чтобы жить вместе, родить ребенка, вырастить его». Один аспект выделяется только в трех случаях (из одиннадцати).

7. Представления о межполовых отношениях (анализируются ответы на 8-й и 9-й вопросы анкеты) достаточно сформированные, но все эти «идеальные» представления сформированы теоретически, на практике (по наблюдениям за этими же обучающимися) они не всегда и не в полной мере проявляются.

Отношения мужчин к женщинам. У всех обучающихся представления в этом вопросе достаточно сформированы. Примеры ответов умственно отсталых обучающихся: «с любовью», «с пониманием», «ласково», «заботиться», «защищать», «не изменять», «нежно», «уважительно». Некоторые нормально развивающиеся девушки продемонстрировали несколько потребительское отношение к мужчинам: «должен дарить подарки».

Отношения женщин к мужчинам. Также все продемонстрировали сформированность представлений. Примеры ответов умственно отсталых обучающихся: «с душой, любовью», «ласково, нежно, уважительно», «не изменять». У нормально развивающихся обучающихся в ответах больше размышлений; юноши предъявляют высокие требования к себе (желают, чтобы женщины относились к мужчинам «построже», «хотя бы с уважением»). Девушки предъявляют большие требования к мужчинам, чем к себе. Данная тенденция была уже отмечена ранее.

8. Выявление знаний о вопросах физиологии и изучение сформированности морально-нравственной позиции

в вопросах пола (на основе анализа результатов по 10-му вопросу анкеты) показало, что большинство обучающихся в ответах на этот вопрос не опираются на знания физиологии, просто, не обдумывая, называют определенный возраст вступления в интимные отношения. Морально-нравственные позиции отвечают тенденциям современного состояния общества.

– Наиболее высокие показатели в этом отношении продемонстрировали умственно отсталые юноши, они называют самый старший возраст начала половой жизни (18–20 лет), один обучающийся показывает морально-нравственное осмысление, отвечая так: «когда захочешь пожениться»;

– умственно отсталые девушки указывают более младший возраст (16–18 лет). Пояснений к определению этих возрастных границ с их стороны не отмечается;

– нормально развивающиеся юноши больше рассуждают – поясняют свои ответы, хотя не всегда верно (например, «с периода начала полового созревания»). Но их морально-нравственные позиции ниже, чем у умственно отсталых юношей, так как в большинстве случаев они указывают возраст 14–15 лет. Есть ответ: «в наше время хоть со сколько» (тенденция времени – вседозволенность и вседоступность);

– нормально развивающиеся девушки в половине своих ответов также отмечают более ранний возраст (14–16 лет);

– у всех обучающихся женского пола нет ответов «после вступления в брак». Видимо, в настоящее время этот принцип не воспитывается или не воспринимается девушками в силу более свободного отношения общества к данному вопросу.

9. Изучение нравственных позиций в вопросах пола (на основе анализа ответов на 11-й вопрос анкеты о возможности вступления в половые контакты без любви, ради интереса) показало, что самые низкие нравственные позиции вновь продемонстрировали нормально развивающиеся юноши: «если сильно хочется, то да», «можно», «для кого как, а для меня можно». У умственно отсталых девушек менее сформированы нравственные позиции, чем у их одноклассников мужского пола: половина ответили «нет», некоторые оказались согласны, часть не ответили на вопрос. Большинство умственно отсталых юношей (7 человек) ответили категорически: «нет». Самые высокие нравственные позиции в этом вопросе у нормально развивающихся девушек, так как они, видимо, осознают меру ответственности за свои поступки: «не будет толку», «конечно же, нет», «можно, но не нужно», «нет», «можно, но это не для меня». Традиционно считается, что девушки должны больше задумываться над этим вопросом, так как общество именно к ним предъявляет более высокие морально-нравственные требования.

10. (На основе анализа ответов на 12-й вопрос анкеты). Представления о контрацепции недостаточные, требуют дополнения и уточнения у всех обучающихся. Самый низкий уровень продемонстрировали умственно отсталые девушки. У умственно отсталых юношей уровень представлений выше, но также в целом недостаточен. Многим из них недоступно пояснение термина. Среди нормально развивающихся юношей половина не смогли ответить на этот вопрос. Многие имеют недостаточность представлений. Больше половины нормально развивающихся девушек имеют представления, но они также недостаточны. В

целом, можно предположить, что детям подросткового возраста не знаком данный термин, хотя в этом возрасте они уже должны его знать.

11. (На основе анализа ответов на 13-й вопрос анкеты). Представления о венерических заболеваниях также недостаточны и требуют расширения и уточнения:

– умственно отсталые юноши термин не пояснили, но примеры привели большинство из них, некоторые не смогли ответить на вопрос;

– умственно отсталые девушки в большинстве своем имеют представления, одна из них даже верно пояснила термин. Возможно, это влияние определенного отношения учителя естествознания данного образовательного учреждения к вопросам полового воспитания обучающихся с умственной отсталостью;

– нормально развивающиеся юноши имеют самый низкий уровень представлений, дают не совсем точные определения: «это заражение всего организма»;

– нормально развивающиеся девушки пояснили термин, привели самый широкий круг примеров, хотя не совсем точных.

12. (На основе анализа ответов на 14-й вопрос анкеты). Представления о механизмах зачатия у большинства обучающихся недостаточные в целом, у некоторых неверные, у части нет представлений об этом, поэтому они (представления) требуют уточнения, расширения, формирования, так как знания по этому вопросу являются в большей мере профилактическими. Анализ показал следующее:

– абсолютно неверные представления у умственно отсталых девушек, поскольку все они ответили отрицатель-

но на данный вопрос. Такое неведение опасно, поскольку может вызвать в реальной действительности вступление в интимные контакты без средств предохранения;

– представления умственно отсталых юношей сформированы на более высоком уровне, но часть из них тоже либо не имеют представлений, либо имеют неверные представления. Кроме того, отмечено несколько искаженное представление: «можно, если человек любит свою вторую половину» (следовательно, если нет любви к партнеру, то нечего бояться);

– нормально развивающиеся девушки знают о механизмах зачатия, одна из них ответила: «практически нет»;

– самый высокий уровень представлений продемонстрировали нормально развивающиеся юноши – все ответили правильно.

13. (На основе анализа ответов на 15-й вопрос анкеты). Представления об аборте есть в той или иной мере у всех обучающихся, но они не всегда верные. Не все правильно определяют суть понятия (например, «преждевременные роды»). Не все знают об опасности аборта. Некоторые уверены, что это абсолютно не опасно. Таким образом, эти представления требуют уточнения. Особую важность имеют эти знания для представительниц женского пола.

14. (На основе анализа ответов на 16-й вопрос анкеты). Представления о гигиене беременности сформированы у всех обучающихся. Все понимают, что курить нельзя, и все знают возможные последствия этой привычки. Но эти представления носят в большей мере теоретический характер. Нужно с помощью полового воспитания и воспитания вообще перевести теоретические представления в практику жизни, так как можно наблюдать, что многие

женщины, понимая вред курения во время беременности и в целом, все-таки курят. К чести коллектива специального (коррекционного) образовательного учреждения для обучающихся с умственной отсталостью, в котором проводился эксперимент, следует отметить, что процент курящих юношей и девушек значительно меньше, чем в общеобразовательных (так называемых массовых) образовательных учреждениях.

15. (На основе анализа ответов на 17-й вопрос анкеты). Самый высокий уровень представлений об ответственности за наступление беременности продемонстрировали умственно отсталые юноши, в большинстве случаев возлагая ее на мужской пол. Ни один юноша не возложил ответственность на женщин. Нормально развивающиеся юноши в основном считают, что ответственность должны нести оба. Мнения девушек разделились на три равные части, и только 1/3 из них возлагает ответственность на женский пол (хотя в жизни все-таки чаще всего отвечает женщина). Таким образом, нравственный аспект изучения представлений об ответственности за наступившую беременность показал, что большую ответственность все юноши возлагают на мужской пол или на тот и другой пол. Девушки в целом возлагают ответственность на женский пол только в трети случаев. Смеем предположить, что результаты эти носят теоретический характер, который на практике может дать совсем другие распределения.

16. (На основе анализа ответов на 18-й вопрос анкеты). Источники информации о вопросах пола, указанные всеми обучающимися, оказались следующими. Умственно отсталые юноши, в основном, узнают информацию из средств массовой информации (телевидение, кино, жур-

налы, газеты), о качестве которых судить трудно. Эти источники непроверенные, информация может быть искаженной и неправильной. От родителей узнают информацию только незначительная часть юношей, девушки же в большей мере пользуются информацией от родителей, хотя и эти сведения не всегда верные и реальные. Родители часто формируют у детей более инфантильные представления. Нормально развивающиеся юноши получают информацию из непроверенных источников («понаслышке» или «испытываю на собственном опыте»). Более совершенные источники у нормально развивающихся девушек: «врачи», «научная литература».

17. (На основе анализа ответов на 19-й вопрос анкеты). Интерес к изучаемой теме выражен у всех обучающихся. Выше интерес у нормально развивающихся обучающихся по сравнению с умственно отсталыми сверстниками, также наблюдается тенденция, что интерес и в той и в другой категории выше у представителей мужского пола.

18. (На основе анализа ответов на 20-й вопрос анкеты). Потребность в информации о вопросах пола очень высокая у всех обучающихся, хотя присутствует некоторая ирония в ответах нормально развивающихся юношей: «на практике», «я и так достаточно знаю».

19. (На основе анализа ответов на 21-й вопрос анкеты). Для юношей характерны вопросы, относящиеся к половому просвещению. Видимо, они нуждаются в конкретных знаниях, чувствуют в них свою недостаточную информированность. Общими для всех представителей мужского пола являются такие вопросы: «Как появляются дети?» (что является достаточно инфантильным уровнем представлений, и, как мы видим, не зависит от интеллектуаль-

ного развития); «Как женщины должны относиться к мужчинам?» (это вопрос нравственного содержания, который волнует всех обучающихся мужского пола и тоже без соотнесения с интеллектуальным развитием); «Что такое контрацепция?» (вопрос, свидетельствующий о дефиците информированности); «Можно ли забеременеть после первого полового контакта?» (запрос на уточнение своих представлений). Для девушек в целом характерны следующие общие вопросы: «Можно ли вступать в половые контакты без любви, ради интереса?», «Кто должен нести ответственность за наступившую беременность?» (вопросы нравственного содержания). Таким образом, представительниц женского пола больше интересуют нравственные аспекты человеческих взаимоотношений, то есть вопросы полового воспитания.

20. (На основе анализа ответов на 22-й вопрос анкеты). Изучение отношений к этим вопросам показало следующие результаты:

- самую высокую степень смущения показали умственно отсталые юноши, для них эта тема запретна;

- умственно отсталые девушки смущаются меньше, по их словам, эта тема для них «естественна»;

- нормально развивающиеся юноши в большинстве ответили «нет», но это не значит, что они не смущаются, может быть, это только «маска свободы» (бравлада), потому что смущение в классе чувствовалось. Но все же эта тема для них менее запретна, чем для умственно отсталых сверстников мужского пола;

- у нормально развивающихся девушек выявляется высокая степень смущения. Особенностью их ответов является то, что их смущение зависит от того, с кем они об-

суждают ту или иную тему. Большинство из них стесняются говорить на эти темы с родителями, а с подругами – нет. Это проблема взаимоотношений между родителями и их детьми подросткового возраста;

– умственно отсталые обучающиеся менее критичны, с ними меньше говорят на эти темы, сами они способны понять и осознать меньше, чем их нормально развивающиеся сверстники, поэтому им половое воспитание необходимо еще в большей степени, чем нормально развивающимся обучающимся (наше предположение).

21. (На основе анализа ответов на 23-й вопрос анкеты). Наиболее важный вопрос нашего исследования, выявляющий желание обучающихся узнавать информацию о вопросах пола непосредственно в образовательном учреждении:

– почти все умственно отсталые юноши ответили утвердительно;

– умственно отсталые девушки разделились на две неравные части: большинство ответили утвердительно, меньшинство – отрицательно;

– нормально развивающиеся юноши в половине случаев ответили утвердительно, в некоторых ответах присутствует ирония. Видимо, это предложение их шокирует, они не могут представить подобного непосредственно в образовательном учреждении, так как школа для них – это не место доверительных бесед о жизни;

– очень важные для нас ответы дали нормально развивающиеся девушки. Они говорят о необходимости полового воспитания в школе и не заставляют сомневаться в его необходимости, например: «очень, это необходимо в наше время», «никуда не хожу узнавать об этом, поэтому могу узнать об этом только в школе».

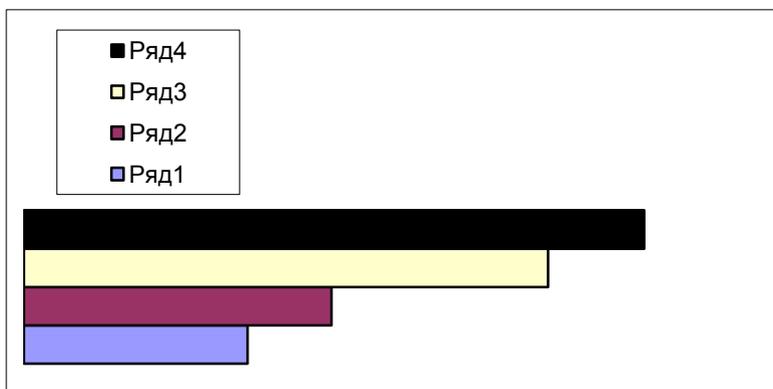
Аналогично подведению итогов в отношении обучающихся начальной школы так же все вышесказанное получило графическое отражение в виде диаграммы (рис. 2). Для ее составления так же было выбрано определенное количество ответов на вопросы анкеты, которые отражают уровень представлений о вопросах пола у обучающихся старших классов: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Таким образом, получилось 16 ответов на указанные вопросы. Остальные вопросы анкеты не были включены по тем же причинам, что и для обучающихся начальной школы.

В каждой изучаемой группе (нормально развивающиеся юноши, нормально развивающиеся девушки, умственно отсталые юноши, умственно отсталые девушки) подсчитывался средний балл по каждому ответу в диапазоне от 0 до 1 балла. Таким образом, теоретически возможно было набрать 16 баллов, что и является балльным критерием оптимального уровня представлений о вопросах пола, которым должны обладать обучающиеся старших классов.

Как видно из диаграммы (рис. 2), уровня 16-ти баллов не достиг никто (примечание: правая граница рамки, в которую заключены ряды показателей, является отметкой в 16 баллов). Это подтверждает наглядно вывод о недостаточности, в некоторых случаях искаженности, несформированности многих представлений о вопросах пола у обучающихся старших классов.

Разброс в баллах такой: от 10,3 до 13,4 балла. Уровень представлений по разным вопросам анкеты постоянно варьировался вне зависимости от интеллектуального развития и половой принадлежности обучающихся. В не-

которых вопросах наиболее высокий уровень представлений оказывался у умственно отсталых юношей, в некоторых – у нормально развивающихся девушек и т.д. Поэтому сначала трудно было проанализировать, чей же общий уровень представлений окажется выше.



Ряд 1 – умственно отсталые девушки

Ряд 2 – умственно отсталые юноши

Ряд 3 – нормально развивающиеся юноши

Ряд 4 – нормально развивающиеся девушки

Рис. 2. Диаграмма распределения уровней представлений о вопросах пола у обучающихся старших классов

Результаты оказались следующими. Самый низкий уровень представлений о вопросах пола продемонстрировали умственно отсталые девушки – 10,3 балла, так как у них оказалось самое большое количество отсутствующих представлений, а также – искаженных и недостаточных. Более высокий уровень оказался у умственно отсталых

юношей – 10,9 балла, но отрыв от своих одноклассниц у них всего 0,6 балла. С отрывом в 1,4 балла идут нормально развивающиеся юноши, набравшие 12,3 балла. Самый высокий показатель уровня представлений оказался у нормально развивающихся девушек – 13,4 балла.

Таким образом, опять видно, что более высокий уровень продемонстрировали нормально развивающиеся обучающиеся, среди которых наиболее высокий уровень у девушек. У умственно отсталых обучающихся общий уровень представлений ниже. В этой категории обучающихся самым низким показателем оценены представления девушек (хотя они и дают динамику в сформированности представлений о вопросах пола по сравнению с девочками данной категории, обучающихся в начальных классах). Умственно отсталые юноши показали наиболее высокий процент нравственного отношения к вопросам пола. Но общий разброс баллов все же не такой кардинальный, поэтому уровень представлений недостаточен у всех обучающихся старших классов.

Можно сделать вывод о том, что в половом воспитании (в том числе – и половом просвещении) нуждаются все обучающиеся старших классов вне зависимости от их интеллектуального развития и половой принадлежности. Нормально развивающиеся обучающиеся больше нуждаются в нравственном воспитании, а умственно отсталые обучающиеся – в уточнении и формировании многих представлений (конкретность содержания, точность информации). Поскольку самый низкий уровень представлений о вопросах пола у умственно отсталых представительниц женского пола, это говорит о необходимости особого отношения к их половому воспитанию.

Таким образом, подводя итог анализу представлений о вопросах пола у обучающихся: нормально развивающихся и с умственной отсталостью, можно сказать о недостаточности, искаженности, иногда – безнравственности или даже отсутствии данных представлений. Недостаточные представления нужно дополнять, расширять, искаженные – исправлять, совершенствовать, безнравственные – наполнять нравственным содержанием, отсутствующие – формировать. Также нужно повышать общую культуру полового поведения детей, переводя многие «идеально» сформированные представления с уровня понимания и принятия на уровень осознания и реализации их на практике. В связи с этим очень важно систематическое проведение полового воспитания, начиная с младшего школьного (а лучше – с дошкольного) возраста. Информация о вопросах пола нацелена на воспитание нравственности в межполовых отношениях, ответственности за будущее – свое и своих детей, в целом – на воспитание Мужчин и Женщин как представителей своего пола с присутствующими им неповторимыми качествами истинной мужественности и женственности. Проведение мероприятий в рамках полового воспитания сформирует у детей более адекватное отношение к вопросам пола (а ведь это важные жизненные вопросы), сделает более совершенными их представления о себе и об окружающем мире, об отношениях с противоположным полом, разовьет их эмоциональную сферу, личность. В целом это является важным и необходимым для всех детей, независимо от специфики их развития, но особое значение приобретает для детей с ограниченными возможностями здоровья, так как половое воспитание может сделать более адекватной их

социальную адаптацию. Это особо подчеркивает необходимость введения целенаправленного полового воспитания в учебно-воспитательный процесс специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Естественно, что половое воспитание будет иметь свою специфику, зависящую от того, к какой категории лиц с ограниченными возможностями здоровья относится данный ребенок.

Послесловие

В данной главе представлены материалы магистерской диссертации на тему: «Специфика подходов к половому воспитанию детей и подростков различных категорий» (направление: «Педагогика. Специальное педагогическое образование»), защищенной в 2003 году. Автор искренне благодарен своему научному руководителю В. В. Коркунову за мудрость, научный подход, человечность, особое мировоззрение. Все это повлияло на целостное развитие личности, стиль мышления и научное мировоззрение автора работы. Продолжая свою научную деятельность, автор написала и защитила в 2006 году кандидатскую диссертацию на тему: «Психологические особенности осознания себя как представителя пола умственно отсталыми старшеклассницами», в которую вошли часть материалов магистерской диссертации. Также автор исследования, работающий преподавателем в ИСО УрГПУ, прошел путь от старшего преподавателя до доцента кафедры, по материалам научной деятельности издано более 30-ти научных публикаций. Автор постоянно делится результатами своих исследований на различных конференциях, очно и заочно в них участвуя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская, Н. Л. Психологическое исследование половозрастной идентификации у детей со сниженным интеллектом // Дефектология. – 1992. – № 1.
2. Дементьева, Н. Д. К вопросу о потребностях подростков с выраженной умственной отсталостью / Н. Д. Дементьева, Л. П. Поперечная, Е. Н. Табунова // Дефектология. – 1988. – № 6.
3. Добрович, А. Б. Беседы о половом воспитании / А. Б. Добрович. – М., 1982.
4. Исаев, Д. Н.; Каган, В. Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей / Д. Н. Исаев, В. Е. Каган. – Л., 1979.
5. Каган, В. Е. Воспитателю о сексологии / В. Е. Каган. – М., 1991.
6. Карпова, Г. А. Методы педагогической диагностики : учебное пособие / Г. А. Карпова. – Екатеринбург, 2001.
7. Ковалёв, С. В. Психология современной семьи: Информ.-методич. материалы к курсу «Этика и психология семейной жизни» : книга для учителя / С. В. Ковалёв. – М., 1988.
8. Кон, И. С. Введение в сексологию / И. С. Кон. – М., 1988.
9. Меренков, А. В. Я и мир моей любви : учебный курс для учащихся 1–11 классов / А. В. Меренков. – Екатеринбург, 1996.
10. Нугаева, О. Г. Особенности половой идентичности у подростков с интеллектуальной недостаточностью : дис. ... на соиск. ... канд. псих. наук / О. Г. Нугаева. – Н. Новгород, 2003.
11. Орлов, Ю. М. Половое развитие и воспитание : книга для учителя / Ю. М. Орлов. – М., 1993.
12. Петрище, И. П. О половом воспитании детей и подростков / И. П. Петрище. – Минск, 1990.
13. Разговор на злободневную тему: «Круглый стол» в редакции // Биология в школе. – 1998. – № 2.
14. Разумихина, Г. П. Мир семьи : книга для учащихся старших классов по курсу «Этика и психология семейной жизни» / Г. П. Разумихина. – М., 1986.

15. Санюкевич, Л. И. Половое воспитание детей и подростков / Л. И. Санюкевич. – М., 1979.
16. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина. – СПб., 2001.
17. Шабунин, Р. А. Введение в сексологию и половое воспитание детей первых шести лет жизни : учебное пособие / Р. А. Шабунин, В. А. Бароненко. – Екатеринбург, 1996.
18. Этика и психология семейной жизни : пособие для учителя / Под. ред. И. В. Гребенникова. – М., 1987.

ГЛАВА 2

МЕСТО И РОЛЬ РАБОТЫ СПЕЦИАЛЬНОГО ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Барышева Алена Владимировна,

магистр выпуска 2015 года

Алмазова Ольга Владимировна,

профессор, к.п.н.

Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы комплексного сопровождения лиц подросткового и юношеского возраста с посттравматическим стрессовым расстройством

1.1. Общее понятие о состоянии изученности посттравматического стрессового расстройства в онтогенетическом аспекте (детский, подростковый, юношеский возраст)

Посттравматическое стрессовое расстройство – одно из наиболее распространенных психопатологических последствий эмоциональной травмы, возникающее как отсроченная или затяжная реакция на стрессовое событие, кратковременную или продолжительную ситуацию угрожающего и катастрофического характера, такую, как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, утрата близких, физическое и эмоциональное насилие и другие, способные вызвать общее потрясение (дистресс) почти у любого человека. Скрытый (латентный) период, когда проявления отсутствуют, может составлять от нескольких недель до нескольких месяцев, но редко превышает 6 месяцев. Далее данная ситуация переживается как повторно вторгающиеся в сознание представления, отра-

жающие экстремальные события, острые драматические вспышки паники или дисфории на фоне хронического чувства оцепенелости, эмоциональной отчужденности, избегания деятельности и ситуаций, напоминающих о травме.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) было формально признано как психиатрический диагноз примерно 40 лет назад. В то время существовал недостаток информации об особенностях происхождения и протекания ПТСР у лиц детского, подросткового, юношеского возраста. В современных исследованиях по проблеме отмечается, что лица детского, подросткового и юношеского возраста более восприимчивы к развитию ПТСР по сравнению с взрослыми людьми. Вообще ПТСР имеет различные возрастные особенности в плане проявления симптомов.

В последние годы на основании научных данных появилась информация, раскрывающая следующие проблемы:

- каковы факторы риска, связанные с ПТСР;
- какие события чаще всего вызывают ПТСР у лиц детского, подросткового и юношеского возраста, другие эффекты и последствия травмы у них;
- у какого количества лиц указанного возраста развивается ПТСР;
- специфика проявления ПТСР у лиц детского, подросткового и юношеского возраста;
- аспекты лечения ПТСР у данной категории лиц;
- дополнительные мероприятия, направленные на «выздоровление» указанных лиц (С. Р. Соколовский [11] и др.).

В целом в современной мировой науке последних десятилетий появилось большое количество научно-практических исследований, которые посвящены травма-

тическому и посттравматическому стрессу. Организованы и активно работают Международное и Европейское общества, занимающиеся изучением травматического стресса, ежегодно проводятся встречи участников, проводится Всемирный конгресс по травматическому стрессу. Исследования в области травматического стресса и его последствий для человека выделились в самостоятельную междисциплинарную область науки.

Исследования влияния травматического стресса на психику человека в отечественной науке на ее современном этапе выступают в качестве одного из актуальнейших и перспективных направлений в клинической и специальной психологии.

В обыденном сознании людей бытует мнение, что дети лучше, чем взрослые, переносят стрессовые события. С одной стороны, это так. У детей мозг гораздо более пластичен, чем у взрослых, а значит, в большей степени способен к адаптации. Но стоит помнить о том, что мозг и психика ребенка еще не до конца сформированы (И. В. Бенидик [2] и др.). Поэтому детям гораздо сложнее понять и принять многие факты в жизни, потому что они не обладают взрослым опытом проживания тех или иных ситуаций. В некоторых случаях ребенку очень трудно осознать, что происходит и почему, кроме того, он не может оценить последствия или составить план выхода из кризиса.

Когда человек переживает чрезмерно сильный стресс, то его мозг не всегда способен это «переработать». От избытка повреждающей мозг информации могут страдать нервные клетки и нарушаться работа отдельных частей центральной нервной системы. Информация о стрессе в этом случае не может переработаться и вклю-

читься в опыт человека. Она начинает крутиться снова и снова в голове, вызывая расстройства настроения и поведения. В этом случае говорят о формировании посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

В возрасте 12–18-ти лет картина посттравматического стрессового расстройства представляет собой смесь детской и взрослой симптоматики. К исследованию особенностей психического развития у лиц детского, подросткового и юношеского возраста с ПТСР необходимо подходить дифференцированно с обязательным учетом степени травмы, учетом степени психических нарушений, так как нарушения психических процессов проявляются у них по-разному.

Лица детского, подросткового, юношеского возраста, являясь, бесспорно, незащищенной и уязвимой частью населения, полностью зависят от взрослых и при этом они, так же как и взрослые, достаточно часто оказываются в зоне техногенных и природных катастроф, свидетелями военных действий, становятся заложниками, а также жертвами физического, сексуального и эмоционального (психологического) насилия. Также к травматическим ситуациям в отношении названных возрастных категорий лиц можно отнести длительные или повторяющиеся госпитализации вследствие тех или иных заболеваний острого и/или хронического течения.

Проявления и развитие ПТСР у детей имеют ряд особенностей по сравнению с взрослыми, которым был поставлен аналогичный диагноз. Это связано, в первую очередь, с особенностями детской психики, так как дети не всегда могут связать свои травматические проявления с фактом психологической травмы, что крайне важно при проработке травмы.

Критерий А DSM-IV (Американская психиатрическая ассоциация, 1994) подразумевает «фактическую или угрожающую смерть или серьезное повреждение, или угрозу физической целостности по отношению к себе или другим» в дополнение к опыту «интенсивного страха, беспомощности или ужаса» (или нарушенное или возбужденное поведение детей непосредственно после травматического события). Это определение травмы исключает такие события, как, например, развод родителей или запугивание в школе без реальной угрозы физического вреда. Тем не менее, многие исследователи считают, что дети, пережившие указанные события (особенно буллинг), удовлетворяют требованиям признака.

Навязчивое воспроизведение травматического случая у детей может иметь форму повторяющихся игр, в которых прослеживаются тема или аспекты травмы (Е. М. Черепанова [13] и др.). Это особый вид игры, когда дети однообразно, монотонно повторяют один и тот же сюжет игры, не внося туда никаких изменений, никакого развития. В таких играх, как правило, отсутствуют катарсические элементы, поэтому дети, проиграв определенные сюжеты, не испытывают облегчения.

У детей могут быть сны, на первый взгляд непонятные, но вызывающие ужас. Ребенок может не понимать, что во сне каким-то образом отражена катастрофа, тогда как постороннему взрослому человеку это очевидно.

Нарушения в познавательной сфере у детей порой достигают такой выраженности, что их успехи в обучении заметно ухудшаются. Отличники становятся двоечниками, очень болезненно переживая это. Вероятно, у детей имеют место тревожные мысли неосознаваемого содержания,

вызванные травматическими переживаниями. Часто ребенок не может представить себе, что у него впереди будет долгая жизнь, семья, карьера, дети.

Потрясшие нашу страну за последние годы катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, расцвет терроризма, рост разнообразных видов и форм насилия подтверждают, насколько важно оказание своевременной квалифицированной помощи детям, пережившим травматический опыт.

Данные многочисленных, в основном зарубежных, исследований показывают, что неразрешенность этого травматического опыта приводит к отсроченным негативным психологическим последствиям, которые препятствуют способности ребенка реализовать себя социально, профессионально и личностно (Н. В. Тарабрина [12] и др.).

Помимо ПТСР, лица детского, подросткового и юношеского возраста, которые испытали травмирующие события, часто показывают другие типы проблем. Сексуальное насилие или оскорбление детей, приводит к опасениям, беспокойству, депрессии, гневу и враждебности, агрессии, сексуально несоответствующему поведению, суицидальному поведению, чувству изоляции и клейма, снижению чувства собственного достоинства, трудностям в доверительных отношениях, к токсикомании и другому. Эти проблемы часто наблюдаются в поведении детей и подростков, которые испытали другие типы травм. Дети, которые испытали травмы, имеют проблемы отношений с ровесниками и членами семьи, проблемы во взаимоотношениях и по отношению к школьным обязанностям.

Наряду со связанными признаками, есть множество признаков, пограничных с психиатрическими нарушения-

ми, которые обнаруживаются у лиц детского, подросткового и юношеского возраста, получивших ту или иную травму. Наиболее распространенным расстройством в этом плане является депрессия. Также примерами нарушений могут быть: тревожные расстройства типа изолированной тревоги, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства; дефицита внимания с гиперактивностью; оппозиционного неповивающегося поведения и другие поведенческие расстройства.

Поэтому к исследованию особенностей психического развития у лиц детского, подросткового и юношеского возраста с ПТСР необходимо подходить дифференцированно.

1.2. Особенности переживания травматических ситуаций лицами детского, подросткового, юношеского возраста в зависимости от действующих на них стрессовых событий

1. События, связанные с военными действиями, стихийными бедствиями и катастрофами. Основными травмирующими факторами в этом случае являются: непосредственная угроза жизни и здоровью указанных лиц и их близких; смерть близких на их глазах, получение физических (соматических) травм. У лиц подросткового и юношеского возраста одним из симптомов ПТСР является «вина выжившего».

Сразу после травмы у лиц детского, подросткового и юношеского возраста обычно появляются следующие симптомы: нарушения сна, ночные кошмары, навязчивые мысли о травматической ситуации, уверенность в том, что травматическая ситуация может повториться, повышенная тревожность, сильная реакция на любой стимул или ситуацию, символизирующую травму, психофизиологические нарушения [12].

У детей более младшего возраста по сравнению с

подростковым, могут проявляться следующие тенденции в поведении: регрессивное поведение (энурез, сосание пальца и проявления большей зависимости от родителей, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков), раздражительность. Подобные симптомы могут возникать как сразу после полученной травмы (острая стадия), так и спустя довольно продолжительное время, что уже позволяет как раз говорить о ПТСР [4].

В картине формирующейся ПТСР ориентироваться необходимо не только на то, что говорит человек, получивший травму (поскольку лица детского, подросткового и юношеского возраста зачастую не говорят о своих переживаниях), а прежде всего на невербальные признаки последствий травмы.

Одним из самых грозных проявлений ПТСР является нарушение сна. Нарушения сна многочисленны и многолики, они могут продолжаться длительное время. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, вовсе не обязательны. Может быть нарушение засыпания, либо быстрое засыпание с быстрой потерей сна, неглубокий прерывистый сон и т.п.

В связи с нарушениями сна и изменением качества бодрствования у лиц детского, подросткового и юношеского возраста может появиться страх разлуки с родителями, у детей более младшего возраста – так называемое «цепляющееся», «прилипчивое» поведение.

В спектр расстройств также входит «ассоциативный» страх, когда в поле восприятия попадает «стимул» (место, предмет, явление, человек, телевизионная передача и др.), связанный как с самой травмой, так и с переживаниями, которые она вызвала.

Следующим симптомом становятся соматические жалобы, явления неуверенности в собственном здоровье. Все вышеперечисленные симптомы проявляются на фоне повышенной тревожности, которая хорошо заметна при наблюдении за поведением пострадавшего, как в домашних условиях, так и в условиях образовательных организаций (дошкольных и школьных).

В литературных научных источниках неоднократно упоминаются факты о том, что катастрофы и стихийные бедствия могут вызывать ПТСР (следовательно, проявления выше указанной симптоматики) не только у тех лиц, которые непосредственно подвергались воздействию этих факторов, но и у тех, кто находился еще в утробе матери, пережившей подобные воздействия. Такие дети, появившись на свет, могут квалифицироваться как дети с задержкой психического развития, с нарушениями эмоционально-волевой сферы и поведения, с нарушениями соматического здоровья, с проблемами психического развития. Это накладывает отпечаток на формирующуюся личность и проявляется не только в детском, но и в подростковом и юношеском возрасте. Скорее всего, стоит предположить, что полученный матерью стресс во время беременности может создать у ребенка на любом его возрастном этапе предрасположенность к формированию ПТСР. Это предположение оказывается очень значимым, поскольку общеизвестен факт, что не у всех людей, попавших в ту или иную стрессогенную ситуацию, впоследствии развивается именно ПТСР.

2. События, связанные с техногенными катастрофами и террористическими актами. В последние годы практически ежедневно новостные ленты дают инфор-

мацию о количестве и «качестве» разнообразных техногенных катастроф, природных катаклизмов, террористических актов. Эта информация обсуждается взрослыми людьми, становится предметом обсуждений лицами подросткового и юношеского возраста. Дети воспринимают эту информацию опосредованно через взрослых людей и воспринимают ее как общий фон тревожности и опасений, поскольку полностью осознать суть происходящих событий еще не в состоянии (особенно дети дошкольного возраста).

В научных исследованиях, посвященных изучению влияния выше указанных событий на лиц разного возраста, указывается, что наиболее тяжелое воздействие на психику человека оказывают катастрофы, вызванные умышленными действиями людей. Техногенные катастрофы, происходящие по неосторожности или случайному стечению обстоятельств, переживаются менее тяжело, но все же тяжелее, чем природные катаклизмы. Указанные тенденции характерны также для лиц детского, подросткового и юношеского возраста.

3. События, связанные с тяжелыми соматическими заболеваниями. Тяжелое соматическое заболевание погружает лиц детского, подросткового и юношеского возраста в новую психологическую реальность, которая является сложной как для названных лиц, так и для лиц их ближайшего окружения. Болезнь влияет не только на физическое состояние человека, но и на его эмоциональное состояние. Имеется и обратная зависимость, когда эмоциональное состояние влияет на процесс течения болезни, улучшая или ухудшая его. Поэтому необходимо уделять внимание не только адекватности и качеству меди-

цинского вмешательства, но и психологическому состоянию лица, испытывающего стресс из-за тяжелого соматического заболевания.

Тяжелое соматическое заболевание лиц детского, подросткового, юношеского возраста может приводить к развитию у пациента ПТСР. Стресс является закономерной реакцией на тяжелое заболевание. Однако степень его проявления зависит от некоторых условий: особенностей заболевания, степени его тяжести, возраста и пола лица, особенностей семейной ситуации (отношения между членами семьи, наличие в семье других тяжело больных людей, смерть членов семьи и др.).

Основными проявлениями реакции на соматическое заболевание являются: *регрессивное поведение*, когда пациент чувствует себя более маленьким, незащищенным (что в значительной степени затрудняет лечение) и *социальная изоляция* (проявляется пропусками занятий в школе, кружках по интересам, спортивных секциях, ограничении встреч с друзьями и т.д.). Социальная изоляция может усугубляться еще и нежеланием здоровых сверстников общаться с больными. Поэтому так называемый синдром госпитализма становится дополнительным травмирующим фактором при серьезных соматических проблемах.

4. События, связанные, со смертью близкого человека. Когда любой человек, а особенно лица детского, подросткового и юношеского возраста, сталкиваются со смертью близкого, она предстает перед ними с двух сторон: во-первых, человек становится свидетелем смерти близкого человека, во-вторых, осознает, что он сам смертен (А. А. Осипова, Л. К. Чаусова, М. Н. Мясникова, Л. А. Гейденрих, А. В. Солтовец и др.).

Впервые страх смерти появляется у ребенка в возрасте примерно трех лет, он начинает бояться засыпать, много раз спрашивает у родителей, не умрут ли они. Затем формируются три базовые иллюзии, позволяющие избежать этого страха. *Первая иллюзия – иллюзия собственного бессмертия* («все смертны, но не я»). Разрушение этой иллюзии может полностью поменять восприятие окружающего мира не как уютного и безопасного, а как полного опасностей и неожиданностей. *Вторая иллюзия – иллюзия справедливости* («все получают по заслугам; если я буду хорошим, со мной ничего не случится»). Разрушение этой иллюзии приводит либо к представлению о том, что мир несправедлив и ужасен, либо к построению новых иллюзий (часто их роль выполняет религия). *Третья иллюзия – иллюзия простоты устройства окружающего мира*: все делится только на черное и белое [13].

Отдельно следует остановиться на ситуациях, когда лица детского, подросткового, юношеского возраста *являются свидетелем* причинения вреда родственнику или близкому им человеку (насилие, убийство, самоубийство). Эти ситуации являются наиболее травматичными для выше названных лиц. Помимо таких факторов, как непосредственная угроза здоровью или жизни близкого и самого лица, важным травмирующим обстоятельством является ощущение им своей полной беспомощности.

Лицам, перенесшим указанную травму, в большинстве случаев свойственно наличие всех симптомов ПТСР (навязчивое воспроизведение травматической ситуации, избегание мест, связанных с событием, повышенная физиологическая возбудимость и нарушение физиологического функционирования, прежде всего сна).

Синонимичными понятиями, связанными с переживаниями лицами детского, подросткового и юношеского возраста смерти близких им людей, являются понятия «утрата», «процесс горевания». Первые исследования по оказанию психологической помощи в ситуациях утраты и горевания появились и в отечественной теории и практике, благодаря работам таких исследователей, как С. А. Игумнов [5], С. А. Шефов [14] и др.

5. События, связанные с насилием. Наибольшее распространение в отечественной науке получила следующая *классификация насилия*, представленная в руководстве по предупреждению насилия над детьми [1]. Выделяется четыре основных типа насилия:

Физическое насилие – это любое неслучайное нанесение повреждения ребенку в возрасте до 18 лет.

Сексуальное насилие – это использование ребенка или подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения.

Пренебрежение нуждами – это хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка, не достигшего 18-летнего возраста, в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре.

Психологическое насилие – хронические паттерны поведения, такие как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка, игнорирование его интересов, увлечений, потребностей в самоутверждении и т.п.

Насилие может вызывать различные нарушения: нарушения в познавательной сфере, а также расстройства аппетита, сна; злоупотребление наркотиками, алкоголизм; непроизвольное воспроизведение травматических дейст-

вий в поведении; попытки самонаказания (например, самоистязание); множество соматических жалоб.

Помимо непосредственного влияния насилие, пережитое в детстве, также может приводить к долгосрочным последствиям, зачастую влияющим на всю дальнейшую жизнь. Оно может способствовать формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев у жертв насилия.

В исследовании психологических историй жизни людей, совершающих действия, травмирующие детей, иногда обнаруживается собственный неразрешенный опыт насилия в детстве.

Основными последствиями физического насилия являются: отсутствие контроля над своей импульсивностью, снижение способности к самовыражению, отсутствие доверия к людям, депрессии. Непосредственно после травмы могут возникать острые состояния страха. Кроме того, отсроченными последствиями физического насилия могут быть садистские наклонности в дальнейшей жизни.

Большинство родителей, жестоко обращающихся с детьми, сами переживали физическое насилие, отвержение, различные виды депривации в своем детстве. Для большинства из них свойственна низкая самооценка, недостаточный самоконтроль.

Сексуальное насилие, совершенное по отношению к ребенку, по своим последствиям относится к самым тяжелым психологическим травмам. Статистические данные по этому поводу разнородны, но, несмотря на это, они позволяют сделать вывод о распространенности данной проблемы в современном обществе. К сожалению, в нашей стране долгое время тема насилия была закрыта.

Самая тяжелая по своим последствиям форма сексуального насилия – *инцест* или кровосмешение, когда сексуальное насилие по отношению к ребенку, подростку совершается близким родственником. Подобные сексуальные злоупотребления являются проявлениями нарушенного функционирования семьи.

Родители могут сознательно отрицать наличие насилия над ребенком. Причиной этого может быть то, что они сами вовлечены в ситуацию насилия и могут быть ее прямыми виновниками. Поэтому информация, полученная от родителей, не может считаться достаточной, особенно если она противоречит показаниям ребенка или тем нарушениям в его поведении, которые позволили предположить существование насилия.

Дети могут делать двусмысленные заявления, например о «другом маленьком мальчике, которого я знаю», описывая свою собственную ситуацию относительно этого вымышленного ребенка. Маленькие жертвы могут воспроизводить сексуальные действия в играх со сверстниками. Это также является сигналом опасности, который должен привлечь внимание родителей и специалистов.

Дети школьного возраста, пытаясь разоблачить насилие, делают намеки о происходящем близким друзьям, социальным работникам, учителям, соседям. Подростки могут уходить из дома без видимой на то причины, возможно, надеясь, что кто-нибудь спросит о тяжелых переживаниях, которые заставили их пойти на этот шаг. Все эти проявления стресса могут являться свидетельствами того, что ребенок подвергся сексуальному насилию.

Дети зачастую делают и более прямые заявления о сексуальном насилии, но, к сожалению, далеко не всегда

они бывают услышаны взрослыми. Такие попытки дети совершают, лишь находясь в комфортном для них состоянии, например, готовясь к тому, чтобы лечь спать, или уже лежа в кровати. Сначала дети обычно рассказывают лишь о небольшой части того, что произошло с ними, чтобы получить представление о том, как взрослый отреагирует на сказанное. Только в том случае, если в ответ ребенок получает любовь и поддержку, он чувствует себя достаточно защищенным для того, чтобы рассказать остальное.

Дети, подвергнутые насилию, могут на довольно продолжительное время забывать о своем травматическом опыте, вспоминая о нем уже будучи взрослыми, часто – в ходе психотерапевтического процесса.

Дети и подростки, пережившие насилие, чувствуют бессилие и замешательство, смущение и стыд. Они часто обвиняют себя в том, что случилось, чувствуют себя соучастниками или виновниками происшедшего. В глубине души некоторые дети сознают, что это – не их вина, но большинство все-таки считают, что насильственное обращение с ними обусловлено их поведением, характером или положением в семье. Иногда их тело (что особенно характерно для девочек-подростков) кажется причиной насилия, поэтому они пытаются сделать его непривлекательным для насильника. Они начинают худеть или, наоборот, много есть, прятать тело под длинной одеждой, для них характерны попытки самоистязания или самонаказания.

Последствия сексуального насилия также затрагивают когнитивную сферу детей, подростков, лиц юношеского возраста. Это может выражаться в нарушении концентрации внимания, поскольку все мысли указанных лиц заняты травматическим опытом. Такой человек присталь-

но следит за всем, что происходит вокруг него, словно ему угрожает постоянная опасность, причем опасность не только внешняя, но и внутренняя, которая состоит в том, что нежелательные травматические впечатления прорвутся в сознание.

Лица детского, подросткового и юношеского возраста, пережившие сексуальное насилие, перестают доверять людям, из-за этого круг общения сужается, они становятся замкнутыми и недоверчивыми. Одним из важных психологических последствий у них является неадекватное снижение самооценки [6].

А. Ровен, Д. Фои, Дж. Гудвин пишут о том, что сексуальное насилие, пережитое в детстве, чаще, чем другие травматические ситуации, приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства. Причем ПТСР может формироваться отсрочено на несколько лет от самого факта насилия, когда ребенок, подвергшийся сексуальному насилию, осознает, что с ним было на самом деле, что это была не «игра», о которой говорил ему насильник.

Очень важно рассматривать последствия насилия, пережитого ребенком, учитывая его возрастные особенности. В разные периоды жизни реакция на подобную психологическую травму может проявляться по-разному. Наиболее общими симптомами, в зависимости от возраста ребенка, являются:

для детей до 3 лет – страхи, эмоциональная неадекватность, в поведении отмечаются нарушения сна, потеря аппетита, агрессия, страх перед чужими людьми, сексуальные игры;

для детей дошкольного возраста – тревога, боязливость, эмоциональная неадекватность, чувство вины,

стыда, отвращения, чувство беспомощности, испорченности; в поведении отмечаются регрессия, отстраненность, агрессия, сексуальные игры, мастурбация;

для детей младшего школьного возраста – амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сложности в определении семейных ролей, страх, чувство стыда, отвращения, испорченности, недоверия к миру; в поведении отмечаются отстраненность от людей, нарушения сна, аппетита, агрессивное поведение, ощущение «грязного тела», молчаливость либо неожиданная разговорчивость, сексуальные действия с другими детьми;

для детей младшего подросткового возраста – то же, что и для детей младшего школьного возраста, а также депрессия, чувство потери ощущений; в поведении отмечаются изоляция, манипулирование другими детьми с целью получения сексуального удовлетворения, противоречивое поведение;

для детей подростково-юношеского возраста (13–18–21 год) – отвращение, стыд, вина, недоверие, амбивалентные чувства по отношению к взрослым, сексуальные нарушения, несформированность социальных ролей и своей роли в семье, чувство собственной ненужности; в поведении отмечаются попытки суицида, уходы из дома, агрессивное поведение, избегание телесной и эмоциональной интимности, непоследовательность и противоречивость поведения.

Последствия сексуального насилия оказывают влияние в целом на психику лиц детского, подросткового, юношеского возраста, и эти последствия проявляются во взрослой жизни в форме психосоматических заболеваний, различными формами зависимого поведения (злоупотребления наркотиками, алкоголем, лекарственными пре-

паратами, компьютерными играми, азартными играми и т.п.), различными нарушениями, связанными с неприятием своего тела (Дж. Мэнделл, Л. Дамон и др.). Могут отмечаться нарушения в сексуальных отношениях с партнером. Есть данные, показывающие, что большинство мужчин, совершающих насилие, сами в детстве подвергались сексуальному насилию. Для многих женщин, переживших насилие в детстве, характерны повторяющиеся случаи насилия в процессе их взрослой жизни.

Таким образом, теоретический анализ источников специальной психолого-медико-педагогической литературы показал, что проблема изучения особенностей проявлений (симптомов) посттравматического стрессового расстройства у лиц детского, подросткового, юношеского возраста не только существует, но требует дальнейшего решения. Особенно актуальным является определение специфики проявлений ПТСР у лиц указанного возраста по сравнению со сходными проявлениями у взрослых людей. Но самым ключевым вопросом проблемы является вопрос о своевременной, адекватной, отвечающей конкретным потребностям конкретного человека комплексной помощи. Такая помощь укладывается в понятие комплексного (психолого-медико-педагогического) сопровождения лиц детского, подросткового и юношеского возраста с ПТСР. О месте и роли специального психолога в указанной форме сопровождения пойдет речь в практической части исследования на примере сопровождения конкретных Клиентов.

Часть 2. Практические аспекты решения проблемы комплексного сопровождения лиц подросткового и юношеского возраста с посттравматическим стрессовым расстройством

2.1. Обоснование актуальности решения практических задач при организации и реализации комплексного подхода к сопровождению лиц подросткового и юношеского возраста с посттравматическим стрессовым расстройством

Следует отметить, что при всех значительных успехах изучения ПТСР в зарубежной и отечественной науке, в целом в мировой клинико-психологической практике менее всего изучены аспекты отдаленных *психологических последствий стресса, вызванного переживаниями человека по поводу своей тяжелой болезни, реальной утраты здоровья, угрожающих самому существованию, то есть его жизни.*

Поэтому практическая часть исследования посвящена анализу работы специального психолога с конкретными Клиентами, у которых формирование ПТСР происходило на фоне тяжелых мозговых травм, полученных в ситуациях, угрожающих их жизни. На примере работы с названными Клиентами показаны место и роль специального психолога в составе комплексной (мультидисциплинарной) команды специалистов, осуществляющих психолого-медико-педагогическое сопровождение лиц с ПТСР.

Актуальность проведенной практической работы с Клиентами обусловлена высокой социально-экономической значимостью проблемы в современном обществе. Необходимы целостный теоретико-методологический анализ и интеграция различных направлений к изучению психологических последствий пребывания лиц подросткового и юношеского возраста в травматических ситуациях и дифференцированный подход к пониманию этого явления. Кроме этого,

необходимо практическое определение посттравматических когнитивно-эмоционально-личностных изменений в психике лиц подросткового и юношеского возраста, что особенно важно при выборе мишеней психокоррекционной и психотерапевтической работы в деятельности специального психолога, включенного в состав мультидисциплинарной команды специалистов сопровождения.

2.2. Характеристика базы исследования и Клиентов комплексного сопровождения

Практическая часть исследования проводилась на базе ООО «Клиника Павлова» города Екатеринбурга Свердловской области, а также в домашних условиях клиентов.

В отделении нейрореабилитации «Клиники Павлова» используется комплексный подход и многокомпонентность методов в реабилитационном процессе лечения последствий инсультов и черепно-мозговых травм. Все госпитализированные пациенты обслуживаются мультидисциплинарной бригадой, в которую входят кроме врачей разных специальностей нейропсихолог, психолог, логопед-афазиолог, специалисты по адаптивной физической культуре (АФК), массажист и другие специалисты в зависимости от сложности конкретного клинического случая. На каждого пациента разрабатывается индивидуальная программа физической и психологической реабилитации.

Работа ведется курсами. Пациент пребывает в стационаре, где получает комплексную помощь в течение определенного времени (как правило, в течение 21 дня), после чего отправляется домой для продолжения реабилитационной работы в соответствии с рекомендациями специалистов клиники. Через 2–3 месяца он вновь поступает в стационар, где оценивается динамика процесса реабили-

тации, происходит корректировка индивидуальной программы, проводятся комплексные занятия, и пациент вновь отправляется домой. Такие курсы повторяются необходимое для максимальной реабилитации количество раз.

В нашем исследовании принимали участие двое испытуемых (Клиентов) подростково-юношеского возраста с ПТСР на фоне тяжелой физической травмы (черепно-мозговые травмы). Оба Клиента пережили стрессогенные события, поставившие их на грань между жизнью и смертью.

Характеристика Клиентов приводится на момент первичного знакомства с ними и далее по тексту будет уточняться и дополняться.

Клиент А. (возраст 16 лет на момент начала работы с ним). В течение всего учебного года был объектом буллинга (травли, гонений, насмешек, унижений и т.д.) со стороны одноклассников. В школу ходил неохотно. Старался избегать любых контактов с агрессорами. Подростки-сверстники требовали от него денег, каждое утро караулили около школы. Родители Клиента А. узнали о данной ситуации от его друга через 7 месяцев от начала травли. Друг заметил некоторые изменения в поведении Клиента А. – грусть, печаль, неустойчивое настроение, напряженность. На его советы (и даже просьбы) рассказать все родителям или учителям Клиент А. не реагировал. Тогда друг решил сам рассказать об этом родителям Клиента А. Данная ситуация показалась родителям незначительной (тем более, что их сын никогда не говорил им об этом лично). К администрации школы и к классному руководителю с этим вопросом они не обращались, самостоятельно решать проблему не стали, поскольку «проблемой» эту ситуацию вообще не

считали. На самом деле (со слов друга), Клиент А. очень переживал, испытывал страх, стал прогуливать уроки. Подросток находился в постоянном напряжении – психическая травматизация принимала затяжной характер, а взрослые люди (учителя, родители) не желали совладать с этой проблемой (лучше сказать убедили себя в безопасности такой ситуации и стремились делать вид, что ничего особенного, экстремального не происходит). Более того, впоследствии учителя говорили, что они ничего не видели, ничего не замечали, ничего не знали об этой ситуации и т.д. и т.п. Стрессогенная ситуация, продолжающаяся весь учебный год, привела к печальным последствиям: подросток потерял сознание на уроке физкультуры, был госпитализирован машиной скорой помощи в неврологическое отделение. В процессе диагностики было установлено, что у подростка произошел геморрагический инсульт. Он находился в коме 2 недели (то есть не приходил в сознание). Ему проведена трепанация черепа, в процессе которой была убрана лобная кость с целью удаления большой гематомы в лобной доле головного мозга. Результат инсульта: «двойная гемиплегия», «афазия». Питание через зонд, так как подросток не может глотать.

Клиент Д. (21 год на момент начала работы с ним). Пострадал в дорожно-транспортном происшествии, что явилось для него первой стрессогенной ситуацией. Со слов мамы, до аварии Клиент Д. был абсолютно здоровым молодым человеком. С 19-летнего возраста пытался жить самостоятельно, отдельно от родительской семьи, организовал гражданский брак с девушкой. Имел много друзей, слыл душой компании, работал, и по месту работы харак-

теризовался только с положительной стороны. В результате аварии получил тяжелую черепно-мозговую травму. Длительность комы – 5 недель, после трепанации черепа отсутствует левая височная кость. Исход ситуации – «гемипарез справа», «афазия». Питание через зонд, дыхание осуществляется через трахеостому.

2.3. Место работы специального психолога в комплексном сопровождении Клиентов с посттравматическим стрессовым расстройством

Поскольку Клиенты А. и Д. попали в «Клинику Павлова», к ним, как и к остальным пациентам, была применена технология комплексного сопровождения реабилитационного процесса. В составе мультидисциплинарной бригады есть психолог, в данном случае специальный психолог (один из авторов данной публикации). В контексте решения проблемы Клиентов специальный психолог проводил диагностику проявлений ПТСР, разрабатывал и реализовывал коррекционно-профилактическую программу, направленную на предотвращение углубления и утяжеления проявлений ПТСР у Клиентов.

На момент начала работы с Клиентами была выдвинута следующая гипотеза: преодоление ПТСР, возникшего в результате стрессогенной ситуации с тяжелой физической травмой у лиц подросткового и юношеского возраста, будет эффективным, если наряду с воздействиями, оказываемыми мультидисциплинарной бригадой (психолог, логопед-афазиолог, массажист, специалисты по адаптивной физической культуре (АФК), невролог и др.) *специальный психолог*, входящий в состав бригады специалистов, своевременно проведет углубленную психолого-педагогическую диагностику состояния когнитивной и эмоционально-личностной

сфер, установит проявления ПТСР и их влияние на общее состояние Клиентов, составит и реализует коррекционно-профилактическую программу, позволяющую предотвратить негативное влияние ПТСР на процесс реабилитации Клиентов. Одним из основных условий реализации профилактической программы при этом будет являться работа психолога с семьей Клиентов с целью введения членов семьи в состав мультидисциплинарной бригады как полноценных, сознательных и компетентных ее участников, осуществляющих комплексное сопровождение указанных лиц.

Для доказательства указанного предположения необходимо, прежде всего, теоретический анализ процесса комплексного сопровождения, который ляжет в основу программы работы специального психолога.

На этапе реабилитации, безусловно, требуется оценка статуса психической деятельности Клиентов, их состояние; обязательна разработка специфических, дифференцированных приемов, которые активизируют адаптацию к данным сложившимся условиям их жизни.

Система лечебно-реабилитационных мероприятий для Клиентов с ПТСР должна носить комплексный характер и включать в себя медикаментозную и немедикаментозную терапию, психотерапию и психологическую коррекцию. Начало терапевтического воздействия должно быть по возможности максимально ранним, вслед за действием стрессора, и носить продолжительный характер [3].

«Психотерапевтическое лечение является важным компонентом в комплексной помощи людям с ПТСР. Применение психотерапевтических методов должно учитывать личностное своеобразие Клиента, стадию и клинический вариант развившегося у него заболевания, со-

четание индивидуальных и групповых, в том числе семейных, подходов, базироваться на сочетанном применении методов кризисной интервенции и патогенетической личностно-ориентированной психотерапии с достаточной продолжительностью лечебно-реабилитационных мероприятий» [10].

Профилактическая медицинская помощь является наиболее действенным средством предупреждения негативного влияния тяжелой психической травмы на здоровье человека. Одним из существенных факторов, обуславливающих увеличение распространенности ПТСР, является практически полное отсутствие специальных профилактических программ [9]. Поэтому необходима разработка и составление профилактических программ, включающих первичную, вторичную и третичную профилактику.

Под первичной профилактикой ПТСР понимается работа с популяцией условно здоровых людей, в которой существует определенное количество лиц «группы риска» ПТСР. Используется система мероприятий, направленных на формирование позитивных стрессоустойчивых форм поведения, развитие личностных ресурсов и копинг-механизмов с одновременной коррекцией дезадаптивных ее форм. Первичная профилактика нужна при работе с лицами ближайшего окружения, прежде всего, с родителями Клиентов.

Вторичная и третичная профилактика используется у Клиентов с ПТСР с целью предупреждения рецидивов проявлений и перехода их в хронические формы, а также предотвращения развития коморбидных расстройств (депрессий, химической и других видов зависимости), формирования патологических изменений личности в результате пережитой стрессогенной ситуации.

Построение профилактических программ должно проводиться с учетом основных факторов и условий формирования ПТСР: особенностей самого травматического события, наличия негативных факторов, социально-демографических и социально-экономических характеристик, анамнестических данных, социально-психологических и индивидуально-психологических особенностей Клиентов.

Профилактика ПТСР у лиц, переживших экстремальные события, должна носить комплексный характер, базироваться на мультидисциплинарном подходе и включать в себя медицинские, психологические и социальные мероприятия.

Фундаментальное *правило терапии ПТСР* – принимать тот темп работы и самораскрытия Клиента, который он сам предлагает. Нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку родители поддерживают у Клиента, как правило, избегающие стратегии поведения.

Психотерапия ПТСР направлена, в первую очередь, на реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности. Задачей психотерапии является: создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективная переоценка травматического опыта, восстановление чувства ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире (Л. А. Гейденрих, М. Н. Мясникова, А. А. Осипова, А. В. Солтовец, Л. К. Чаусова).

Разработанный нами комплекс коррекционно-профилактических мероприятий, входящих в программу работы специального психолога, предназначен для работы с

Клиентами А. и Д., находящихся в кризисном состоянии (ПТСР) на фоне последствий тяжелых черепно-мозговых травм в результате перенесенных стрессогенных ситуаций.

Цель программы:

Психологическая коррекция нарушений эмоционально-личностной сферы Клиентов с целью профилактики негативного влияния проявлений ПТСР на их общее состояние (физическое и психическое) и облегчения реабилитационного процесса, проводимого специалистами комплексного сопровождения.

Задачи

1. Диагностирование адаптационных ресурсов Клиентов А. и Д., степени влияния стрессовой ситуации и проявлений ПТСР на их эмоциональное и личностное состояние.

2. Диагностирование состояния когнитивной сферы Клиентов.

3. Активизация ресурсов психики, формирование ощущения защищенности в этом мире.

4. Коррекция симптомов ПТСР.

5. Обучение Клиентов доступным им видам деятельности.

6. Восстановление (формирование) навыков самообслуживания.

7. Повышение умственной работоспособности.

8. Создание условий для развития их интеллектуальной деятельности, познавательных процессов, речи, моторики.

9. Активное включение родителей в реализацию программы, как в условиях стационара, так и в домашних условиях.

Учитывая характер имеющейся у Клиентов А. и Д. клинической симптоматики, особенно наличие двигатель-

ных и речевых расстройств, довольно трудной оказалась подборка конкретных, адекватных методик исследования, в частности для Клиента А., так как в отличие от Клиента Д. у него в результате всех событий диагностируется умеренное нарушение интеллекта (посттравматическая деменция).

Даже Клиенту Д. сложно и проблематично выполнять стандартные задания диагностических методик, для Клиента А. в большинстве вариантов это даже не представляется возможным, поэтому его потенциальные возможности оценить достаточно трудно.

В процессе реализации программы столкнулись с острой нехваткой диагностических методик для выявления нарушений в развитии психики конкретно у этих Клиентов, оказалось сложным диагностировать уровень состояния мыслительных, сенсорных, мнестических процессов.

Основная задача на первоначальном этапе работы с Клиентами – изучение особенностей состояния простейших сенсорных и перцептивных процессов: тактильного, зрительного, слухового восприятия, двигательной активности.

Большая часть подобранных методик в исследовании носила невербальный характер. Учитывая специфику речевых возможностей данных Клиентов, от них не требовалось развернутых ответов о выполняемых действиях, но предусматривалось понимание ими словесных инструкций.

Методики, направленные на изучение признаков, уровня ПТСР, в большинстве вариантов представлены в виде разнообразных опросников и интервью. Данные методики были модифицированы и адаптированы к нашим Клиентам.

В целом в диагностическую часть программы (констатация фактов) были включены процедуры обследования памяти, речи, внимания, восприятия, мышления; про-

цедуры для выявления страхов, уровня самооценки, разных видов тревожности, внутреннего отношения к определенным социальным ситуациям; для оценки психотравмирующих ситуаций и определения «мишеней» для индивидуальной психокоррекции, оценки динамики эмоциональных нарушений и др.

В ходе исследования и выполнения заданий осуществлялось наблюдение за деятельностью и поведением Клиентов, принятием и использованием различных видов помощи как со стороны психолога и других специалистов, так и со стороны родственников. Также фиксировались результаты наблюдений за процессом преодоления Клиентами неудач и ошибок, за их эмоциональным состоянием на занятиях. Наблюдение за Клиентами происходило не только на психологических занятиях, но и в процессе посещения ими различных процедур, входящих в комплекс реабилитации.

Что касается коррекционно-профилактической части программы, то основной формой коррекционной работы на первых этапах реабилитации является индивидуальная. Применение групповой формы работы не исключается и при удачной реализации программы возможно на заключительных этапах коррекции.

В связи с учетом специфики состояния Клиентов психологическая коррекция должна проводиться в двух направлениях. С одной стороны, это правильная организация жизнедеятельности Клиента в домашних и стационарных условиях, а с другой стороны – это обучение его доступным видам деятельности.

Необходимо вновь формировать предметно-практические манипуляции с предметами, навыки самообслуживания, создавать условия для развития и восстано-

ления сенсомоторных функции с помощью специальных методов, упражнений и занятий, составленных с учетом индивидуальных особенностей каждого Клиента. Например, психокоррекция активного произвольного внимания проводится поэтапно на основе формирования (восстановления) навыков самоконтроля и на основе процедур переноса сформированных навыков на новые объекты и ситуации.

Коррекционные упражнения должны иметь связь с реальной жизнью, побуждать к достижению цели. Упражнения предъявляются с постепенно возрастающей сложностью.

В ходе коррекции использовались занятия и игры, направленные на развитие интеллектуальных процессов: слухового, зрительного восприятия, устойчивости внимания, развития памяти, мыслительных процессов анализа, синтеза, сравнения. Формировались наглядно-образные представления. Проходило обучение ориентировке в схеме тела. Предлагались упражнения на развитие мелкой моторики. Продолжительность одного занятия не была фиксированной, все зависело от состояния, желания и возможности Клиентов. В среднем, занятие в кабинете длилось 20–60 минут, прогулки на улице 1–3 часа.

Культуротерапевтические мероприятия – прогулки в парке, запуск «фонарика желаний», посещение контактного зоопарка, иппотерапия, просмотр мультфильмов, совместное чаепитие – применялись на разных этапах работы психолога для коррекции эмоциональных нарушений у Клиентов.

Использовались глазодвигательные упражнения, которые позволяют расширить поле зрения, улучшить восприятие. Однонаправленные и разнонаправленные движения глаз и языка развивают межполушарное взаимодействие и повышают энергоемкость организма в целом.

Задания предъявлялись с постепенно возрастающей сложностью. Стимульный материал предлагался в разнообразных вариациях, как стандартных (по определенным методикам), так и отличных от стандартных. Картинный материал, применяемый в работе, имел насыщенный цвет, яркость, выраженную контрастность.

Использовались на занятиях магнитный цифровой набор, магнитная азбука, магнитная доска, применялись электронные звуковые плакаты («Говорящая азбука», «Говорящая математика»), развивающие мягкие коврики-пазлы для детей, что вызывало интерес Клиентов и способствовало восстановлению у них мелкой моторики, различения цвета, формы, а также тактильного и слухового восприятия.

Например, упражнение «Тишина» (5–10 минут) применялось для восстановления слухового восприятия, памяти, снятия тревоги и беспокойства, «погружения в себя», свои мысли и переживания.

Еще один пример. Любимыми для Клиентов занятиями стали «Рисунки ладошками и пальчиками». С помощью этих веселых и полезных занятий, мы научились создавать необычные рисунки, обводя ладошки и пальчики. Этот увлекательный процесс отлично развивает координацию, так как действия производятся обеими руками (когда обводит ладошку). Восстанавливается творческое воображение, внимание, мелкая моторика, появляется интерес к творчеству. Из-за осознанного движения пальцами стимулируется речевое развитие. Вообще, любая изобразительная деятельность развивает фантазию, пространственное и образное мышление, способствует эстетическому восприятию мира и усилению речевой активности. При создании изображения совершенствуются представления

об окружающем мире. Происходит запоминание характерных особенностей и деталей предметов, овладение образительными навыками. Для занятий использовались: листы бумаги, цветные карандаши, фломастеры и восковые мелки. Задания, направленные на развитие мелкой моторики, внимания, аккуратности, выполнялись Клиентами самостоятельно в рабочих тетрадях, что способствовало уверенному владению карандашом, тренировке терпения и усидчивости.

Психологическая коррекция нарушений у Клиентов была построена с учетом специфики дефекта. После перенесенных повреждений у них наблюдалось грубое нарушение регуляции деятельности, изменение отдельных, сформированных до травмы высших психических функций, проявления выраженной эмоциональной инертности, вялости, апатии.

В связи с этим психологическая коррекционная работа велась в таких направлениях:

1) правильная организация жизнедеятельности Клиентов в семье и стационаре (работа с родителями);

2) обучение Клиентов доступным им видам деятельности, навыкам самообслуживания, формирование навыков общения;

3) формирование адекватной самооценки, уверенности в себе.

При работе с психологическими травмами и ПТСР предполагается, что работа специального психолога идет в следующем режиме: минимальный срок психокоррекционной работы – 1 год; встречи-занятия 5 раз в неделю в течение трех недель (курс реабилитации 21 день); перерыв между курсами 30–90 дней; необходимое количество курсов – 6–7.

Комплексы психодиагностических, коррекционно-развивающих, коррекционно-профилактических мероприятий разрабатывались индивидуально для Клиентов А. и Д. на каждый курс реабилитации. Каждый комплекс содержал 3 блока и состоял из 15 индивидуальных встреч-занятий.

Отдельным пунктом реализации программы сопровождения Клиентов специальным психологом – это письменное или устное согласие их родителей. Работа с родителями также включена в общую программу отдельным блоком, а затем, по мере роста их компетентности, в параллельную работу со специалистом.

Работа с родителями – одно из наиболее сложных направлений в коррекционной работе. Причины, вызвавшие психическую травму, которая привела к ПТСР у Клиентов, различны. То, что казалось родителям Клиента А. незначительным, на самом деле серьезно травмировало их сына и вызвало у него серьезные проблемы дезадаптации. Игнорирование ими факта психической травматизации (буллинг) привело к серьезным последствиям – в их жизни произошло событие, которое травмировало не только его, но всю семью в целом. В семье Клиента Д. данным травмирующим событием явилось дорожно-транспортное происшествие.

Родственники Клиентов сами находятся в стрессовом состоянии от пережитых ситуаций, они не менее интенсивно переживают травмы своих детей и имеют все симптомы ПТСР, следовательно, также нуждаются в психологической поддержке. Основная проблема, стоящая перед ними – как реагировать на то, что произошло, а главное, как жить дальше?!

Работа началась с информирования родителей и

родственников о некоторых теоретических вопросах преодоления ПТСР у их детей, о практических методах оказания психологической помощи, о конкретных, индивидуальных проблемах и трудностях детей, о возможности их поддержки в семье. А затем пошел этап обучения их приемам сопровождения в условиях стационара и семьи.

*2.4. Роль работы специального психолога
в реализации программы сопровождения Клиентов
с посттравматическим стрессовым расстройством*

Для того чтобы проанализировать результативность (эффективность) работы специального психолога, необходимо отразить основные динамические изменения в состоянии Клиентов А. и Д. в процессе прохождения этапов реализуемой коррекционно-профилактической программы.

Для удобства восприятия информации читателем приведем последовательность динамических изменений для каждого Клиента отдельно.

Клиент Д.

Первая встреча с Клиентом Д. проходила в палате нейрохирургического отделения. С момента ДТП прошло 2 месяца, неделю назад он был переведен из отделения реанимации в общую палату. Дыхание происходило за счет трахеостомы, питание через зонд, отсутствует левая височная кость, афазия. Гемипарез справа.

В палате с ним круглосуточно находится сиделка. Эмоциональный фон очень низкий. Обращенную речь понимает, но в месте и времени ориентируется плохо. Вопросы для этого испытуемого были выстроены так, чтобы он мог ответить «да» или «нет», договорились с ним общаться глазами («да» – закрывает глаза), также положительный ответ он мог давать рукопожатием сохранной рукой.

Таким образом, у Клиента Д. на момент первичной диагностики речь отсутствовала. Он с трудом вступал в контакт. Поэтому метод наблюдения являлся одним из ведущих при проведении психодиагностических процедур.

В процессе наблюдения было отмечено, что симптомы ПТСР наслаиваются на физическую симптоматику, вызывая серьезные проблемы в адаптации к данным условиям жизни в стационаре. Это – дистанцированность в общении, грусть, апатия, постоянная тревожность, неустойчивость настроения. Характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни (что указывает на астенический тип ПТСР). В сознании преобладают мысли о собственной несостоятельности. Низкая самооценка, чувство дискомфорта. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании. Часто бывают явления гиперсомнии с невозможностью проснуться, подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Кроме того, присутствуют страхи перед сновидениями.

На основании полученных данных по проведенной диагностике был сделан вывод – Клиент, безусловно, находится в состоянии ПТСР.

Из анамнеза жизни известно, что Клиент Д. стал жить отдельно от мамы в 19 лет, в квартире, оставшейся от бабушки (она переехала жить в другой город). На проживание зарабатывал самостоятельно, приобрел автомобиль, к маме за финансовой помощью не обращался, а даже, наоборот, сам помогал ей материально, планировал летом сыграть свадьбу. При аварии Клиентом Д. была получена тяжелая черепно-мозговая травма, следствием которой явились двигательные и речевые нарушения (афазия, гемипарез справа). Когда Клиент Д. вышел

из комы и был переведен в палату, оказалось, что мама принять «такого» сына не готова, у нее нет сил и возможности (а порой и желания) оказывать ему помощь, находясь постоянно рядом с ним. Мама, сама испытав травматический опыт, вошла в «позицию отрицания», игнорируя факт того, что это произошло не с кем-нибудь, а с ее сыном, следовательно, это произошло в ее семье и с нею самой. Через агентство она нашла сиделку, которая находилась рядом с Клиентом Д. круглосуточно без выходных. Мама же в стационаре навещала сына редко.

Первые три курса реабилитации дали хорошую положительную динамику – Клиент Д. научился самостоятельно садиться, вставать с кровати, пересаживаться с нее в кресло, начал передвигаться при помощи ходунков на небольшие расстояния. Положительная динамика наметилась и в навыках самообслуживания: он самостоятельно принимал твердую пищу, пил из трубочки, мог умыться. Произошли сдвиги и в восстановлении речи. Обращенную речь понимает. В активной речи появились звуки, слоги и даже два слова: «заяц» и «Алена».

Это позволило сделать вывод о том, что Клиент Д. в прогностическом плане успешен для восстановления и коррекционного обучения. Он стал стремиться к общению, к разным видам деятельности. Он начал ставить для себя конкретные цели, для достижения которых имел хороший внутренний потенциал, а самое главное – желание жить (несмотря на то, что его девушка, на которой он хотел жениться, ни разу не навестила его).

К сожалению, у Клиента Д. через 4 месяца после травмы появились эпилептические припадки. Частота припадков с каждым месяцем увеличивалась. Как выяснилось

позже, в перерывах между курсами реабилитации, мама отправляла его жить к бабушке, и он никаких препаратов в эти периоды не принимал.

Когда Клиент Д. приехал на IV курс реабилитации, восстановленные навыки были практически полностью утрачены. Оказалось, что в последний перерыв между курсами он остался с мамой вдвоем. Мама Клиента не проводила с ним никакой работы: ни поддерживающей медикаментозной терапии (таблетки), ни занятий и упражнений, рекомендованных психологом, логопедом, инструкторами ЛФК. Контакттировать со специалистами клиники мама отказалась, в стационаре не появлялась, даже оплату курсов восстановления передавала через сиделку. Восстановительную работу пришлось начинать заново.

После этого курса реабилитации Клиента Д. увезли к бабушке, которой уже 73 года. Она вообще не имеет представления о том, чем и как можно помочь внуку.

Поэтому, когда Клиент Д. вернулся в клинику в марте 2015 года, это был уже совершенно другой человек. Вновь афазия, правая рука – одна сплошная контрактура, которую на данный момент может исправить только операция, на ноге контрактуры частичны, ее еще можно «спасти». Самооценка снижена, желания и стремления к восстановлению нет, появилась агрессия. Чем продолжительнее по времени были периоды перерыва между курсами реабилитации, тем хуже становилась динамика проводимых мероприятий.

«Возрождение» Клиента произошло только тогда, когда его взяла к себе на съемную квартиру сиделка, которая была обучена всем приемам сопровождения. Она взяла его под свою опеку, занималась с ним ЛФК,

гуляла, делала массаж, в общем, вкладывалась в восстановительную работу по полной программе, как будто он ей родной.

Настроение у Клиента Д. стало замечательное. Стал заниматься с желанием: писать, рисовать, собирать пазлы, решать задачи. Передвигался по квартире при помощи трости, но очень быстро уставал. Наблюдался очень большой страх упасть. Самостоятельно ел левой рукой. Вновь появились горловые звуки, он пытался говорить, и ему удавалось произнести несколько слов: «пока», «Алена», «дай», «нет».

Но в августе 2015 мама увезла Клиента к бабушке на постоянное место жительства!!!

Очень важно для каждого человека быть нужным и чувствовать эту «нужность», чувствовать поддержку со стороны близких, ведь она придает силы и уверенность в себе. Быть брошенным и ненужным, всеми забытым, да еще при этом иметь физические недостатки, «благодаря» которым ты не можешь ходить, обслуживать себя, говорить, «благодаря» которым от тебя отвернулись все близкие и родные люди – это очень тяжелая ноша, тем более, если нести ее самому, совсем одному.

В таких ситуациях у специалистов, работающих с Клиентом более двух лет и добившихся некоторых успехов, опускаются руки, и становится обидно, почему самые близкие человеку люди не верят в него. Более того говорят такие слова: «Ничего этого (занятий, реабилитации) не нужно, не восстановится он, лучше бы он разбился насмерть...»

Клиент А.

На первичную психологическую консультацию Кли-

ент А. был доставлен на кресле-каталке в сопровождении мамы. После перенесенного им геморрагического инсульта прошло 10 месяцев. Отсутствует лобная кость (на голове надета кепка). Активные движения конечностей практически полностью отсутствуют. Правая рука согнута в локтевом суставе, пальцы сжаты в кулак (самостоятельно не разгибает), имеется небольшая подвижность в плечевом и лучезапястном суставах. В месте и времени не ориентирован. Эмоциональный фон настроения снижен. Внешний вид – опрятный. В контакт вступает с трудом, зрительного контакта избегает – опускает глаза вниз, закрывает их, либо опускает вниз голову. На вопросы отвечает неохотно (горловыми звуками; слоговая, фразовая речь отсутствует). Звуки произносит медленно, тихо; звуки тягучие. Латентный период между вопросом и ответом выражено увеличен. Жалоб не предъявляет. Инструкции понимает с трудом, задания выполняет в медленном темпе, с признаками истощаемости. Результатами деятельности самостоятельно не интересуется.

На начальном этапе психодиагностики мы с Клиентом А. встречались ежедневно на протяжении трех недель (курс восстановительных процедур – 21 день).

На основании полученных данных по результатам диагностики был сделан вывод – Клиент находится в состоянии ПТСР. Фон настроения снижен, у Клиента проявляется безразличие к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушие к проблемам семьи, обучению и учению. Преобладает пассивность в поведении.

В прогностическом плане Клиент А. имеет незначительный «внутренний» ресурс для дальнейшего развития и восстановления, так как реакция на вербальные и не-

вербальные раздражители отсутствует, также отсутствуют движения (произвольные / непроизвольные). Это выводы констатирующей части исследования.

Семья Клиента А. (мама, бабушка, папа), всеми силами стараются помочь сыну (внуку). Родители уделяют ему много времени (мама уволилась с работы), сил, внимания. Восстановление и адаптация к сложившимся условиям стали центральным делом их жизни. Динамика с каждым курсом реабилитации все лучше. Уже на втором курсе реабилитации появилась жестовая речь, отдельные слова, короткие фразы. После третьего курса реабилитации Клиент А. самостоятельно мог перейти с кресла на кушетку, на тренажер. В перерывах между курсами в домашних условиях вся семья принимала активное участие в восстановлении Клиента А. (папа занимался физическими упражнениями, мама и бабушка проводили логопедические и психологические занятия). На V курс реабилитации Клиент пришел самостоятельно (при помощи ходунков), речь стала более плавной, менее тягучей, стало гораздо меньше «пугающих» горловых звуков. Появилась уверенность в себе, настроение хорошее, в зале ЛФК на групповых занятиях Клиент А. стал обращать внимание на девушек.

На первых этапах коррекции у Клиента возникали особые трудности при овладении навыками самообслуживания (умением самостоятельно есть, одеваться и раздеваться, общегигиеническими навыками). При формировании навыков самообслуживания и бытовой ориентации учитывалось наличие у него целого ряда нарушений общей моторики, функциональных движений кисти и пальцев рук, речи, познавательной деятельности, недостаточность пространственных представлений. Обучение данным на-

выкам проходило индивидуально, с учетом двигательных возможностей Клиента. Постепенно двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки отрабатывались в пассивно-активной форме (с помощью психолога в стационаре и при помощи родителей в домашних условиях), постепенно роль взрослого уменьшалась, наступало овладение самостоятельным выполнением различных действий.

Динамика Клиента А. положительная, в чем большая заслуга не только специалистов клиники, но и его семьи, поддерживающей его.

Таким образом, на основе данных, полученных нами в результате проведенного исследования, можно сделать следующие *выводы*:

1. Наличие психической травмы тесно связано с когнитивно-эмоциональными изменениями восприятия жизненной перспективы Клиентов.

2. Изучение особенностей проявлений посттравматического стрессового расстройства у лиц, переживших стрессогенные ситуации, на фоне последствий тяжелой физической травмы делает возможным прогнозирование их дальнейшего эмоционально-личностного развития.

3. Стрессогенные ситуации оказывают серьезное влияние на отношение лиц подросткового и юношеского возраста к себе, и подрывает доверие к другим людям. У таких лиц повышена тревожность и понижена самооценка.

4. Отсутствие адекватной поддержки в семье, нормального функционирования способствуют развитию и усугублению состояния ПТСР. Эти ситуации приводят к

более выраженному и сохраняющемуся в последующем посттравматическому стрессу у лиц подросткового и юношеского возраста.

5. Положительная динамика в преодолении симптомов ПТСР, вызванного стрессогенной ситуацией и протекающего на фоне последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, в освоении навыков самообслуживания, в формировании навыков общения, адекватной самооценки и уверенности в себе возможно только при успешном взаимодействии специалистов мультидисциплинарной бригады и родителей.

6. Место и роль работы специального психолога в комплексном сопровождении лиц подросткового и юношеского возраста с посттравматическим стрессовым расстройством определены как необходимое звено сопровождения, но требуют дополнительного изучения в плане взаимодействия и форм работы с родителями указанных выше лиц. Технология психологической работы с родителями по «превращению» их в полноценных членов мультидисциплинарной бригады комплексного сопровождения лиц с ПТСР требует практического совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асанова, Н. К. Руководство по предупреждению насилия над детьми : учебное издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических ВУЗОВ. / Н. К. Асанова. – М. : Владос, 1997. – 512 с.

2. Бенедик, И. В. Психология аномального ребенка. / И. В. Бенедик. – Севастополь, 2008. – 284 с.

3. Волошин, П. В. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики. / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов // Международный медицинский журнал. – 2004. – №1. – С. 33–37.

4. Захаров, А. И. Дневные и ночные страхи у детей / А. И. Захаров. – СПб. : СОЮЗ, 2000. – 448 с.
5. Игумнов, С. А. Управление стрессом: современные психологические и медикаментозные подходы / С. А. Игумнов. – СПб. : Речь, 2007. – 112 с.
6. Китаев-Смык, Л. А. Психология стресса / Л. А. Китаева-Смык. – М. : Наука, 1983. – 367 с.
7. Мэнделл, Дж. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие / Дж. Мэнделл, Л. Дамон. – М. : Генезис, 2001. – 160 с.
8. Организация диагностической и психокоррекционной работы с детьми, оказавшимися в кризисных ситуациях / Авторы-составители: А. А. Осипова, Л. К. Чаусова, М. Н. Мясникова, Л. А. Гейденрих, А. В. Солтовец. – Р н/Д, 2001. – 105 с.
9. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств / Под ред. А. Н. Моховикова / Пер. с англ. О. Ю. Донец. – М. : Смысл, 2002. – 127 с.
10. Положий, Б. С. Посттравматическое стрессовое расстройство / Б. С. Положий. – М. : РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского», 2005. – 412 с.
11. Соколовский, С. Р. Жизнь после стресса, самопомощь и выздоровление. Необходимые знания об остром и хроническом стрессовом расстройстве, помощи, самопомощи и выздоровлении : научно-методическое пособие для студентов факультетов психологии / С. Р. Соколовский. – Пятигорск : ПГЛУ, 2008. – 156 с.
12. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
13. Черепанова, Е. М. Психологический стресс: Помогите себе и ребенку : книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е. М. Черепанова / 2-е изд. – М. : Издательский центр «Академия», 1997. – 96 с.
14. Шефов, С. А. Психология горя / С. А. Шефов. – СПб. : Речь, 2006. – 144 с.

15. Goodwin J. Post-TraumaticSymptoms In Incest Victims. – American Psychiatric Association, 1995.

16. Rowan A. B., Foy D. W. Post-TraumaticStress Disorder in Child Sexual Abuse Survivors: A Literature Review // Journal of Traumatic Stress. – 1993. – V. 6. – P. 3–20.

ГЛАВА 3

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ НАСИЛИЯ

Батанина Ольга Александровна,

магистр выпуска 2015 года

Алмазова Ольга Владимировна,

профессор, к.п.н.

Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы профилактики эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях насилия

1.1. Общее понятие о состоянии изученности проблемы эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях насилия

На современном этапе развития социума отмечаются существенные изменения во всех сферах общественной жизни. Резкое падение уровня жизни большинства людей, неуверенность в завтрашнем дне несут изменения в экономической сфере. Несоблюдение в социуме общественно значимых ценностей искажает социальную сферу. Психологические изменения определяются инфантильностью людей, которая выражается в неумении принимать важные решения, выполнять обязанности и нести ответственность, высоким уровнем социозависимости, а также потребительским отношением к жизни. Современные условия отсутствия в обществе и государстве ответственности за воспитанность человека, сформированность его моральных качеств и нравственных принципов влекут за собой педагогические проблемы. Эти и дру-

гие изменения способствуют появлению множества общественно значимых проблем, одной из которых является жестокое обращение с детьми.

Изучение проблемы жестокого обращения с детьми представляет собой особую значимость для исследования в силу того, что на данный момент времени имеется множество существенных противоречий в представлениях исследователей о сущности данного феномена. Применение по отношению к детям насильственных действий несет в себе не только физический вред, но и тяжелые моральные и психологические проблемы. В связи с этим проблема профилактики насилия над детьми, в целях предотвращения негативных последствий, приобретает особое значение и актуальность.

Феномен насилия представляет собой трудный для изучения предмет научного исследования. Основными причинами возникающих трудностей являются отсутствие четко определенного и всеми принятого понимания сущности изучаемого феномена, а также документарная неопределенность понятийного аппарата относительно проблемы насилия над детьми, что влечет за собой ограничение междисциплинарных возможностей оказания помощи ребенку.

В настоящем исследовании под понятием «насилие» понимается физическое, психологическое воздействие на человека (ребенка) со стороны другого человека (ребенка или взрослого), семьи, группы или государства, вынуждающее его прерывать значимую деятельность и исполнять другую, противоречащую ей, либо угрожающую его физическому или психологическому здоровью и целостности. Насилие над детьми представляет собой жестокое обращение с детьми. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), жестокое обращение с детьми

включает в себя все формы физического, эмоционального и сексуального насилия, пренебрежения и эксплуатации, причиняющие фактический или потенциальный вред здоровью ребенка, его развитию или достоинству.

Насилие над ребенком или жестокое обращение со стороны близких ему людей могут стать причиной многих психологических проблем, которые в дальнейшем в свою очередь могут оказывать негативное влияние на различные сферы жизни человека. В настоящее время отмечается особый интерес к данной проблеме в силу того, что все формы насилия над ребенком в большинстве случаев влекут за собой тяжелые и разнообразные последствия.

И. А. Алексеева считает, что нарушения, возникшие вследствие насилия, затрагивают все уровни функционирования человека и приводят к стойким личностным изменениям, которые препятствуют его способности реализовать себя в будущем. Особенно это касается детей, подвергшихся насилию. Основная опасность жестокого обращения родителей с детьми заключается в том, что, избивая их или негативно воздействуя на их психику путем угроз, оскорблений и унижений, они создают условия для возникновения и последующего закрепления в детях психических аномалий, содержащих жестокость. Угрозы, принуждения вызывают чувство страха, незащищенности, что приводит к внутреннему сопротивлению, агрессивности в одних случаях, к апатии, безразличию и пассивности в других случаях. Такие психологические проблемы неизбежно влекут за собой проблемы педагогические – лживость, лицемерие, грубость. Насилие в семье неизменно ведет к отчуждению ребенка, а за отчуждением следуют педагогические проблемы – непослушание и трудновоспитуемость [2].

Е. И. Цымбал выделяет ближайшие и отдаленные последствия перенесенного насилия у детей [26]. Основными стадиями их развития являются:

1 стадия. Сразу после травмы, особенно если она носила характер грубого насилия и нападения, у ребенка развивается первичная реакция в виде болезненных физических и эмоциональных проявлений, которые в зависимости от характера и продолжительности воздействия, возраста ребенка и его личностных особенностей могут иметь различную степень тяжести и спектр проявлений. В качестве проявлений можно указать посттравматические стрессовые расстройства, физические проявления, эмоциональные реакции, когнитивные расстройства.

2 стадия. Адаптация (аккомодация), в процессе которой у ребенка вырабатываются навыки, помогающие ему справиться с происходящим. Он выбирает такие приемы и формы поведения, которые, по убеждению ребенка, помогают ему обеспечить безопасность, уменьшить физическую и душевную боль, то есть он развивает психологическую защиту – копинг.

3 стадия. Отдаленные последствия перенесенного насилия являются интегративным процессом, который складывается из особенностей первой и второй стадий, личностных особенностей ребенка. Большое влияние для развития отдаленных последствий оказывает отсутствие поддержки со стороны взрослых при раскрытии факта насилия, их резкая реакция на него, а также отсутствие комплексной профессиональной (психологической, медицинской, юридической) помощи. На этом этапе формируются стойкие поведенческие и личностные нарушения, которые затрудняют социальную адаптацию не только в детском возрасте, но и во взрослой жизни.

Вызванные вследствие насилия стрессовые состояния в виде эмоциональных нарушений оказывают на состояние организма потерпевшего негативное воздействие. И. М. Шхвацабая считает основной опасностью стрессовых состояний долгосрочное проявление эмоций печали, гнева, ярости, тревоги, которые могут оказать влияние на формирование черт характера. Автор проводит взаимосвязь между стрессом как первой стадией травмы и степенью опасности применяемого по отношению к ребенку насилия, а также величиной возникающей тревожности. Способность организма противостоять реакции тревоги влечет за собой процесс адаптации к новым условиям, то есть переход на стадию резистентности. Однако длительное воздействие психотравмирующей ситуации может сделать адаптацию невозможной. Наступает стадия истощения, которая при достаточно сильном стрессе может привести к необратимым для организма последствиям. По мнению ученого, эти расстройства могут выражаться в воспроизведении пережитого в мыслях и снах, в полном безразличии и равнодушии к окружающему, в стремлении к уединению, утрате способности испытывать чувство радости, счастья, в повышенной подозрительности, настороженности, недоверии к взрослым, неадекватном реагировании.

Необходимо вслед за С. В. Ильиной отметить, что одной из важнейших проблем современного общества являются эмоциональные нарушения у дошкольников, возникшие в результате различной этиологии. Эмоциональное неблагополучие у детей дошкольного возраста в исследовании рассматривается как отрицательное состояние, возникающее на фоне трудноразрешимых личностных конфликтов вследствие воспитания в условиях жестокого обращения.

Практически все дети, пострадавшие от жестокого обращения и пренебрежительного отношения, пережили психическую травму, в результате чего они развиваются дальше с определенными личностными, эмоциональными и поведенческими особенностями, отрицательно влияющими на их дальнейшую жизнь. Также особенности эмоциональной сферы детей определяются видом жестокого обращения, которому они подверглись. Ниже представлена информация о нарушениях в эмоциональной сфере у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях насилия в зависимости от вида жестокого обращения с ними.

• *Эмоциональные нарушения у детей вследствие физического насилия*

Последствия физического насилия в семье могут быть самыми разными: от незначительных и практически не оказавших влияния на развитие личности до грубых нарушений, включая психопатологию, саморазрушающее и асоциальное поведение. Это определяется многими факторами, в том числе особенностями ребенка, его возрастом, характером отношений с наказывающим родителем, силой и способом наказаний.

К основным эмоциональным нарушениям вследствие физического насилия И. Н. Дементьева относит выраженные негативные эмоции: страх, тревога, растерянность, беспокойство. Пролонгированные последствия выражаются в задержке психофизического развития, появлении различной невротоподобной симптоматики (расстройства сна, аппетита).

Развитие эмоциональных нарушений связано с испытываемыми ребенком чувствами потери доверия и разочарования. Потеря доверия обусловлена предательст-

вом насильника, который использует во зло ребенку его любовь и привязанность. Разочарование зачастую вызвано тем, что другой родитель, как правило, мать, не замечает происходящего или не может помочь ребенку.

Изучение примеров применения физического насилия по отношению к детям позволило выделить у них такие общие последствия, как энурез, энкопрез, различные тики, ночные страхи и т.п. В целом, физическое насилие прежде всего влияет на формирование самооценки ребенка и его отношение к окружающему миру. Именно поэтому последствия насилия выходят за рамки переживания травмы и затрагивают другие сферы: общение со сверстниками, успешность в обучении, формирование будущих близких отношений.

• *Эмоциональные нарушения у детей вследствие психологического насилия*

Анализ изученной литературы позволяет сделать вывод о том, что психологическое насилие является главной причиной детской тревожности и депрессии. Депрессия в тяжелой форме приводит к саморазрушению. Депрессивные дети сосредоточены на себе, задумчивы, недоверчивы, неотзывчивы. Эти дети чаще других прощают обиды, оскорбления, более склонны к отклоняющемуся поведению.

Н. М. Платонова в своих исследованиях указывает, что психологическое насилие развивает в детях чувство собственной ничтожности и определяет тем самым особенности его поведения и успеваемость. Самооценка ребенка предопределяет его социальный статус, а также возможности для взаимодействия с социумом. Часто сформированный в детстве социальный статус ребенка переходит и во взрослую жизнь.

К особенностям поведения детей, перенесших психическое насилие, относятся: отставание в психическом развитии; сниженный фон настроения; тревожность; замкнутость, чрезмерный страх при общении с незнакомыми взрослыми или наоборот чрезмерная доверчивость; неразборчивая привязанность; неумение взаимодействовать с другими детьми; отсутствие привязанности к родителям; плохая успеваемость. К основным эмоциональным последствиям вследствие психологического насилия относятся: притупление эмоций и взрывные реакции; повышенная тревожность; появление страхов; приступы гнева и ярости; чувство вины, стыда, беспомощности; агрессия в адрес других и себя; неумение сопереживать; неуверенность в своих силах; снижение самооценки; психическое застывание, нечувствительность, пассивность, импульсивность; недостаточная способность к контролю собственного поведения.

К проблемам, возникающим вследствие психологического насилия над детьми, также относится состояние отрицательной эмоциональной окраски. Это может быть чрезмерная возбужденность, отчаяние, плаксивость, истерия, агрессивность, депрессия. В этом состоянии дети хуже, чем обычно, воспринимают окружающий мир, адекватность реагирования на окружающее нарушена, дети становятся импульсивными, приобретают вредные привычки. В более тяжелых случаях психологические изменения являются более глубокими – личностные, выраженные в изменениях психологических особенностей ребенка. Негативные личностные изменения обнаруживаются в появлении новых экстремально значимых установок, которые выражаются в ожидании повторения неприятного аналогичного случая, потере веры в возможность его избегания.

Негативные личностные психологические изменения устойчивы и трудно поддаются изменению. В серьезных случаях, по мнению Д. Глейзер, последствием психологического насилия может стать посттравматическое стрессовое расстройство.

Основными отдаленными последствиями психического насилия являются выраженная задержка интеллектуального развития, нарушение привязанностей ребенка. Это ограничивает его возможности устанавливать эмоционально близкие отношения и искажает социализацию. Многие дети, которые в раннем возрасте подвергались психическому насилию, в дальнейшем становятся жертвами других форм жестокого обращения. Одной из причин подобного дисфункционального развития детско-родительских отношений является несформированность привязанности родителей к ребенку.

• Эмоциональные нарушения у детей вследствие сексуального насилия

Наиболее универсальной и тяжелой реакцией на сексуальное насилие является низкая самооценка, которая способствует сохранению и закреплению психологических нарушений, связанных с насилием. Личность с низкой самооценкой переживает чувство вины, стыда, для нее характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности. Вследствие этого ребенку трудно добиться уважения окружающих, успеха, общение его со сверстниками затруднено.

Е. С. Меньшикова считает, что дети, пережившие сексуальное насилие, приобретают несвойственные возрасту познания о сексуальных взаимоотношениях и проявляют их в играх с другими детьми или с игрушками. Да-

же маленькие, не достигшие школьного возраста дети, впоследствии сами могут стать инициаторами развратных действий и привлекать в них большое число участников.

Чувствуя себя несчастными, обездоленными, приспособляясь к ненормальным условиям существования, пытаясь найти выход из создавшегося положения, дети сами могут стать шантажистами. Это, в частности, относится к сексуальному насилию, когда в обмен на обещание хранить секрет и не ломать привычную семейную жизнь дети вымогают у взрослых насильников деньги, сладости, подарки.

Среди детей, являющихся жертвами сексуального насилия, даже в период взрослости отмечается высокая частота депрессий, что проявляется в приступах беспокойства, безотчетной тоски, чувстве одиночества, в нарушениях сна. В старшем возрасте, у подростков, могут наблюдаться попытки покончить с собой или завершённые самоубийства.

Помимо физического вреда, а в некоторых случаях вплоть до заражения венерическими заболеваниями, насилие наносит огромный вред психике. Из-за пережитого стыда, страха у ребенка снижается самооценка, нарушается его развитие. Последствия насилия сопровождают его и во взрослой жизни. Они выражаются в злоупотреблении алкоголем, наркотиками, девушки перестают ценить свое тело, всю жизнь несут груз психологической травмы.

В своих исследованиях канадский психолог К. Кейдл-Тэйкет обнаружил, что у дошкольников, подвергшихся сексуальному насилию, часто наблюдается тревожность, ночные кошмары, общее стрессовое расстройство. Эти дети часто проявляют избегающее пове-

дение, депрессивны, боязливы. Тревожность часто проявляется в неуверенности, предчувствии худшего, подталкивая к необдуманным поступкам. В определяющем количестве случаев именно тревожность лежит в основе отклоняющегося поведения.

Психологические последствия сексуального насилия С. В. Ильина подразделяет на ближайшие и отдаленные. К ближайшим психологическим последствиям сексуального насилия относятся эмоциональные расстройства (сниженное настроение, тревога), когнитивные расстройства (навязчивые воспоминания о случившемся), поведенческие расстройства (нанесение самоповреждений), а также вегетативные расстройства (нарушение сна и аппетита). Разделение это достаточно условно, поскольку депрессия может быть одной из причин суицидального поведения, а навязчивые воспоминания приводить к нарастанию тревоги.

Среди ближайших психологических последствий наиболее распространенными являются эмоциональные нарушения в виде переживания гнева и злости. Ребенок, особенно маленький, не всегда осознает эти чувства, однако они отчетливо проявляются в следующих нарушениях поведения: немотивированные конфликты со сверстниками; агрессивное антиобщественное поведение, вандализм; «аутоагрессия» – нанесение самоповреждений, употребление психоактивных веществ, суицидальные действия; обвинение родителя-ненасильника в предательстве, отвержение родителя.

Отдаленные психологические последствия сексуального злоупотребления развиваются через несколько лет и могут сохраняться как в подростковом, так и в зрелом возрасте. Классификация отдаленных психологических по-

следствий сексуального насилия включает в себя: нарушения сексуального поведения; трудности при воспитании своих детей; различные психические расстройства.

• *Эмоциональные нарушения у детей вследствие пренебрежения основными потребностями*

Исследования И. Н. Григорович доказывают, что дефицит внимания со стороны родителей приводит к тому, что ребенок развивается в эмоционально и информационно бедной среде. Им никто специально не занимается, а сам ребенок не способен обеспечить себе необходимые условия для нормального развития. Для детей, родители которых пренебрегают их основными потребностями, характерно отставание в физическом и психическом развитии. Такие дети часто болеют, имеют плохое состояние здоровья, проявляют навязчивое стремление к привлечению внимания со стороны взрослых и чрезмерную избирательную доверчивость к окружающим.

В раннем возрасте пренебрежение основными потребностями ребенка проявляется в замедленном, не соответствующим возрастным нормам, психическом и физическом развитии, отсутствии гигиенических навыков и навыков самообслуживания. Отставание в психическом развитии может быть настолько выраженным, что могут создаваться дифференциальные трудности разграничения последствий пренебрежения основными нуждами ребенка и наличия умственной отсталости.

В дошкольном возрасте на первый план выступают признаки отставания в психофизическом развитии (маленький рост, низкая масса тела, ограниченность знаний об окружающем мире) в сочетании с эмоциональными нарушениями (высокий уровень тревоги, сниженная само-

оценка) и расстройствами поведения. Недостаток любви и внимания со стороны родителей не может быть компенсирован полноценным или даже избыточным удовлетворением материальных потребностей ребенка.

Представленные выше последствия насилия по отношению к детям в виде эмоциональных нарушений позволяют сделать вывод о деструктивности их влияния на личность ребенка. Также необходимо принять во внимание тот факт, что проявление насильственных действий по отношению к детям в подавляющем большинстве случаев выявляется в семьях с неблагоприятными воспитательными условиями (неблагополучных семьях).

Характерные черты неблагополучных семей изучал Б. Н. Алмазов и дифференцировал данную категорию на типы [7]. На основе исследований Б. Н. Алмазова составлена краткая характеристика типов неблагополучных семей.

1. Семьи с недостатком воспитательных ресурсов. Примерами таких семей являются разрушенные или неполные семьи; семьи, у которых родители имеют недостаточный общий уровень развития; малообеспеченные семьи. Между приведенными примерами семей и формированием трудных детей отсутствует прямая связь, однако их специфические особенности создают для воспитания ребенка неблагоприятный фон.

2. Конфликтные семьи. Особенности данных семей является нежелание родителей осознавать и работать над собственными недостатками, а также присутствие нетерпимости родителей друг к другу. Воспитываясь в конфликтных условиях, дети занимают противодействующую позицию, проявляя демонстративность и агрессивность.

3. Нравственно неблагополучные семьи. К основным

характеристикам членов данного типа семей относятся различия в принципах организации семьи и мировоззрении, поощрение стремления достичь своих целей в ущерб интересам других, эксплуатация и присвоение чужого труда, стремление доминировать над окружающими.

4. Педагогически некомпетентные семьи. В таких семьях родители допускают ошибки при воспитании ребенка. Используются неадекватные индивидуальным возможностям и особенностям ребенка методы и средства воспитания.

С учетом доминирующих факторов неблагополучные семьи В. М. Целуйко разделил на две большие группы, каждая из которых имеет свою дифференциацию. Первую группу составляют семьи с явной (открытой) формой неблагополучия. Данная группа включает в себя проблемные, асоциальные, конфликтные, а также семьи с недостатком воспитательных ресурсов (в том числе неполные).

Особенностью явной формы семейного неблагополучия является ее выраженный характер, который проявляется в различных сферах жизнедеятельности семьи или на уровне межличностных отношений. Основным последствием является неблагополучный психологический климат. Воспитываясь в условиях недостаточной заботы, физического и сексуального насилия ребенок испытывает физическую и эмоциональную отверженность со стороны родителей, что приводит к формированию чувства неадекватности, ощущения стыда, боли и страха за свое настоящее и будущее.

Вторую группу составляют семьи со скрытой формой неблагополучия (внутренне неблагополучные). Особенностью данного типа семей является внешнее благополучие, а также наличие сопутствующих противоречий между ценностными установками, поведением родителей и общече-

ловеческими моральными ценностями. Воспитание в условиях скрытой формы неблагополучия оказывает в определяющем значении неблагоприятное воздействие на формирование нравственных качеств у ребенка. Последствия воспитания в таких условиях характеризуются с одной стороны незаметностью, а с другой – способностью деструктивно влиять на личностное формирование детей.

Представленную типологию неблагополучных семей можно дополнить еще одной разновидностью, которая условно именуется семьями «пограничного» типа. «Пограничность» таких семей характеризуется отсутствием четкой границы их перехода из категории благополучных в категорию неблагополучных. Изменения психологического климата в таких семьях часто обнаруживаются только тогда, когда отношения завершились разводом вследствие нарушенных отношений и эмоциональной разобщенности супругов. К пограничным семьям относятся семьи с нарушением структуры семейных ролей, семьи с недееспособными членами и семьи, имеющие детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Для настоящего исследования семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, представляют особый научный интерес. Увеличение риска попасть в категорию неблагополучных семей определяется тем, что воспитание детей с ОВЗ в семье является процессом более трудоемким по сравнению с воспитанием нормально развивающихся детей. В связи с этим Й. Цубер и Й. Вейс. выделяют две основные группы особенностей воспитания детей с ОВЗ:

1. Влияние семьи на состояние особого ребенка.
2. Влияние состояния хронически больного ребенка на изменения психологического климата в семье.

Физические или (и) психические ограничения у ребенка способствуют функциональной деформации семьи, что обуславливается увеличением физической и психологической нагрузки на всех членов семьи. Наличие в семье других детей или нахождение семьи в трудной жизненной ситуации подразумевает необходимость для родителей больших физических и душевных затрат, что может стать причиной нехватки времени и сил для удовлетворения специфических потребностей особого ребенка.

Индивидуальные особенности ребенка с ОВЗ, возникшие вследствие различных нарушений в развитии, являются для родителей сверхсильным раздражителем. Также увеличение риска формирования неблагоприятных условий для воспитания детей с ОВЗ обуславливается особенностями эмоционального реагирования родителей на информацию о состоянии здоровья их ребенка.

Возникновение неблагоприятных условий для воспитания детей может произойти на любой стадии эмоционального реагирования родителей на информацию о состоянии здоровья их ребенка. В свою очередь, неблагоприятные условия способствуют возникновению разных форм насилия в семье, что часто приводит к усугублению и так нарушенного психического развития ребенка с ОВЗ и больше всего проявляется в дисгармонии созревания эмоционально-волевой сферы.

Также к неблагоприятным условиям, способствующим возникновению насилия в отношении детей с ОВЗ, относятся специфические особенности данного типа семей. Родители испытывают множество трудностей при воспитании особых детей в соответствии с их индивидуальными возможностями и способностями, вследствие че-

го формируются неправильные установки. В структуре таких семей преобладают матери-одиночки, которые, в силу сложившихся обстоятельств, вынуждены были изменить место работы (часто с понижением зарплаты) и которые не рассматривают перспективу создания новой семьи.

Ограниченные способности ребенка провоцируют родителей к применению авторитарного стиля воспитания. Невозможность полностью реализовать родителями свои возможности в отношении ребенка с ОВЗ способствует искажению временной перспективы его развития и появления неуверенности в будущем, повышенного напряжения и нервно-психической нагрузки, а также тревоги и чувства усталости. Личностные и поведенческие особенности ребенка с ОВЗ способствуют появлению повышенной раздражительности у родителей. Также неблагоприятные условия воспитания с повышением риска применения насилия определяются нарушением семейных взаимоотношений и снижением социального статуса семей, где воспитываются дети с ОВЗ.

Несомненно, что для преодоления возможных негативных последствий насилия у детей (в том числе, имеющих ОВЗ), подвергшихся жестокому обращению, необходима помощь высококвалифицированных специалистов, в особенности психолога. Так как при отсутствии психологической коррекции отдаленные последствия перенесенного в детстве насилия могут сохраняться долгие годы и становятся одной из причин преступности и воспроизводства жестокого обращения с детьми в обществе.

Но более действенным методом работы специалистов с эмоциональными последствиями насилия является недопущение жестокого обращения по отношению к детям с помощью профилактических мер, направленных на пре-

дупреждение насилия над детьми. Правильно организованная профилактическая работа, включающая в себя все необходимые структурные элементы, позволит не допустить проявления жестокости к детям в условиях семьи, а при работе со случаями насилия оказать своевременную профессиональную помощь ребенку и родителям, которая поможет справиться с последствиями и предотвратить возможные рецидивы подобного отношения к детям.

1.2. Обоснование выбора подхода при профилактике насилия над детьми дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья

В настоящее время организация профилактических мер в отношении насилия над детьми с ОВЗ характеризуется междисциплинарной ограниченностью, межведомственной разобщенностью, а также отсутствием общих системных и методологических подходов. Анализ научных работ таких исследователей, как Е. Н. Волкова, М. В. Смагина, В. В. Ткачева и др. показал, что наиболее эффективным при профилактике насилия над детьми является применение мультидисциплинарного подхода.

Мультидисциплинарный подход подразумевает под собой взаимодействие специалистов таких профессиональных ведомств, как образование, медицина, социальная служба, средства массовой информации, правоохранительные и правозащитные органы. Эффективность определяется тем, что такое взаимодействие несет в себе большие потенциальные возможности в силу использования разнообразных подходов и привлечения более обширной информации из разных областей при исследовании изучаемого феномена с последующим комплексным решением выявленных проблем.

Приоритет применения мультидисциплинарного подхода заключается в том, что он обеспечивает всестороннее изучение особенностей семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ; имеет единую цель профилактической работы; обладает возможностью взаимодополнения и взаимопомощи между специалистами, а также способностью реагирования на ситуации насилия над детьми с ОВЗ, используя все уровни и способы защиты. Специалисты, осуществляющие профилактическую работу, могут являться профессионалами своего дела, но в большинстве случаев им по отдельности в полной мере не удастся решить поставленные задачи для реализуемой деятельности. Мультидисциплинарный подход позволяет аккумулировать и интегрировать интеллектуальные и профессиональные возможности специалистов, что приводит к более видимым и существенным результатам проводимой работы.

Мультидисциплинарный подход предполагает наличие системы профилактических мер по предупреждению насилия в отношении детей с ОВЗ и включает в себя команду специалистов: педагогов; психологов; врачей (педиатр, детский психиатр, невропатолог); инспекторов по делам несовершеннолетних; социальных работников и социальных педагогов; юристов (суд, прокуратура, адвокатура); представителей СМИ. Каждый специалист профилактики насилия выполняет свои функции и осуществляет регламентированную для него деятельность.

Часть 2. Практические аспекты решения проблемы профилактики эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в условиях насилия

2.1. Теоретическое обоснование разработки психолого-педагогического проекта первичной профилактики насилия в отношении детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в неблагополучных семьях

Предложенный выше мультидисциплинарный подход при профилактике насилия над детьми с ОВЗ, воспитывающихся в неблагоприятных условиях семьи, предполагает одновременную реализацию таких направлений деятельности, как психолого-педагогическая, социальная, правовая, медицинская и др. В нашей работе уделено особое внимание психолого-педагогической деятельности в дошкольных учреждениях комбинированной и компенсирующей направленности. Направленность деятельности обусловлена тем, что в дошкольном возрасте ребенка с ОВЗ увеличивается риск применения насильственных методов воспитания со стороны родителей, в силу проявления у него эмоциональных и поведенческих проблем. В связи с этим разработан *психолого-педагогический проект* первичной профилактики насилия в отношении детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в неблагоприятных условиях семьи, в целях предотвращения появления у них эмоциональных нарушений.

Актуальность разработанного проекта обусловлена тем, что насилие над детьми с ОВЗ дошкольного возраста влечет появление у них эмоциональных нарушений,

которые, в свою очередь, нарушают психическое и личностное развитие. Для того чтобы минимизировать риски возникновения эмоциональных нарушений как следствия насилия по отношению к детям, представляется необходимым организация профилактической работы, направленной на отказ от применения насильственных методов воспитания детей. В целях создания эффективной превентивной системы для реализации проекта выбран уровень первичной профилактики в дошкольных учреждениях, воспитанниками которых являются дети с ОВЗ. Эффективность определяется возможностью воздействовать на всех участников образовательного процесса, обеспечивая условия для нормального и разностороннего развития личности ребенка с ОВЗ в соответствии с его индивидуальными особенностями. Также осуществление первичной профилактики позволит оказывать своевременную психолого-педагогическую помощь неблагополучным семьям, входящим в «группу риска» по применению насильственных форм в отношении детей с ОВЗ.

Цель проекта: создание условий для предотвращения появления эмоциональных нарушений вследствие насилия по отношению к детям с ОВЗ с помощью первичной профилактики.

Задачи проекта:

- Реализовать организационно-управленческое направление деятельности первичной профилактики насилия над детьми с ОВЗ для предотвращения появления эмоциональных нарушений.
- Использовать возможности диагностики, коррекции, консультирования и просвещения в качестве направлений для профилактики насилия над детьми с ОВЗ.

- Расширять реабилитационное пространство для детей с ОВЗ и их родителей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

- Способствовать предотвращению фактов применения насилия в отношении детей с ОВЗ, воспитывающихся в неблагоприятных условиях семьи.

- Формировать негативное мнение у всех участников образовательного процесса ко всем формам жестокого обращения с детьми.

- Оказать помощь родителям по формированию устойчивых взглядов на воспитание, отношение в семье, разрешение конфликтов.

- Создать условия для оптимизации детско-родительских отношений с помощью навыков конструктивного взаимодействия и общения.

- Обеспечить информационно-просветительскими материалами всех участников образовательного процесса.

Принципы реализации проекта:

1. Принцип индивидуального подхода – реализация психолого-педагогического проекта осуществляется с учетом индивидуальных особенностей каждой семьи.

2. Принцип законности – предполагает соблюдение нормативно-правовых требований всех уровней в отношении работы с детьми дошкольного возраста и их семьями.

3. Принцип комплексности – предусматривает использование системного подхода при работе с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

4. Принцип ответственности – подразумевает несение ответственности всех участников психолого-педагогического проекта.

Участники проекта: родители, воспитывающие детей с ОВЗ, педагогические работники ДОУ.

Ожидаемые результаты:

1. Формирование у участников психолого-педагогического проекта мнения о недопустимости применения насилия при воспитании детей с ОВЗ.

2. Увеличение количества родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, получивших достоверную информацию о проблеме насилия, его последствиях, а также путях предотвращения.

3. Оказание помощи родителям детей с ОВЗ, находящихся в трудных жизненных ситуациях.

4. Нормализация детско-родительских отношений, принятие специфических особенностей ребенка с ОВЗ и их учет при выборе средств и методов воспитания.

Психолого-педагогический проект первичной профилактики насилия в отношении детей с ОВЗ, воспитывающихся в неблагоприятных условиях семьи, включает в себя комплексную систему, которая состоит из таких основополагающих блоков, как диагностический, коррекционный, консультативный, просветительский. Каждый блок имеет специфические особенности, так как используется через призму первичной профилактики. Ниже представлено основное значение и краткая характеристика выделенных блоков.

Диагностический блок несет в себе возможности выявления признаков семейного неблагополучия и индикаторов применения насильственных форм по отношению к ребенку дошкольного возраста, имеющего ОВЗ. Диагностика в проекте представляется как первичное средство профилактики, способствующее выявлению семейных отношений к группе социально-незащищенных, в которых дети с ОВЗ могут подвергаться жестокому обращению.

Коррекционный блок в рамках организации первичной профилактики включает в себя работу с трудностями и проблемами, которые возникают у родителей при воспитании ребенка с ОВЗ, что несет в себе цель гармонизации детско-родительских отношений. Овладение формами и методами правильного и содержательного взаимодействия со своими детьми, а также тренировка умений и навыков выхода из сложных ситуаций позволяют снизить уровень возникновения стрессовых состояний у родителей, а как следствие – и снижение риска применения насилия по отношению к детям.

Консультативный блок включает в себя консультирование родителей относительно возникающих при воспитании ребенка с ОВЗ проблем и трудностей. Данный блок подразумевает под собой оказание помощи при выработке совместных рекомендаций и решений по преодолению негативных тенденций в воспитании ребенка с ОВЗ, формируя у участников проекта ответственность и позитивный настрой на будущее. Консультативная деятельность способствует формированию позитивной самооценки родителей, позволяет снять тревожность, помогает преодолеть внутренние психологические барьеры, а также совершенствует формы поведения в детско-родительских отношениях. Полученные позитивные результаты от консультативной деятельности имеют цель предотвращения применения насилия по отношению к детям с ОВЗ.

Просветительский блок представляет собой информирование участников образовательного процесса по вопросам создания в семье психологических условий для полноценного развития и формирования личности ребенка с ОВЗ с учетом его индивидуальных особенностей. Также представляется информация, касающаяся характеристики

специфических эмоциональных нарушений вследствие насилия над детьми дошкольного возраста с ОВЗ, воспитывающихся в неблагоприятных условиях семьи и определение путей предотвращения подобных нарушений.

Реализация предложенного психолого-педагогического проекта может осуществляться как комплексно, используя все предложенные блоки, так и дифференцировано, реализуя отдельные блоки. Выбор того или иного способа реализации зависит от специфики осуществления деятельности ДООУ, возможностей педагогических работников включать реализацию части или целого проекта, а также важен учет социально-психологических особенностей семей, чьи дети посещают дошкольное учреждение. Учитывая вышеизложенные критерии для реализации части данного проекта на практике в условиях дошкольных образовательных учреждений, воспитанниками которых являются дети с ОВЗ, выбран просветительский блок.

2.2. Практическая реализация просветительского блока проекта первичной профилактики насилия в отношении детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в неблагополучных семьях

Апробация и внедрение (акты о внедрении имеются в приложении к магистерской диссертации) просветительского блока психолого-педагогического проекта осуществлялось на следующих педагогических площадках:

1. Муниципальное бюджетное образовательное учреждение Полевского городского округа «Детский сад № 65 комбинированного вида».

2. Муниципальное бюджетное образовательное учреждение Полевского городского округа «Детский сад № 69 комбинированного вида».

3. Муниципальное бюджетное образовательное учреждение Полевского городского округа «Детский сад № 39 присмотра и оздоровления».

Выбор образовательных площадок для внедрения просветительского блока психолого-педагогического проекта определен контингентом их воспитанников, включающим детей с ОВЗ. Внедрение просветительского блока осуществилось путем создания пакета информационных материалов с последующей его презентацией педагогам-психологам ДООУ в целях раскрытия возможностей использования представляемого информационного пакета при организации своей работы по направлению «психологическое просвещение».

Пакет информационно-практических материалов содержит следующие структурные компоненты:

- Цикл лекций для родителей, включающий в себя информационные материалы, по следующим темам: «Функция семьи в личностном и эмоциональном развитии ребенка»; «Роль семейной атмосферы и благоприятных семейных условий для гармоничного развития ребенка»; «Особенности эмоционального состояния ребенка в условиях супружеского конфликта»; «Детско-родительский конфликт и способы его преодоления»; «Особенности развития детей, имеющих отклонения в развитии»; «Отношения в семье, имеющей ребенка с отклонениями в развитии»; «Тенденции развития эмоциональной сферы у детей с ОВЗ»; «Правильное отношение семьи к болезни ребенка»; «Что такое жестокое обращение с детьми»; «Формы жестокого обращения с детьми в семьях»; «Насилие в семье над ребенком с отклонениями в развитии»; «Влияние пережитого в детстве насилия на возникновение личност-

ных расстройств»; «Ответственное родительство как главный фактор защиты детей от насилия»; «Ответственность лиц, допускающих жестокое обращение с детьми».

- Стендовая информация, содержащая в себе материалы, повышающие педагогическую компетентность родителей и формирующие социальное мнение о недопустимости применения жестокого обращения по отношению к детям.

- Буклеты для родителей, раскрывающие в наглядной форме основные виды, особенности и последствия жестокого обращения с детьми, а также содержащие рекомендации для родителей по воспитанию ребенка с ОВЗ без применения насилия.

- Список рекомендуемой литературы для родителей. Включенные в список книги преследуют цель оказания помощи родителям в воспитании своих детей с ОВЗ без насилия над ними, а также формируют негативное отношение к жестокому обращению с детьми в целом.

Предоставленные в дошкольные образовательные организации информационно-практические материалы получили положительные отзывы со стороны администрации и педагогов ДОУ и активно используются их специалистами при организации просветительской работы с родителями с целью предотвращения насилия над детьми, в том числе имеющими ОВЗ.

В целом разработанный психолого-педагогический проект первичной профилактики насилия может быть использован специалистами образовательных организаций общего и специального образования, которые осуществляют деятельность по организации пропедевтической (профилактической) деятельности. Рассмотренные в на-

стоящем исследовании аспекты полностью не исчерпывают затронутую проблематику и требуют дальнейшей исследовательской работы в данной области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулич, С. А. О насилии над детьми в семье: историко-социологический анализ / С. А. Акулич // Вестник ГОУ ВПО УГ-ТУ-УПИ : материалы Всеросс. науч.-практ. конф.: в 2 ч. / отв. ред. Ю. Р. Вишневский. – Екатеринбург, 2005. – № 3 (55) – Ч. 2. – С. 141–143.

2. Алексеева, И. А. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь. / И. А. Алексеева, И. Г. Новосельский. – М. : Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения. – М. : Генезис, 2005. – 476 с.

3. Алексеева, Л. С. Проблемы жестокого обращения с детьми в семье / Л. С. Алексеева // Педагогика. – 2006. – № 5. – С. 43–52.

4. Алексеева, Л. С. Влияние семейных конфликтов на отклоняющееся поведение подростков / Л. С. Алексеева // Психолого-педагогические проблемы предупреждения педагогической запущенности школьников. – М. : Просвещение, 2008. – № 6. – С. 36–40.

5. Алексеева, Л. С. Насилие в семье: с чего начинается семейное неблагополучие : научно-методическое пособие / Л. С. Алексеева. – М. : Гос. научно-иссл. ин-т семьи и воспитания, 2000. – 138 с.

6. Алексеева, Л. С. Психологическая помощь пострадавшим от семейного насилия : научно-методическое пособие / Л. С. Алексеева. – М. : Гос. научно-иссл. ин-т семьи и воспитания, 2000. – 244 с.

7. Алмазов, Б. Н. Влияние неблагополучной семьи на ребенка / Б. Н. Алмазов. – М. : Академия, 2008. – 538 с.

8. Антонян, Ю. М. Жестокость в нашей жизни / Ю. М. Антонян. – М. : Наука, 2012. – 122 с.

9. Асанова, Н. К. Руководство по предупреждению насилия над детьми : учебное пособие для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических вузов / Н. К. Асанова. – М. : ВЛАДОС, 2007. – 512 с.
10. Балашова, Т. Н. Междисциплинарный подход в предотвращении насилия и жестокого обращения с детьми / Т. Н. Балашова, Е. Н. Волкова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2009. – № 2. – С. 85–89.
11. Беличева, С. А. Проблемы выявления и предупреждения семейного насилия / С. А. Беличева // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2013. – № 2. – С. 57–68.
12. Буянов, М. И. Ребенок из неблагополучной семьи: Записки детского психиатра / М. И. Буянов. – М. : Просвещение, 2008. – 207 с.
13. Волкова, Е. Н. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления / Е. Н. Волкова. – СПб. : Питер, 2008. – 240 с.
14. Гуггенбюль, А. Зловещее очарование насилия. Профилактика детской агрессивности и жестокости и борьба с ними / А. Гуггенбюль. – СПб. : Питер, 2010. – 375 с.
15. Доронова, Т. Н. Защита прав и достоинства маленького ребенка: координация усилий семьи и детского сада / Т. Н. Доронова, А. Е. Жичкина, Л. Г. Голубева. – М. : Просвещение, 2006. – 143 с.
16. Захарова, Ж. А. Предотвращение насилия в семье (опыт регионов) : методическое пособие / Ж. А. Захарова, М. Н. Бородатая, М. И. Голофаева. – М. : Наука, 2013. – 526 с.
17. Защита детей от жестокого обращения / под ред. Е. Н. Волковой. – СПб. : Питер, 2007. – 256 с.
18. Зиновьева, Н. О. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации / Н. О. Зиновьева, Н. Ф. Михайлова. – СПб. : Речь, 2013. – 248 с.
19. Когаловская, А. С. Вопросы профилактики семейного насилия и жестокого обращения с детьми / А. С. Когаловская // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2002. – № 3. – С. 82–86.

20. Кон, И. С. Дети России: насилие и защита / И. С. Кон. – М. : Прогресс, 2007. – 268 с.
21. Платонова, Н. М. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации / Н. М. Платонова. – СПб. : Речь, 2004. – 462 с.
22. Посысов, Н. Н. Профилактика жестокого обращения с детьми : методические рекомендации / Н. Н. Посысов. – Ярославль : ИРО, 2010. – 62 с.
23. Смагина, М. В. Насилие над детьми в семье как социокультурное явление современной России / М. В. Смагина. – СПб. : Питер, 2013. – 483 с.
24. Таскаракова, В. В. Феномен жестокого обращения с детьми / В. В. Таскаракова // Молодой ученый. – 2014. – № 10. – С. 492–494.
25. Фурманов, И. А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И. А. Фурманов. – СПб. : Речь, 2007. – 480 с.
26. Цымбал, Е. И. Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия : учебное пособие / Е. И. Цымбал. – М. : РБФ НАН, 2007. – 348 с.

ГЛАВА 4

СПЕЦИФИКА ВЫРАЖЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

Волгина Татьяна Леонидовна,

магистр выпуска 2015 года

Алмазова Ольга Владимировна,

профессор, к.п.н.

Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы специфики выражения эмоциональных состояний детьми с ограниченными возможностями здоровья средством просодической стороны речи

1.1. Эмоциональные состояния как объект психологических исследований. Изучение особенностей проявления эмоциональных состояний у детей: нормально развивающихся и с ограниченными возможностями здоровья

Общение представляет собой один из важнейших инструментов социализации человека и факторов психического развития ребенка. Это обусловлено тем, что современное общество все большее внимание обращает на личность человека, его индивидуальность, на эмоциональное благополучие и факторы, от которых оно зависит. В связи с этим на первый план выходит изучение эмоционально-личностной сферы человека, его владение вербальными и невербальными средствами общения. Особенно важным с этой точки зрения является дошкольный возраст, в котором формируются основы личности, складываются устойчивые механизмы реагирования на различные средовые воздействия, которые определяют особенности поведения человека, его личностные черты.

Изучению эмоциональной сферы личности психологи уделяют достаточное внимание. Несмотря на различные точки зрения, практически все ученые сходятся в том, что эмоции отражают состояние, процесс и результат удовлетворения потребностей человека. По эмоциям можно определенно судить, что в данный момент волнует индивида, т.е. какие потребности и интересы являются для него актуальными.

Особенно важно, чтобы развитие эмоциональной сферы соответствовало нормам развития в дошкольном и младшем школьном возрасте. Ведь именно в этот период происходит становление произвольности поведения ребенка, расширяется круг социальных контактов, обустраивается система взаимодействия со сверстниками и взрослыми.

Теоретический анализ литературы позволил выделить показатели развития эмоциональной сферы детей пяти-семилетнего возраста. Так, А. В. Запорожец отмечает способность детей к адекватному выражению своих эмоций, что предполагает наличие у них умений адекватно эмоционально реагировать на различные явления окружающей действительности, произвольно выражать свои эмоции, передавать свои эмоциональные состояния в речевом плане, управлять внешним выражением эмоций, используя механизмы подавления, маскировки. Также он отмечает способность к эмоциональному предвосхищению результата у детей этого возраста [12].

Выводы на основе наблюдений за детьми дошкольного возраста делает Г. М. Бреслав, отмечая, что дети указанного возраста способны к пониманию переживаний другого человека. Это связано с наличием у детей экс-

прессивных образов, умения выделять признаки тех или иных эмоций, умение интерпретировать различные экспрессивные выражения с отрывом от ситуации, способности к вербализации опознанных эмоций [6].

Есть еще одна важная особенность эмоционального развития пяти-семилетнего ребенка, которую отмечает в своих исследованиях Г. М. Бреслав, – это способность к эмоциональной децентрализации, связанной с пониманием ребенком эмоциональных состояний других людей, умением на них эмоционально реагировать, давать эмпатический ответ, который проявляется в сопереживании, сочувствии, содействии.

Необходимым условием адекватного эмоционального развития детей является их эмоциональное благополучие, которое проявляется, по мнению ряда исследователей, в положительно окрашенном эмоциональном поведении и указывает на удовлетворенность актуальных потребностей. Эмоциональное развитие в период от пяти до семи лет в конечном итоге будет определять всю систему реакций ребенка, а потом и подростка, и взрослого.

К сожалению, нарушения эмоционального развития входят в структуру дефекта у большинства детей с ограниченными возможностями здоровья независимо от группы, к которой они относятся.

Анализ опыта, представленного в исследованиях З. Тржесоглавы, позволяет отметить, что она описала ведущие характеристики детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья. Среди них выделила следующие: слабую эмоциональную устойчивость, нарушение самоконтроля во всех видах деятельности, агрессивность поведения и его провоцирующий характер,

трудности приспособления к детскому коллективу, суетливость, частую смену настроения, чувство страха, манерничество, фамильярность по отношению к взрослому [22].

М. Вагнерова указывает на большое количество реакций, направленных против воли родителей, частое отсутствие правильного понимания социальной роли и положения, на ярко выраженные трудности в различении важнейших черт межличностных отношений (цит. по З. Тржесоглаве). В. В. Лебединский отмечает особенную зависимость логики развития детей с ограниченными возможностями здоровья от условий воспитания [15]. Е. С. Слепович – проблемы в сфере социальных эмоций: дети не готовы к эмоционально теплым отношениям со сверстниками, у них могут быть нарушены эмоциональные контакты с близкими взрослыми, они слабо ориентируются в нравственно-этических нормах поведения [20].

1.2. Состояние изученности специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны у детей с ограниченными возможностями здоровья (на примере детей с задержкой психического развития)

Современные психолого-педагогические исследования подтверждают большой интерес специалистов к проблеме эмоционального развития детей с задержкой психического развития (ЗПР), проявляющегося с помощью вербальных и невербальных средств общения. Это связано, согласно исследованиям Е. Е. Дмитриевой, с коммуникативными трудностями, которые обнаруживаются у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития в процессе взаимодействия со сверстниками и взрослыми в совместной учебной и бытовой деятельности, партнерской ролевой игре, в ситуациях нерегламентированного общения [8].

Дети данной категории испытывают затруднения в вербализации своих эмоций, состояний, настроения. Как правило, отмечает в своих работах Н. А. Деревянкина [7], дети не могут дать четкий и понятный сигнал о наступлении усталости, о нежелании выполнять задание, о дискомфорте и др. Это может происходить по нескольким причинам:

а) имеющийся у большинства детей с задержкой психического развития негативный опыт взаимодействия с взрослым препятствует прямому и открытому переживанию своего настроения;

б) в тех случаях, когда собственное негативное переживание осознается, и ребенок готов о нем сказать, часто ему не хватает для этого словарного запаса и элементарного умения формулировать свои мысли;

в) наконец, многие дети с задержкой психического развития, особенно обусловленной педагогической запущенностью, развиваются вне культуры человеческих отношений и не имеют каких бы то ни было образцов эффективного информирования другого человека о своих переживаниях. Нормально развивающимся детям также свойственно недостаточное умение вербализовать свои переживания. Но у детей с задержкой психического развития эта недостаточность выражена в еще большей степени.

Поэтому создание условий для развития эмоциональной сферы у детей с задержкой психического развития рассматривается как одна из приоритетных коррекционных задач. Необходимо научить таких детей осознавать свои эмоции, распознавать и произвольно проявлять их.

В современной психологии можно выделить несколько основных подходов к коррекции нарушений эмоцио-

нальной сферы ребенка, на основе которых разрабатываются коррекционные программы. Это техники психодинамического подхода, основы которого были разработаны в школе психоанализа и гуманистической психологии, поведенческий подход, основанный на идеях бихевиоризма, и деятельностный подход, представленный в русле теории деятельности.

Наиболее продуктивным и в связи с этим более представленным в работе современной отечественной и зарубежной практической психологии является психодинамический подход, предметом которого являются переживания и импрессия. В рамках психодинамического подхода разработаны техники игротерапии, сказкотерапии, арттерапии.

Коррекция нарушений эмоционально-волевой сферы осуществляется как в ходе всего учебно-воспитательного процесса, так и на специальных занятиях, где дети переживают эмоциональные состояния, вербализуют свои переживания, знакомятся с опытом сверстников, а также с литературой, живописью, музыкой. По мнению А. С. Кузнецовой [14], участвовать во всем коррекционном процессе должны не только специалисты-психологи, но и педагоги, воспитатели, родители. Ценность таких знаний состоит в том, что у детей расширяется круг осознаваемых эмоций, они начинают глубже понимать себя и других, у них чаще возникает эмпатия по отношению к взрослым и детям.

Из невербальных признаков поведения человека менее изученным считается *голос*. Вместе с тем, в научной литературе все чаще встречаются исследования о взаимосвязи эмоциональных состояний и просодической стороны речи. Голос, согласно общим взглядам Е. С. Алмазовой,

Е. Э. Артемовой, И. И. Ермаковой и др., является инструментом, содержащим в себе компоненты просодической стороны речи, благодаря которым речь становится выразительной и эмоционально насыщенной. Его расстройства негативно влияют на коммуникативные процессы, на формирование нервно-психического статуса и общего речевого развития детей. Актуальность этих исследований обусловлена тем, что просодические характеристики, обеспечивающие интонационную выразительность, играют немаловажную роль в осуществлении коммуникативной функции речи. С их помощью говорящий передает не только информацию, но и свое эмоциональное состояние.

Исследований просодической стороны речи у детей с задержкой психического развития не очень много. В целом многие исследования лишь косвенно затрагивают особенности эмоциональной сферы детей дошкольного возраста с ЗПР. Так, по мнению Ю. О. Филатовой, спонтанную речь детей вообще достаточно трудно изучить, поскольку ее характеристика связана с комплексом малоизученных явлений (например, эмоций).

Сведения о специфике выражения эмоциональных состояний детьми с задержкой психического развития посредством просодической стороны речи малочисленны и недостаточно систематизированы. В то же время в работах Л. И. Беляковой, И. И. Ермаковой, Е. М. Мастюковой, И. З. Романчук, Е. В. Оганесяна, Н. В. Серебряковой, Ю. А. Филатовой отмечается, что у данной категории детей имеет место нарушение интонационной выразительности различной степени выраженности и наблюдаются трудности передачи в экспрессивной речи мелодики, темпа, ритма, логического ударения.

Анализ теоретической и научно-методической литературы свидетельствует о том, что эмоциональная неустойчивость детей с задержкой психического развития оказывает влияние на просодический компонент речи ребенка, так как речь является специфическим единством смыслового и эмоционального содержания. Посредством речи выражается эмоциональное отношение человека к тому, о чем он говорит, к кому обращается. Чем выразительнее речь, тем больше она характеризует говорящего как личность и определяет его психологическое состояние. Поэтому эмоциональность играет в развитии речи человека значительную роль, проявляясь в ритме, паузах, интонациях, модуляциях голоса и других экспрессивных выразительных моментах.

Адекватные представления о состоянии эмоциональной сферы, ходе ее развития, а также о ее взаимовлиянии и взаимозависимости с речью позволяют лучше понять механизмы освоения языка ребенком.

Психологи считают, что дошкольный возраст самый благодатный период для организации работы по эмоциональному развитию детей. Но не следует забывать о том, что дети, имеющие задержку психического развития, являются особой категорией, в работе с которыми очень важно использовать гибкие формы психотерапевтической работы.

Часть 2. Практические аспекты решения проблемы специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей с ограниченными возможностями здоровья (на примере детей с задержкой психического развития)

2.1. Обоснование актуальности решения практических задач при организации и реализации экспериментального изучения специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей с ограниченными возможностями здоровья

Несформированность эмоционального развития и нарушение просодической стороны речи указывают на необходимую потребность у данной категории детей в эмоциональном обучении и развитии основных качеств голоса, в том числе в рамках профилактики. При этом эмоции и голос в процессе обучения непременно должны взаимодействовать между собой, это позволит в полной мере преодолеть недостаточность сформированности эмоционального развития детей дошкольного возраста с ЗПР и обогатить их представления о возможностях использования голоса при различных эмоциональных состояниях.

Организуя работу с детьми по формированию и развитию эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи, педагоги на начальных этапах опираются на различные диагностические методики, иначе говоря, занимаются диагностикой. В большинстве случаев, эмоциональные состояния и просодическую сторону речи изучают отдельно друг от друга, не учитывая их взаимовлияния друг на друга.

Изучение основных качеств голоса при различных эмоциональных состояниях является сложной задачей,

учитывая слабую эмоциональную устойчивость и недоразвитие просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Важно определить специфику выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у данной категории детей. Вышесказанное уточняет цель предложенных диагностических процедур – выявление особенностей проявления основных качеств голоса при различных эмоциональных состояниях и уровень сформированности базовых эмоций у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Цель определила основные задачи экспериментальной работы:

1. Определить уровень сформированности основных эмоций и просодики у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

2. Изучить специфику проявлений различных эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Экспериментальная работа направлена на поиск адекватных способов диагностики эмоциональных состояний. Предполагается, что определение специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития должно проходить как в естественных, так и в экспериментальных условиях.

Настоящее исследование предполагало изучение четырех основных базовых эмоций, проявления которых наиболее характерно для детей старшего дошкольного возраста.

Алгоритм экспериментальной работы включал в себя следующие разделы:

1. Определение актуального уровня проявления базовых эмоций и уровня сформированности просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в естественных и экспериментальных условиях: наблюдение за детьми во время коррекционно-образовательного процесса, экспертная оценка педагогов.

2. Определение специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в экспериментальных условиях: создание условий социальных ситуаций, в которых возможно отслеживание проявлений основных эмоций посредством просодической стороны речи.

*2.2. Методические подходы к диагностике
специфики выражения эмоциональных состояний
посредством просодической стороны речи*

Так как нет строго формализованных методов и методик, специально направленных на диагностику просодической стороны речи и выявление ее специфики именно в совокупности со спецификой эмоциональных проявлений у детей с ограниченными возможностями здоровья, в рамках данного исследования изучение проводится в естественных и экспериментальных условиях. И для тех и для других условий нами определены критерии оценки компонентов просодической стороны речи (на основе классических подходов).

Критерии оценки компонентов просодической стороны речи:

1. *Сила голоса* (сильная, средняя, слабая).
2. *Дыхание* (нормальное, прерывистое верхнее, шумное, слабый укороченный выдох).
3. *Выразительность* (речь выразительная, маловыразительная, монотонная).
4. *Темп* (нормальный, быстрый, замедленный).
5. *Ритм* (правильное употребление пауз в речевом потоке).
6. *Высота голоса* (высокий, средний, низкий).

Экспериментальная работа в естественных условиях проводилась по двум направлениям:

1. Изучение особенностей просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

2. Изучение проявлений основных эмоциональных состояний у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Для получения наиболее объективных результатов экспериментальной работы в естественных условиях, кроме исследователя в ней участвовали педагоги и воспитатели группы, родители детей.

Основными методами экспериментальной работы стали: метод наблюдения, метод экспертных оценок, метод беседы с родителями.

Технология подготовки к работе: педагогам и воспитателям был проведен инструктаж, розданы бланки для учета наблюдаемых явлений. Педагоги наблюдают за поведением ребенка в естественных и экспериментальных условиях при определенных эмоциональных состояниях. Бланки выполнены в форме таблиц, в которых указываются имена испытуемых и исследуемые эмоциональные состояния.

В инструктаже особое внимание уделялось тем эмоциональным явлениям, которые можно наблюдать и фиксировать:

1) проявляет ли ребенок с помощью мимики, жестов, просодической стороны речи свое эмоциональное состояние;

2) насколько широк спектр проявления эмоций у ребенка;

3) насколько быстро эмоционально реагирует на проявление эмоций других детей.

Также проведен педагогический мастер-класс, где кратко раскрыто понятие просодической стороны речи и ее компонентов с отработкой примеров основных проявлений каждого компонента.

С родителями проведены индивидуальные диагностические беседы с целью получения необходимых данных.

Для построения диагностической программы в экспериментальных условиях решено остановить выбор на методах и приемах, предложенных следующими авторами: Л. Е. Богоиной, С. В. Крюковой, А. Е. Ольшанниковой, Н. П. Слободяник, М. И. Чистяковой. На основе изучения источников литературы указанных исследователей была составлена диагностическая программа, включающая в себя следующие методики:

1) «Перцептивная самооценка парциальной и интегральной эмоциональной экспрессивности», адаптированный вариант методики А. Е. Ольшанниковой, Л. Е. Богоиной;

2) «Схема наблюдений за детьми» В. М. Минаевой;

3) «Методика развития и комплексной коррекции различных сторон психики детей дошкольного и младшего школьного возраста» М. И. Чистяковой;

4) «Тренинговые программы эмоционального развития детей дошкольного и младшего школьного возраста» С. В. Крюкова, Н. П. Слободяник.

Вышесказанное необходимо для объективной диагностики выявления специфики просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

Для того чтобы выявить уровень сформированности просодической стороны речи, нами предложена шкала оценки (в баллах) проявлений просодической стороны речи. Более подробное описание шкалы представлено в таблице 1.

Оценка уровня сформированности каждого компонента просодической стороны речи: 1 балл – оцениваемый параметр сформирован в норме; 0,75/0,5 балла – сформирован с отклонениями, которые ребенок исправляет с помощью педагога; 0,25 балла – просодическая сторона речи нарушена; 0 баллов – отсутствие речи. Максимальное количество баллов – 5.

Предложенная нами таблица позволила выделить уровни сформированности просодической стороны речи:

1. Высокий уровень (4,25–5 баллов) – просодическая сторона сформирована в норме.

2. Средний уровень (3–4 балла) – просодическая сторона речи сформирована с незначительными отклонениями.

3. Низкий уровень (0–0,25 балла) – просодическая сторона речи нарушена и требует коррекции.

Уровень сформированности и проявления базовых эмоциональных состояний рассматривался на основе методики В. М. Минаевой. Наблюдателям предлагается таблица, где каждое эмоциональное состояние фиксируется через проявление мимики и пластики тела. В графы таблицы

Таблица 1

**Шкала оценки сформированности и проявления
просодической стороны речи (в баллах)**

Баллы	Речевое дыхание	Сила голоса	Интонация (выразительность)	Темпоритмическая сторона речи	Высота голоса
1	Диафрагмально-реберное дыхание, выдох сильный	Способен модулировать громкость голоса самостоятельно	Выразительно	Умеет говорить в разных темпоритмах	Использует в речи работу верхнего, среднего и нижнего регистров
0,75	Дыхание сформировано с некоторыми отклонениями	Способен модулировать громкость голоса с помощью педагога	Выразительно с помощью педагога	Умеет говорить в разных темпоритмах с помощью педагога	Использует в речи работу верхнего и нижнего регистров самостоятельно
0,5	Дыхание поверхностное, выдох нормальный	Сила голоса: сильная	Маловыразительно	Речь быстрая	Использует в речи работу верхнего и нижнего регистров с помощью педагога
0,25	Дыхание поверхностное, выдох слабый, укороченный, прерывистый	Сила голоса: слабая	Моноotonно	Замедленная речь	Использует в речи работу одного из регистров (верхнего/нижнего)
0	Отсутствие речи				

вписывают результаты своего наблюдения, обозначая следующими знаками: «+» (1 балл) – ребенок использует мимику лица и пластику собственного тела при демонстрации указанных эмоциональных состояний; «-» (0 баллов) – ребенок не использует мимику лица и пластику собственного тела при демонстрации указанных эмоциональных состояний; «+-» (0,5 балла) – ребенок слабо выражает указанные эмоциональные состояния через мимику лица и пластику собственного тела.

Для того чтобы выявить уровень проявления базовых эмоциональных состояний, нами предложена шкала оценки (в баллах). Результаты, полученные по методике В. М. Минаевой «Схема наблюдений за детьми», позволили выделить три основных уровня:

1. Высокий уровень (1,5–2 балла) – эмоциональные реакции ярко выражены, адекватны, устойчивы, дифференцированы в зависимости от ситуации.

2. Средний уровень (1 балл) – эмоциональные реакции мало выражены, отличаются однообразием.

3. Низкий уровень (0–0,5 балла) – эмоциональные реакции выражены слабо или отсутствуют.

Оценка уровня проявления эмоциональных реакций при изучении базовых эмоциональных состояний: 1 балл – эмоциональные реакции ярко выражены, адекватны, устойчивы, дифференцированы в зависимости от ситуации; 0,5 балла – эмоциональные реакции выражены слабо, отличаются однообразием; 0 баллов – эмоциональные реакции отсутствуют. Максимальное количество баллов на эмоцию – 2.

Экспериментальная работа в экспериментальных условиях проводилась по трем направлениям:

1. Изучение особенностей просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

2. Изучение проявлений основных эмоциональных состояний у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

3. Изучение специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в условиях обучающего эксперимента.

Для получения наиболее объективных результатов экспериментальной работы в экспериментальных условиях, кроме исследователя в ней участвовали: педагоги и воспитатели группы, родители детей.

Основными методами диагностического исследования в экспериментальных условиях стали: метод наблюдения, беседа, метод экспертных оценок с учетом выше предложенных критериев и метод социальных ситуаций.

Технология подготовки к работе проводилась по тому же плану, что и в естественных условиях: педагогам и воспитателям был проведен инструктаж, розданы бланки для учета наблюдаемых явлений. Внимание экспертов было обращено на тот момент, что, в отличие от естественных условий, в экспериментальных условиях на изучение каждого эмоционального состояния дается по три пробы. Это позволило наиболее объективно определить специфику выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи.

Целью обучающего эксперимента, на фоне которого проводилось изучение специфики выражения эмоциональных особенностей испытуемых, является формирова-

ние у детей с задержкой психического развития навыков адекватного проявления эмоций и их выражение посредством просодической стороны речи. Обучающий эксперимент основан на практическом методе. Формирование и закрепление поведенческих умений детей происходит в процессе игровых социальных ситуаций и ролевых игр. Основными технологиями обучающего эксперимента являются ролевые игры, метод социальных ситуаций. Например, в ситуации «Фокусник и мальчик», когда мальчик очень удивился: он увидел, как фокусник посадил в пустой чемодан кошку и закрыл его, а когда открыл чемодан, кошки там не было... Из чемодана выпрыгнула собака. Мальчик удивленно посмотрел на фокусника и спросил: «А где же кошка?». Данная ситуация позволяет диагностировать проявления эмоционального состояния «Удивление» на основе мимики, жестов, пластики тела и посредством просодической стороны.

Метод социальных ситуаций предполагал предварительную подготовку детей, которая включала проведение мимической разминки, направленной на внешнее проявление основных эмоций; голосо-речевая разминка при проигрывании моделей поведения человека при различных эмоциональных состояниях. Разминки проводятся параллельно на каждом занятии независимо друг от друга. Параллельное развитие эмоций и просодической стороны речи позволят расширить применение вербальных и невербальных средств общения при определенном эмоциональном состоянии у данной категории детей.

Такая подготовительная работа проводилась в течение длительного времени коррекционно-развивающего процесса, перед каждой социальной ситуацией. Подготовка способст-

вовала внутреннему настрою ребенка на возможные трудности проявления эмоций. Таким образом, ребенок, оказавшись в определенной эмоциональной ситуации, мог контролировать свое эмоциональное состояние и поведение.

В рамках обучающего эксперимента социально-ориентированные игры проводились во время групповых, индивидуальных занятий и воспитательных мероприятий. Детям в доступной форме сообщалась тема, цель игры, пробуждался интерес, сообщались общие правила сотрудничества, излагалась исходная информация.

Для игр заготавливались все необходимые атрибуты, чтобы максимально приблизить игровую ситуацию к реальной обстановке, в которой ребенок может испытывать яркое эмоциональное состояние.

Так, для исследования проявления агрессии была создана игровая ситуация: «В плену у Бабы-Яги». «Баба-Яга поймала Аленушку, велела ей затопить печку, чтобы потом съесть девочку, а сама уснула. Проснулась, а Аленушки нет – сбежала. Рассердилась Баба-Яга, что без ужина осталась. Бегает по избе, ногами топает, кулаками размахивает и приговаривает: «Догоню... схвачу... проглочу!»

Основная цель данной ситуации направлена на диагностику проявления эмоционального состояния «Агрессия» на основе мимики, жестов, пластики тела и посредством просодической стороны. Чтобы ребенок мог наиболее ярко прочувствовать свой образ и ситуацию, ему предлагается необходимый реквизит – костюм Бабы-Яги и Аленушки, метла, декорация избы с печкой. Важно, чтобы в подготовке к игре принимали участие не только специалист, но и дети. Перед началом игры распределялись роли (Аленушка, Баба-Яга), ребенок проговаривал фразы, кото-

рые будет произносить в образе Бабы-Яги. Педагоги-наблюдатели контролируют ход игры и фиксируют в соответствующих бланках проявление исследуемой эмоции посредством просодической стороны речи ребенка.

В процессе игровых социальных ситуаций и ролевых игр дети пытались с помощью мимики, силы голоса, интонации передать характер героя, его настроение, эмоциональное состояние (по образцу). Используемый метод драматизации в ролевых играх способствовал расширению поведенческого диапазона детей, развитию умения передавать эмоциональное состояние героев с помощью вербальных и невербальных средств общения.

2.3. Характеристика базы исследования и динамика проявления эмоциональных состояний, просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в условиях констатирующего эксперимента

Для изучения специфики выражения эмоциональных состояний у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством просодической стороны речи было проведено сравнительное экспериментальное исследование на базе Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения муниципального образования «Детский сад комбинированного вида № 19» г. Краснодара в течение 2014–2015 годов. Для экспериментальной работы была выбрана подготовительная группа коррекционной направленности из десяти человек, имеющих задержку психического развития, обусловленную органической недостаточностью ЦНС (по результатам ПМПК). Дети экспериментальной группы по возрасту соответствуют старшему дошкольному периоду, а именно периоду жизни с шести до семи лет.

Обобщая результаты индивидуальных характеристик, констатируем, что наряду с особенностями развития, соответствующих возрастным нормативам, у данной группы детей выявлены особенности, требующие коррекционной работы педагогов, а именно:

– 100% детей имеют высокую степень истощаемости (в форме утомления или чрезмерного возбуждения), затруднения в вербализации своих эмоций; низкую степень устойчивости внимания; трудности в переключении от одного движения к другому; излишнее напряжение или вялость мышц лица, языка; нарушение звукопроизношения и недоразвитие связной речи; нарушения восприятия и фонематического слуха;

– 30% детей имеют общее недоразвитие речи I–II уровня, которое выражается в звукокомплексах и простых фразах, не соответствующих возрастной норме;

– 70% детей имеют общее недоразвитие речи II–III уровня, которое выражается в использовании детьми простых (иногда развернутых) по конструкции предложений с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития;

– 10% детей имеют низкую познавательную активность в предметной деятельности.

Учитывая то, что целью данного исследования является определение специфики выражения эмоциональных состояний детьми старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития посредством просодической стороны речи, для углубленной экспериментальной работы были отобраны дети с задержкой психического развития, имеющие общее недоразвитие речи III уровня. Таким образом, состав экспериментальной группы однороден по речевому развитию.

В соответствии с реализацией направлений разработанной программы критериев оценивания и решением задач экспериментального изучения был проведен анализ состояния проблемы исследования посредством изучения просодической стороны речи и эмоционального развития у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития. В результате проведенной диагностической работы с опорой на разработанные критерии оценивания получены следующие данные.

Согласно методике «Схема наблюдений за детьми» В. М. Минаевой удалось проанализировать состояние уровней сформированности и проявления базовых эмоций в естественных и экспериментальных условиях при определенных эмоциональных состояниях через пластику тела и мимику лица. На основании данных, полученных методом экспертных оценок, было определено, насколько ярко дети могут выражать свои эмоции через невербальные средства общения, а также видна динамика проявления эмоций в естественных и экспериментальных условиях.

Показатели сформированности и проявления эмоциональных состояний в целом по группе в естественных и экспериментальных условиях свидетельствуют о том, что в естественных и экспериментальных условиях наиболее ярко проявляется эмоциональное состояние радости. Эмоциональная реакция ярко выражена, адекватна, устойчива. Проявление удивления и агрессии в естественных условиях практически отсутствует, но при создании определенных условий видна положительная динамика на выражение удивления, при этом сами реакции отличаются маловыразительностью и однообразием. Показатель проявления агрессии в экспериментальных условиях увели-

чивается, при этом дети данной группы малоагрессивны. Это свидетельствует о том, что дети могут продемонстрировать через пластику и мимику с помощью формирующей помощи агрессивное эмоциональное состояние, но оно будет очень слабо выражено. Показатели проявления страха остались без изменения. Реакции отличаются маловыразительностью и однообразием, больше носят характер статических проявлений. Таким образом, анализируя показатели сформированности и проявления эмоциональных состояний в целом по группе, можно говорить о положительном влиянии обучающего эксперимента.

Опираясь на «Схему наблюдений за детьми» В. М. Минаевой, авторы работы проанализировали сформированность и проявление эмоциональных состояний у детей с задержкой психического развития в среднем по элементам. Результаты данной методики позволили определить, что в естественных условиях проявление эмоциональных реакций через мимику и пластику тела находятся практически на одном уровне (0,375/0,4). Согласно методике, данный уровень характеризуется слабым выражением эмоциональных реакций или их отсутствием. В экспериментальных условиях показатели проявления мимики и пластики тела увеличиваются, они находятся на уровне маловыразительных реакций, отмечающихся однообразием. Вместе с тем, в обоих случаях пластику тела дети используют чуть чаще, чем мимику лица.

Таким образом, по результатам изучения сформированности и проявления эмоциональных состояний через мимику и пластику тела в целом, можно заключить, что обучающий эксперимент смог положительно повлиять на проявление эмоциональных реакций у детей с задержкой психического развития.

В рамках психологического изучения просодической стороны речи нами использовался адаптированный вариант методики А. Е. Ольшанниковой и Л. Е. Богиной «Перцептивная самооценка парциальной и интегральной эмоциональной экспрессивности»; методика предназначена для диагностики экспрессии, где в качестве ведущего канала коммуникации изучается речь. Основная задача – выявить предпочитаемые средства (каналы) выражения тех или иных эмоций, а также интегральные характеристики: интенсивность экспрессии, двигательную активность при эмоциональных переживаниях, нарушения речи и поведения при эмоциональных переживаниях.

Методикой выявляются восемь экспрессивных каналов выражения эмоций: высота, сила голоса, темп и ритм речи, речевое дыхание, интонационная выразительность речи, мимика, жесты (двигательная активность). Так, при наличии в качестве ведущего канала речи для одного человека основным и типичным является интонационное разнообразие и обилие речевых реакций, а для другого человека – быстрый темп речи и повышенная громкость голоса.

Кроме того, выделяются три фактора экспрессивности: внешняя выразительность эмоций, активность поведения под влиянием эмоций и нарушения речи под влиянием эмоций.

Данная методика помогла определить уровень сформированности просодической стороны речи и позволила, используя метод социальных ситуаций, проанализировать просодический компонент при различных эмоциональных состояниях. Анализ проявлений просодической стороны речи позволил выделить специфику выражения

эмоциональных реакций посредством просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития.

По результатам методики А. Е. Ольшанниковой и Л. Е. Богоиной получены следующие результаты. Проанализировав средний показатель динамики сформированности просодической стороны речи в целом по группе, констатируем, что в естественных условиях у испытуемых наблюдается нарушение просодической стороны речи, то есть не соответствующее возрастной норме. Речевое дыхание поверхностное, ротовой выдох укорочен, вдох неглубокий. Способность модулировать громкость голоса самостоятельно практически отсутствует. В основном, голос очень тихий или излишне громкий. Речь интонационно невыразительна: слабая выраженность голосовых модуляций. Темпоритмическая сторона речи сформирована, но с некоторыми отклонениями и требует коррекции. Наблюдается нарушение высоты голоса, дети пользуются в основном верхним регистром (головным), поэтому голос излишне высокий, а порой и писклявый.

Рассчитав средний показатель динамики сформированности просодической стороны речи в целом по группе в экспериментальных условиях, мы получили следующие результаты. Испытуемые продемонстрировали положительную динамику развития просодической стороны речи. Речевое дыхание у большинства детей осталось поверхностным, а длина ротового выдоха увеличилась. Сила и высота голоса практически не изменились, это связано с недоразвитием речевого дыхания. Интонационная выразительность речи улучшилась, но в основном при формирующей помощи педагога. Наиболее высокие показатели

положительных изменений у испытуемых проявились на темпоритмической организации речи. Дети научились владеть разными темпоритмами речи как самостоятельно, так и с помощью педагога.

Таким образом, результаты констатирующего эксперимента свидетельствуют о нарушении просодической стороны речи у детей дошкольного возраста с ЗПР в целом, требующей коррекции как в естественных, так и в экспериментальных условиях; а также о положительном воздействии метода обучающего эксперимента на формирование просодической стороны речи.

2.4. Анализ специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития

Анализ просодической стороны речи при различных эмоциональных состояниях в экспериментальных условиях также включает изучение проявления эмоциональных состояний посредством основных качеств голоса у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в условиях обучающего эксперимента по методике А. Е. Ольшанниковой и Л. Е. Богинной. Данный этап экспериментальной работы позволил определить специфику выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи.

Из полученных результатов изучения специфики выражения эмоциональных состояний посредством речевого дыхания в экспериментальных условиях можно сделать вывод: у всех испытуемых при различных эмоциональных состояниях речевое дыхание изменяется. Проявляя радость, большинство детей дышали прерывисто или со сдерживаемой силой. Такие виды выдоха характерны для

экспрессивной, волевой речи в быстром темпе. Спокойный выдох характерен для плавной, спокойной речи, что свидетельствует о слабом проявлении радости. Удивление проявилось через спокойный выдох, так как детям очень сложно ярко продемонстрировать данное эмоциональное состояние. Агрессия посредством дыхания в основном проявилась через выдох со сдерживаемой силой, соответствующий эмоциональной, экспрессивной речи. При проявлении страха у всех детей наблюдается прерывистое дыхание, таким выдохом дети пытаются показать свое волнение. Все перечисленные виды выдохов характерны для нашей речи, а использование их при различных эмоциональных состояниях у каждого ребенка индивидуально.

По результатам изучения специфики выражения эмоциональных состояний посредством интонационной выразительности в экспериментальных условиях можно сказать, что речь большинства испытуемых маловыразительна, следовательно, со слабой выраженностью голосовых модуляций. Выразительно дети показывают радость, так как это состояние им наиболее близко и знакомо. Менее выразительно демонстрируют удивление и агрессию (не всем детям понятны и знакомы эти эмоции). Интонации проявления страха однотипны, не отличаются разнообразием.

По результатам изучения специфики выражения эмоциональных состояний посредством силы голоса в экспериментальных условиях определено, что выражение специфики эмоциональных состояний посредством силы голоса разнообразно и не всегда соответствует общепринятым проявлениям. Двое детей из пяти проявили радость и агрессию излишне громким голосом (ближе к крикливости), что свидетельствует о неумении контролировать свои эмоции. У дво-

их детей сила голоса при всех эмоциональных состояниях не изменилась; голос был тихий, вялый. Страх демонстрировали дети через тихую речь со слабой силой голоса. В остальных случаях сила голоса была средней (нормальной).

Из полученных данных по изучению специфики выражения эмоциональных состояний посредством темпоритмической стороны речи в экспериментальных условиях установлено, что у испытуемых в зависимости от эмоционального состояния темп и ритм речи меняется. Но для каждого эмоционального состояния наиболее часто проявляется одна из темпоритмических сторон. У троих детей при состоянии радости убыстряется темп речи, сокращаются паузы, а у двоих остается в пределах нормы. При удивлении у большинства детей темпоритм нормальный, у одного ребенка замедленный. Состояние агрессии посредством темпоритмической стороны речи у большинства детей проявилось через патологически ускоренную речь и только у одного ребенка в пределах нормы. В состоянии страха речь большинства детей замедлилась и у одного ребенка ускорилаь.

Из полученных данных по изучению специфики выражения эмоциональных состояний посредством высоты голоса в экспериментальных условиях установлено, что при различных эмоциональных состояниях испытуемые в основном используют верхний регистр (голос становится выше). При формирующей помощи педагога в состоянии агрессии, страха некоторые дети говорят низким голосом. Двое детей при удивлении использовали грудной регистр. Использование верхнего и нижнего регистров для данного возраста – хороший результат, и он находится в пределах возрастной нормы.

Достоверность эксперимента подтверждается выборкой детей, а именно: участием девочек-близнецов. Анализ полученных диагностических материалов на данном примере дает возможность увидеть разницу проявления просодической стороны речи и эмоциональных состояний как в естественных, так и в экспериментальных условиях у детей, имеющих максимально выраженные фенотипические и генотипические сходства.

Рассмотрим более детально. Девочки по результатам ПМПК, из бесед с родителями и педагогами были охарактеризованы следующим образом:

Ребенок 1, возраст шесть лет. Состав семьи неполный (воспитывают мама и бабушка). Посещает группу второй год вместе с сестрой (сестра-близнец). Соматически ослабленный ребенок, часто не посещает детский сад по причине простудных заболеваний. Легко и быстро устанавливает контакт, проявляет в нем заинтересованность, охотно выполняет просьбы и инструкции взрослого, откликаясь положительными эмоциями; следит за выражением лица другого человека, чутко реагируя на него. Социально-бытовые навыки и навыки самообслуживания соответствуют возрасту. Отмечается некоторая недостаточность познавательной активности и мотивации к предметной деятельности. Имеются трудности в звукопроизношении, отмечаются нарушения фонематического слуха и звуко-слоговой структуры; развитие связной речи находится в стадии формирования. Запас знаний об окружающем мире и сенсорное развитие соответствуют возрасту. Мышление наглядно-образное, носит целевой, организованный характер. Наблюдаются нарушения общей и мелкой моторики из-за мышечной гипотонии.

Ребенок 2, возраст шесть лет. Состав семьи неполный (воспитывают мама и бабушка). Посещает группу второй год. Социально-бытовые навыки соответствуют возрасту, умеет устанавливать контакты как с взрослыми, так и с детьми. Отмечаются нарушения общей моторики и произвольной моторики пальцев рук. Ребенок способен выполнять достаточно сложные речевые инструкции. Функции фонематического слуха у ребенка развиты недостаточно, навыки звукового анализа не соответствуют возрасту. Имеются небольшие трудности в звукопроизношении, связная речь в стадии формирования. Запас знаний об окружающем мире и сенсорное развитие соответствуют возрасту. Мышление наглядно-образное, носит целевой, организованный характер. Соматически ослабленное здоровье не позволяет в полной мере освоить коррекционную программу обучения и воспитания (часто болеет простудными заболеваниями). Ребенок быстро истощаем, поэтому на занятиях работает медленно и невнимательно.

Таким образом, видно, что девочки, несмотря на максимальное фенотипическое и генотипическое сходство, совершенно разнятся по своим психическим и психологическим характеристикам.

Показатель сформированности и проявления эмоциональных состояний в естественных и экспериментальных условиях указывает на то, что у Ребенка 1 проявление эмоциональных состояний через мимику и пластику тела недостаточно ярко выражены, но при экспериментальных условиях эти показатели имеют положительную динамику. Подвижность лица становится динамичной, каждая часть лица принимает то положение, которое соответствует эмоцио-

нальному состоянию ребенка. Девочка доброжелательная, добрая, отзывчивая, неагрессивная. В процессе исследования проявление агрессивных состояний не наблюдалось.

По данным непосредственного наблюдения установлено, что у Ребенка 2 проявление базовых эмоциональных состояний находятся на очень низком уровне. Девочка спокойная, медлительная, малоактивная и очень зажатая. В экспериментальных условиях показатель радости значительно вырос; проявилось эмоциональное состояние удивления через мимику и пластику (рот полуоткрыт, брови приподняты, лицо малодинамичное, появились неуверенные жесты, начал работать корпус тела). Агрессия не проявилась, так как ребенок спокоен и доброжелателен. Проявление чувства страха осталось без изменений (лицо амимично, только проявляется пластика тела в сдержанных, застывших позах).

По результатам изучения уровня сформированности и проявления базовых эмоций можно говорить о том, что в естественных условиях проявление эмоциональных состояний с помощью мимики, жестов и пластики тела достаточно однообразны. Вместе с тем, наблюдение выявило заметные проявления эмоциональных реакций при создании экспериментальных условий. При помощи формирующей помощи педагога в процессе обучающего эксперимента удалось научить детей распознавать свои собственные эмоции и демонстрировать их на практике. Несмотря на положительную динамику показателей, эмоциональные реакции в основном маловыразительны и однообразны.

Наилучшая положительная динамика проявления эмоциональных состояний у Ребенка 1, хотя показатели чуть снижены, так как проявление агрессивных состояний

не наблюдалось. Результаты Ребенка 2 на фоне сестры снижены, так как ребенок очень зажат и малоактивен. В целом по испытуемым видна положительная динамика, появившаяся от влияния обучающего эксперимента.

В ходе экспериментального исследования были изучены показатели сформированности просодической стороны речи в естественных и экспериментальных условиях. Из данных Ребенка 1 видно, что большинство показателей сформированности просодической стороны речи снижены, поэтому просодическое оформление речи нарушено. Речевое дыхание поверхностное, выдох соответствует возрасту. Способна модулировать силу голоса, но чаще пользуется негромкой речью. Речь интонационно невыразительна: слабая выраженность голосовых модуляций. Темп речи нормальный, ритм не нарушен. Использует в речи только верхний регистр (излишне высокий голос).

Установлено, что в экспериментальных условиях результаты значительно изменились в лучшую сторону: речевое дыхание сформировалось, но с незначительными отклонениями; появилось с помощью формирующей помощи педагога умение модулировать громкость голоса, а также использовать в речи верхний и нижний регистры. Темпоритмическая организация речи сформирована в норме и соответствует возрасту. Речь интонационно выразительна, имеет разнообразную мелодическую окраску. У Ребенка 1 прослеживается хорошая динамика развития просодической стороны в экспериментальных условиях.

Исследование просодической стороны речи у Ребенка 2 говорит о том, что просодика нарушена и все показатели находятся на одном уровне развития, не соответствующем ее возрасту. При наблюдении в естественных ус-

ловиях было установлено: речевое дыхание слабое, выдох укороченный; сила голоса слабая; речь монотонная, замедленная, без каких-либо эмоциональных окрасок; пользуется только головным регистром, поэтому голос высокий. При экспериментальных условиях наблюдается положительная динамика показателей основных качеств голоса. Речевое дыхание осталось поверхностным, выдох стал более насыщенным и удлиненным. Речь стала более выразительной, слышны мелодические конструкции. На занятиях может продемонстрировать речь в разных темпоритмах. Высота и сила голоса не изменились. При создании формирующей помощи и систематических занятиях можно получить хорошую динамику развития просодической стороны речи.

Из полученных данных по методике А. Е. Ольшанниковой и Л. Е. Богиной был проведен сравнительный анализ в естественных и экспериментальных условиях по каждому испытуемому в целом. Установлено, что наиболее высокий результат положительной динамики изменения просодической стороны речи у Ребенка 1 (4,25 балла) – просодическая сторона речи сформирована в норме; наиболее низкие показатели динамики изменения просодической стороны речи оказались у Ребенка 2 (2,5 балла) – просодическая сторона речи нарушена и требует коррекции. Вместе с тем, максимальной оценки сформированности всех компонентов просодики нет ни у одного испытуемого. Следовательно, необходимость совершенствования и коррекции основных качеств голоса для этих испытуемых является актуальной.

Устная речь, как показывают исследования, является сложным процессом взаимодействия между центральной

нервной системой, голосовым, дыхательным и артикуляционным аппаратами. Поэтому индивидуальные различия в проявлении эмоциональных состояний и просодической стороны речи в экспериментальных условиях позволили выявить их специфику выражения посредством просодической стороны речи.

Так, несмотря на несформированность речевого дыхания у обеих девочек, использование его в речи существенно отличается при различных эмоциональных состояниях. Если при состояниях радости и удивления у Ребенка 1 дыхание было спокойное, ровное, то у Ребенка 2, напротив, состояние радости максимально повлияло на него, и он потерял контроль над дыханием. Дыхание стало прерывистым, толчкообразным. Прерывистое дыхание может провоцировать ребенка говорить на вдохе, что негативно отражается и на других качествах голоса. Спокойный выдох характерен для плавной, спокойной речи, что свидетельствует о слабом проявлении радости. Удивление проявилось через спокойный выдох, так как детям очень сложно ярко продемонстрировать данное эмоциональное состояние. При выражении агрессии у Ребенка 1 речевое дыхание проявлялось со сдерживаемой силой, с хорошим выдохом и небольшой напряженностью в голосе. Такое проявление дыхания более характерно для выражения агрессивных состояний. Ребенок 2 в состоянии агрессии дышал спокойно. В состоянии страха дыхание обеих испытуемых было прерывистым.

Сила голоса зависит от сформированности речевого дыхания, поэтому данные Ребенка 1 в целом говорят о более правильном использовании речевого дыхания во время речи. Ребенок способен модулировать голос само-

стоятельно, учитывая эмоциональные состояния. При радости, удивлении голос звучит с силой, но без лишней крикливости. Во время удивления слышно среднее звучание, а при страхе голос слабеет. У Ребенка 2 при всех эмоциональных состояниях в голосе отсутствует сила, излишнее напряжение, крикливость, но звук не летит, в нем нет объема. Это связано с нетренированным дыханием, когда из-за отсутствия опоры происходит быстрый выдох, а также вялость голосовых складок.

Интонационная выразительность речи у Ребенка 1 более сформированная, с учетом того, что агрессивное состояние посредством просодической стороны речи проявилось менее выразительно. Это связано с тем, что ребенок доброжелательный и данное эмоциональное состояние ей мало знакомо. Ребенок 2 во всех состояниях продемонстрировал однотонность и монотонность речи. Это связано с неумением различать высотные изменения голоса и пользоваться ими. Также однотонность может зависеть от природной тембральной бедности и неумением использовать во время речи резонаторы.

У данных испытуемых в зависимости от эмоционального состояния темп и ритм речи меняется. Но для каждого эмоционального состояния наиболее часто проявляется одна из темпоритмических сторон. У Ребенка 1 в состоянии радости, удивления, агрессии темпоритм средний, при проявлении страха он замедляется. У Ребенка 2 выражение радости тоже в среднем темпоритме, но при состояниях удивления и страха он замедляется; агрессивная речь носит ускоренный характер.

Использование верхних регистров (голос становится выше) характерно для обеих девочек во всех эмоциональ-

ных ситуациях. Вместе с тем, Ребенок 1 при формирующей помощи педагога может использовать нижний регистр (голос становится ниже).

Изучение специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи на примере близнецов показывает, что просодическая сторона речи не может рассматриваться вне связи с особенностями поведения человека. Развитие просодической стороны речи неотделимо от индивидуальности личности, которое нельзя рассматривать только как работу над голосовым аппаратом. При этом важно тренировать голосовой аппарат и проявление эмоциональных состояний не только специальными упражнениями, но и в повседневной жизни посредством моделирования социальных ситуаций.

Таким образом, результаты обучающего эксперимента свидетельствуют об изменениях специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи, которые не всегда соответствует общепринятым проявлениям.

Результаты исследования, для реализации которого были рассмотрены и апробированы в ходе диагностических мероприятий методики и диагностические критерии для определения уровней сформированности эмоционального развития и просодической стороны речи, а также для изучения проявлений различных эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи, позволяют сделать следующие выводы:

1. Просодическая сторона речи и проявление базовых эмоций у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития нарушены или сформированы с отклонениями.

2. В ситуации обучающего эксперимента оказалось возможным положительно повлиять на просодическую сторону речи в различных эмоциональных ситуациях при оказании стимулирующей, а в ряде случаев формирующей помощи, так как данной категории детей недостаточно только организующей помощи.

3. Получены результаты изучения специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в экспериментальных условиях. Результаты подтверждают существование зоны ближайшего эмоционального развития у этих детей.

4. Анализ результатов констатирующего этапа исследования показал, что уровень понимания и проявления своих собственных эмоций у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития оказался низким, поэтому обучение детей пониманию эмоционально насыщенных ситуаций остается актуальным и значимым в коррекционно-образовательном процессе. Необходимо научить ребенка распознавать не только эмоции, демонстрируемые собеседником, но и свои собственные.

Наиболее интенсивно эмоциональное развитие происходит в возрасте пяти – семи лет. Именно поэтому современные исследователи уделяют большое внимание вопросам понимания и отражения в речи эмоциональных состояний у детей старшего дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья. Например, дети старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития в силу своих психологических особенностей испытывают трудности понимания и отражения в речи эмоциональных состояний, а между тем это служит важным средством коммуникации и социализации.

Актуальность изучения специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей пяти – семи лет с задержкой психического развития подтверждается тем, что авторы указывают на то, что из невербальных средств общения менее изученным считается голос. Имеются отдельные исследования, посвященные изучению эмоциональных процессов и просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития, в структуре которых фрагментарно представлены примеры специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи.

Таким образом, можно утверждать, что предложенная программа критериев оценивания позволила предусмотреть не только качественный, но и количественный анализ данных. Опыт показал, что она удобна для:

- диагностики;
- оценки степени выраженности нарушений разных сторон речи (получения речевого профиля);
- построения системы оптимальной коррекционной работы;
- отслеживания динамики актуального уровня речевого и эмоционального развития ребенка в естественных и экспериментальных условиях и оценки эффективности коррекционного воздействия.

При необходимой доработке представленных материалов возможно составление методических рекомендаций для педагогов дошкольных образовательных организаций общей и инклюзивной практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазова, Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей / Е. С. Алмазова / Под общ. ред. Г. В. Чиркиной. – М. : Айрис-пресс, 2005. – 192 с.
2. Артемова, Е, Э. Особенности формирования просодики у дошкольников с речевыми нарушениями : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Е. Э. Артемова. – М., 2005. – 156 с.
3. Белопольская, Н. Л. Исследование зоны ближайшего эмоционального развития у детей с задержкой психического развития / Н. Л. Белопольская, А. С. Клейменов-ва // Дефектология. – 2011. – № 2. – С. 36.
4. Белякова, Л. И. Заикание : учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности «Логопедия» / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Академия, 2012. – 224 с.
5. Бреслав, Г. М. Психология эмоций / Г. М. Бреслав. – 2-е изд., стер. – М. : Смысл : Академия, 2006. – 544 с.
6. Бреслав, Г. М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения / Г. М. Бреслав. – М. : Издательско-торговая компания «Дашков и К», 2003. – 340 с.
7. Деревянкина, Н. А. Эмоциональный мир ребенка с задержкой психического развития / Н. А. Деревянкина. – М. : Книга, 2004. – 324 с.
8. Дмитриева, Е. Е. Коммуникативно-личностное развитие детей дошкольного и младшего школьного возраста с легкими формами психического недоразвития : автореф. дис. ... доктор. псих. наук: 19.00.10 / Дмитриева Елена Ермолаевна. – Н. Новгород, 2005. – 56 с.
9. Додонов, Б. И. В мире эмоций / Б. И. Додонов. – Киев : Политиздат Украины, 1987. – 140 с.
10. Додонов, Б. И. Эмоция как ценность / Б. И. Додонов. – М. : Политиздат, 1978. – 272 с.
11. Ермакова, И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков / И. И. Ермакова. – М. : Просвещение, 1996. – 141 с.

12. Запорожец, А. В. Развитие социальных эмоций у детей дошкольного возраста, психологические исследования / А. В. Запорожец, Я. З. Неверович, А. Д. Кошелева / под. ред. А. В. Запорожца, Я. З. Неверович; НИИ дошкольного воспитания Акад. Пед. наук СССР. – М. : Педагогика, 1986. – 176 с.

13. Крюкова, С. В. Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь / Программы эмоционального развития детей дошкольного и младшего школьного возраста : практическое пособие / сост. С. В. Крюкова, Н. П. Слободяник. – М. : Генезис, 2010. – 208 с.

14. Кузнецова, А. С. Профессия «актер»: о способах саморегуляции эмоциональных состояний / А. С. Кузнецова, О. В. Шипарева // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. – 2005. – № 1. – С. 50.

15. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М. : Педагогика, 2004. – 306 с.

16. Леонтьев, А. Н. Деятельность, сознание, личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.

17. Лубовский, В. И. Задержка психического развития // Специальная психология / Под ред. В. И. Лубовского. – М., 2003. – 412 с.

18. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 408 с.

19. Савкова, З. В. Техника звучащего слова : учебное пособие / З. В. Савкова. – СПб., 2010. – 125 с.

20. Слепович, Е. С. Формирование речи у дошкольников с задержкой психического развития : книга для учителя / Е. С. Слепович. – Мн. : Нар. света, 1989. – 64 с.

21. Тихонова, Е. С. Состояние эмоциональной сферы дошкольников с общим нарушением речи / Е. С. Тихонова // Дефектология. – 2012. – № 4. – С. 39.

22. Тржесоголава, З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте / З. Тржесоголава. – М., 1986. – 80 с.

23. Филатова, Ю. О. Роль средств визуализации речи на базе информационных технологий в изучении просодической стороны речи у детей и подростков с заиканием / Ю. О. Филатова // Дефектология. – 2010. – № 6. – С. 77.

24. Филатова, Ю. О. Онтогенез и дизонтогенез ритмической организации речи / Ю. О. Филатова // Дефектология. – 2012. – № 3. – с. 28.

25. Филатова, Ю. О. Характеристика ритмической организации речи при дизартрии и моторной алалии / Ю. О. Филатова // Дефектология. – 2012. – № 4. – С. 38.

ГЛАВА 5

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОПТИМИЗАЦИИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Додонова Анастасия Викторовна,

магистр выпуска 2015 года

Алмазова Ольга Владимировна,

профессор, к.п.н.

Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы оптимизации межличностных отношений детей младшего школь- ного возраста с задержкой психического развития посредством психотерапевтических методов

Взаимодействие человека с окружающим миром осуществляется в системе отношений, которые складываются между людьми в их общественной жизни. Межличностные отношения закономерно и неизбежно возникают в любой реальной группе.

Ребенок – это личность, которая также вступает в систему межличностных взаимоотношений. С поступлением ребенка в школу начинается активное приобретение навыков общения. От построения взаимоотношений со сверстниками, от положения ребенка или от его статуса в группе зависит становление его личности в системе взаимоотношений. Этот этап становления коммуникативных навыков общения приходится на период младшего школьного возраста.

Проблема межличностных отношений относится к одной из основополагающих в жизни личности. Согласно культурно-исторической теории Л. С. Выготского, развитие психики детей происходит в процессе взаимодействия,

общения со взрослыми и сверстниками. Ребенок присваивает общественно-исторический опыт, на этой основе у него формируются специфические для человека виды психической и практической деятельности.

Следовательно, в младшем школьном возрасте все большее значение для развития ребенка приобретает его общение со сверстниками. В общении ребенка со сверстниками не только более охотно осуществляется познавательная предметная деятельность, но и формируются важнейшие навыки межличностного общения и нравственного поведения. От того, как ребенок общается со сверстниками, будет зависеть направление его развития. Значит, межличностные отношения в группе являются одним из факторов, развивающим личность.

Проблема личных взаимоотношений в группе сверстников всегда привлекала внимание отечественных и зарубежных исследователей. Тема межличностных отношений рассматривается в работах А. А. Бодалева, Я. Л. Коломинского, Г. Крайга, А. А. Леонтьева, Дж. Морено, В. С. Мухиной, А. А. Реана, Е. И. Рогова, В. В. Столина, Л. Д. Столяренко и других.

Анализ психолого-педагогических исследований Т. В. Грибановой, И. А. Коробейникова, К. С. Лебединской, М. М. Райской и других показал, что дети с задержанным темпом развития в школе оказываются более зависимыми от микросоциальных условий, в которых происходит их развитие и, следовательно, требуют большего внимания и заботы, нежели дети с нормальным темпом развития. Именно поэтому проблема коррекции нарушений межличностных отношений является фактором оптимального развития детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Оптимизацию межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития нужно рассматривать как длительный процесс, одним из этапов которого будет коррекционно-развивающая работа психолога, направленная на коррекцию нарушений указанных отношений. Данная работа может оказаться успешной, если наряду с традиционной системой воздействия на детей в учебно-воспитательном процессе апробировать программу оптимизации работы с использованием психотерапевтических методов, основанную на результатах диагностических мероприятий.

Психотерапевтические методики – это особый вид межличностного взаимодействия с целью помощи человеку в модификации отношений и поведения, которые интеллектуально, социально или эмоционально являются негативными; это специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья. Кроме того, психотерапевтические методы позволяют организовать такие формы взаимодействия, которые предполагают активную совместную деятельность и общение. Именно поэтому коррекцию нарушений межличностных отношений можно осуществлять с помощью психотерапевтических методов и методик.

Во всех регионах Российской Федерации функционирует система коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей и подростков с задержкой психического развития. Применительно к детям с ЗПР одна из основных задач любого типа школы состоит в том, чтобы максимально компенсировать имеющиеся у них нарушения развития путем создания специальных, адекватных их уровню и воз-

возможностям развития психолого-педагогических условий. Полноценное психическое развитие ребенка включает в себя не только интеллектуальное, но и личностное развитие.

В современной психологии существуют различные подходы к организации коррекционной работы по совершенствованию межличностных отношений детей младшего школьного возраста.

При анализе литературы, посвященной этой проблеме, выяснилось, что, по мнению многих исследователей, один из подходов коррекции основан на принципе комплексного воздействия на развитие межличностных отношений. Это обусловлено тем, что в формировании межличностных отношений задействованы различные процессы, такие как: эмоциональная сфера, личностная сфера, коммуникативные процессы, процессы самооценки и самоконтроля. Поэтому педагогу или психологу, работающему в данном направлении, необходимо использовать различные приемы, методы и методики, элементы терапии, упражнения и игры, направленные на комплексное развитие личности.

Для оптимизации межличностных отношений можно использовать следующие методы и методики исследования: метод анализа источников специальной литературы, наблюдение, беседа, эксперимент, анализ продуктов деятельности, психотерапевтические методы: элементы сказкотерапии, изотерапии, песочной терапии, социометрическая методика Дж. Л. Морено, проективная методика М. З. Друкаревич «Несуществующее животное», методика А. Н. Лутошкина «Эмоциональная цветопись», методика «Я – кухонный предмет», методика Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой «Волшебные краски».

В нашем исследовании мы опираемся на применение элементов психотерапевтических технологий: отдельных приемов, методов, методик, которые, на наш взгляд, являются эффективным средством оптимизации межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Поскольку у детей младшего школьного возраста с ЗПР преобладают игровые мотивы поведения, то использование элементов игровой терапии может служить прекрасным способом вовлечения детей в интересную для них деятельность с целью улучшения межличностных отношений, эмоционального самочувствия, снижения уровня агрессии и тревожности.

Проанализировав исследования современных психологов, можно сделать вывод, что для совершенствования межличностных отношений младших школьников с задержкой психического развития целесообразно использовать элементы арттерапии.

В арттерапии выделяется несколько направлений: музыкотерапия, танцевальная терапия, изотерапия, сказкотерапия, куклотерапия и другие.

Музыкотерапия – в качестве средства коррекции используется музыка. Данный метод используется в коррекции эмоциональных отклонений, страхов, двигательных и речевых расстройств, психосоматических заболеваний, отклонений в поведении, при коммуникативных затруднениях и др.

Как отмечает Э. Ю. Хафизова [17], музыкотерапия предполагает восприятие музыки с коррекционной целью. На одном занятии прослушиваются, как правило, три произведения или более-менее законченных отрыв-

ка, каждый по 5–10 минут. Программа музыкальных произведений строится на основе постепенного изменения настроения, динамики и темпов с учетом их различной эмоциональной нагрузки. Первое произведение – спокойное, отличающееся расслабляющим действием. Оно формирует определенную атмосферу для всего занятия, вводит в занятие. Второе произведение – динамичное, драматическое, напряженное, несет основную нагрузку. Его функция заключается в стимулировании интенсивных эмоций, воспоминаний, ассоциаций из собственной жизни ребенка. После его прослушивания в группе уделяется значительно больше времени обсуждению переживаний, воспоминаний, возникших у участников. Третье произведение должно снять напряжение, создать атмосферу покоя. Оно может быть либо спокойным, релаксирующим, либо, напротив, энергичным, дающим заряд оптимизма и бодрости.

Наряду с музыкотерапией эффективно использовать элементы танцевальной терапии. Одним из основоположников танцетерапии можно назвать Мэриан Чейс. На основании своего многолетнего опыта преподавания танцев она начала осознавать, что ее метод работы с людьми обладает не только эстетической, но и терапевтической ценностью. Мэриан Чейс создала особый подход в танцетерапии, который фокусируется на выражении чувств в контексте группового взаимодействия.

Танцевальная терапия работает в настоящем непосредственном моменте, формируя доверительные взаимоотношения в группе. Таким образом, танцевально-песенные упражнения являются эффективным средством общегруппового сплочения, снятия напряженности, пре-

дотворачивания утомления. Они помогают обучающимся овладеть средствами общения через песню и танец.

Чтобы избежать негативных эмоций у детей, многие авторы предлагают использовать элементы сказкотерапии. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, исследователь сказкотерапии, считает, что психолог может по-разному предлагать детям, как именно работать со сказкой. Самые распространенные способы – это обсуждение уже существующей сказки, самостоятельное написание детьми сказки, инсценирование, драматизация уже написанной сказки (это может быть как актерская игра, так и кукольный театр).

Достаточно популярным методом арттерапии, который может быть использован в системе коррекционных мероприятий по совершенствованию межличностных отношений младших школьников, является изотерапия – психокоррекционное воздействие посредством изобразительной деятельности.

Доктор Маргарет Наумбург, практикующий психолог, проходя обучение психоанализу, обнаружила, что просьба пациентов нарисовать свои сновидения и эмоции значительно обогащала процесс психотерапии. Искусство стало средством проекции эмоционального материала переноса, что позволяло пациенту «посмотреть» на проблему с определенной психологической дистанции.

Э. И. Хафизова подчеркивает, что, рисуя, человек дает выход своим чувствам, желаниям, мечтам, безболезненно соприкасается с неприятными, травмирующими образами. Поэтому рисование широко используют для снятия психического напряжения, при коррекции эмоционального неблагополучия, страхов, тревожности. Проективный рисунок позволяет диагностировать и интерпретировать

затруднения в общении, эмоциональные проблемы. Метод позволяет работать с чувствами, которые субъект не осознает по тем или иным причинам.

Такие исследователи, как Т. Д. Зенкевич-Евстигнеева и Т. Н. Грабенко для положительного воздействия на эмоционально-личностную сферу ребенка рекомендуют использовать элементы песочной терапии. Техника песочной психотерапии возникла в 40-х годах XX века. Принцип «терапии песком» был предложен еще Карлом Густавом Юнгом, основателем аналитической психотерапии. В одних источниках рассказывается, что основоположником этого метода стала ученица Карла Густава Юнга – Дора Кальфф. В других говорится, что для консультирования детей игру с песком впервые применила Маргарет Левенфельд.

Песок очень привлекательный материал для детей. Редко какой ребенок не чувствует любви к песочным играм. Песочная терапия помогает ребенку избавиться от своих трудностей, переживаний, страхов и агрессии. Создание песочных композиций стимулирует фантазию человека, позволяя ему понять свои собственные внутренние процессы, которые рассматриваются в символике ландшафта и выбираемых человеком миниатюрных фигурок людей, животных, деревьев, зданий, автомобилей, мостов, религиозных символов и еще много другого. Если человек может осознать свои переживания, найти им объяснения, он успокаивается, обретает чувство определенности и уверенности.

Часто переживания, связанные с неблагоприятным микроклиматом в классе, вызывают повышение уровня тревожности и напряжения. Поэтому в рамках коррекционной деятельности психолога следует использовать специ-

альные упражнения с целью снятия тревожности и напряжения, избавления от страхов, а также подготовки к потенциальной стрессовой, конфликтной ситуации.

Упражнения на межгрупповое взаимодействие – в данном подходе группа воспринимается не как совокупность субъектов, а как отдельный уникальный организм. В данном случае можно использовать игры, благоприятствующие межличностному взаимодействию, развивающие положительные взаимоотношения в группе и повышающие межличностную активность детей.

Согласно И. С. Вачкову, существуют и универсальные правила коррекционных занятий, которые необходимо учитывать при совершенствовании межличностных отношений. Во-первых, самое главное условие эффективности таких занятий – добровольное участие в них детей. Занятие не должно утомлять, поэтому, если дети устали, лучше закончить занятие. Во-вторых, каждое занятие необходимо завершать чем-то радостным, веселым, положительным (особенно если речь на занятии шла, например, о страхе или жадности), можно разработать и сделать традиционными ритуалы приветствий и прощаний. В-третьих, между занятиями необходимо обращать внимание детей на поступки, эмоции свои и окружающих, тем самым закрепляя пройденный материал. Детей, которых плохо принимают в коллективе, предлагается вовлекать в учебно-воспитательный процесс, больше давать им общественных поручений в силу их возможностей, стимулировать и поощрять их положительные поступки, проводить различные подвижные игры, при распределении ролей давать таким детям не второстепенные, а главные роли. При этом эффективно использовать следующие методические приемы: беседы, направ-

ленные на знакомство с различными эмоциями, чувствами; словесные, настольно-печатные и подвижные игры; рисование эмоций; проигрывание этюдов и другие.

Исходя из выше сказанного, следует отметить, что коллектив класса выступает важным фактором развития личности каждого из обучающихся. Именно отношения с другими людьми не только помогают человеку понять самого себя, осознать причины своих поступков, но и, что еще важнее, отношения с другими формируют личность, во многом определяют ее особенности. Однако при неблагоприятном развитии межличностных отношений, даже нормально развивающийся обучающийся испытывает дискомфорт, снижается познавательная мотивация, происходит торможение или нарушение процессов формирования личности. А дети с задержкой психического развития переживают неблагоприятную ситуацию в коллективе с особыми трудностями. Следовательно, оптимизация межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития посредством психотерапевтических методов и методик является актуальным направлением работы специального психолога. Грамотное, квалифицированное использование современного арсенала коррекционно-развивающих средств психотерапии очевидным образом ускоряет достижение и улучшает качественную составляющую результата работы специального психолога по совершенствованию межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Часть 2. Практические аспекты решения проблемы оптимизации межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития посредством психотерапевтических методов

Правильно оценить отношения между обучающимися в классе, прогнозировать их реакции друг на друга, понять, кто более популярен среди одноклассников, а кого они избегают – вот далеко не весь перечень задач, с которыми сталкивается педагог-психолог, работающий с классным коллективом детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

По словам С. Л. Рубинштейна, психология, как каждая наука, употребляет не один, а целую систему частных методов, или методик. Основными методами исследования в психологии являются наблюдение и эксперимент.

Согласно С. Л. Рубинштейну, помимо этих основных методов, которые получают в психологии специфическое выражение в соответствии с особенностями ее предмета, в психологии пользуются рядом вспомогательных методик.

Одной из наиболее популярных методик изучения особенностей межличностных отношений является социометрическая методика. Социометрия – метод количественного измерения отношений между людьми в реальных группах. Он был разработан известным американским психиатром, психологом и социологом Джекобом Леви Морено.

Впервые в отечественной психологии применил социометрический метод Дж. Л. Морено белорусский психолог Я. Л. Коломинский. Так социометрический метод получил популярность и в отечественной психологии. С внедрением этого метода также связаны имена таких ученых, как И. П. Волкова, Е. С. Кузьмина, В. А. Ядова и др.

Исследование проводилось на базе Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа № 30» г. Каменска-Уральского Свердловской области.

В эксперименте принимали участие обучающиеся 3–4-х специальных (коррекционных) классов. Перед началом проведения исследования группы испытуемых разделены на экспериментальную и контрольную.

Количество испытуемых на этапе констатирующего эксперимента – двадцать два обучающихся четвертых классов (2012–2013 гг). Количество испытуемых на этапе формирующего эксперимента – семь обучающихся третьего класса (2014–2015 гг). На этапе контрольного эксперимента участвовали восемнадцать обучающихся третьих классов (2014–2015 гг). Общее количество испытуемых за 2012–2015 гг – сорок обучающихся.

Данные классы (специальные) коррекционные. Наполняемость классов восемь–двенадцать человек. Состав класса непостоянный, поскольку количество человек меняется в течение четверти, года, прибывают обучающиеся из других школ города.

В состав класса входят обучающиеся, которые имеют рекомендацию психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) «Обучение по общеобразовательной программе, адаптированной для детей с задержкой психического развития». Кроме того, обучающимся рекомендуются занятия с логопедом по развитию речи, с психологом по нейропсихологической коррекции, а также консультации узких специалистов: невролога, эндокринолога, психиатра.

Обучающиеся имеют индивидуальные особенности развития речи, высших психических функций, эмоциональной и личностной сфер и поведения.

Ведущие мотивы учебной деятельности сформированы у этих детей не в полной мере. Уровень общего развития обучающихся в целом не соответствует возрастной норме. Это проявляется в повышенной неустойчивости внимания и отвлекаемости, низком познавательном интересе, неадекватной самооценке, неуверенности в собственных силах, неудовлетворенности собственной деятельностью.

Это обусловлено индивидуально-типологическими особенностями детей с ЗПР. Так, у некоторых обучающихся вследствие эмоциональной и личностной незрелости наблюдаются стойкие нарушения поведения, нарушения в развитии межличностных отношений. Это выражается в сложностях решения конфликтных ситуаций, в проявлениях агрессии, тревожности, инфантильности, демонстративности. Могут наблюдаться импульсивные реакции, неумение сдерживать свои эмоции. Перечисленные особенности могут затруднить социальную, в том числе школьную адаптацию обучающихся.

Кроме того, у таких обучающихся наблюдается недостаточный уровень развития способности к волевым усилиям, к труду, что обусловлено незрелостью эмоционально-волевой сферы. Часто можно видеть отказ от деятельности, негативное или недостаточно ответственное отношение к общественным поручениям, просьбам.

В классе можно выделить также обучающихся, обладающих положительными качествами. Но наряду с ними можно отметить и таких обучающихся, которые систематически нарушают правила поведения в классе и в школе. Многие обучающиеся склонны к конфликтам, аффективным реакциям, агрессии, нарушениям дисциплины, злословию и даже конфликтам с применением физической силы.

Коллективы формируются в 3-м классе вновь, все

обучающиеся поступают из разных школ города, в каждой из которых были собственные школьные и классные традиции. У каждого обучающегося был свой учитель, к которому он, конечно, очень привык. У всех были друзья и приятели, которых пришлось оставить в «бывшей» школе. У многих обучающихся, наоборот, остались неприятные воспоминания о прошлом классном коллективе, трудностях во взаимоотношениях с одноклассниками, которые сочетались с неудачами в учебной деятельности, связанных со спецификой дефекта при ЗПР. Все эти обстоятельства обуславливают неустойчивое положение в новом классном коллективе. Каждый обучающийся тяжело переживает смену коллектива, учителя, школы, но, как правило, его проблема, существующая в прошлой образовательной организации, остается вместе с ним и в новых для него условиях. Поэтому вновь образованная общность обучающихся – это коллектив, который находится на стадии формирования и развития. Для того, чтобы коллектив состоялся на самом деле, требуется трудоемкая воспитательная и коррекционно-развивающая работа по сплочению членов коллектива, организации их дисциплины. К сожалению, процесс этот занимает достаточно длительное время.

Межличностные взаимоотношения детей и сплоченность коллектива имеют определенные трудности. Это обусловлено незрелостью и наличием нарушений ЭВС, своевременно не оказанной психолого-педагогической помощи обучающемуся и его родителям.

В экспериментальных группах посредством наблюдения можно выделить испытуемых, обладающих лидерскими качествами, которые признаны в коллективе и установили почти со всеми обучающимися в классе

определенный эмоциональный контакт. Часть обучающихся экспериментальной группы проявили такие качества, которые свидетельствуют о ведомом типе личности, но это не мешает им устанавливать эмоциональные контакты с одноклассниками. Нельзя не отметить, что многие обучающиеся в силу своих особенностей легко поддаются негативному влиянию.

Стоит уточнить, что некоторые обучающиеся, имея определенные приятельские отношения, прочных связей создать не могут, возможно, это обусловлено особенностями поведения, которые проявляются в импульсивности, агрессии, демонстративности и конфликтности в общении с окружающими людьми.

В коллективе экспериментальной группы (ЭГ) можно наблюдать испытуемого, который имеет особое отношение в коллективе, его поведение можно характеризовать как отчужденное, он почти не проявляет интереса к общению с одноклассниками, чувствует себя некомфортно в классе, иногда это может сопровождаться агрессивными реакциями и повышенной тревожностью.

У другого испытуемого тоже можно наблюдать особенности в поведении, которые проявляются в инфантильности поведения и реакциях повышенной тревожности и гиперактивности, что мешает ему выстроить комфортные дружеские отношения со сверстниками.

Испытуемые контрольной группы (КГ) также имеют свои особенности формирования и развития коллектива. С помощью метода наблюдения сложилась субъективная оценка уровня развития межличностных отношений данной группы, которая может быть полезна при интерпретации результатов социометрии и других методик.

Необходимо обратить внимание на то, что структура коллектива контрольной группы (2012–2013 гг.) имеет свою специфику, которая заключается в разделении класса на группировки численностью по 3–4 человека. Одним из критериев деления на группировки является половой признак. Так образовались группа мальчиков и группа девочек. Остальная часть обучающихся примыкает то к одной группировке, то к другой, либо занимает нейтральное положение. Важно отметить, что отношения между представителями разных группировок достаточно напряженные, часто возникают межличностные и межгрупповые конфликты, проявления агрессии, демонстративности, в связи с этим наблюдаются нарушения школьной дисциплины.

Группировка мальчиков стремится к первенству в классе. Возможно, это происходит потому, что среди них находятся мальчики, обладающие лидерскими качествами. В связи с этим внутри группировки тоже случаются межличностные конфликты, хотя часто наблюдаются элементы взаимопомощи и поддержки.

Одна из девочек оказалась за гранью группировок. Она имеет глубокий внутренний мир, наполненный своими фантазиями и мыслями, в который очень часто погружается, это проявляется в инфантильности поведения. Одноклассникам не совсем понятны особенности девочки, и они не стараются ее понять, поэтому Даша часто остается наедине с собой, ведет себя отчужденно. Но интересно то, что ей, кажется, комфортно находиться в таком социальном положении.

Один из испытуемых КГ имеет ряд отклонений в поведении, которые характеризуются агрессивными реакциями, аффективными вспышками, демонстративностью

поведения, ложью. Он специально привлекает внимание к себе посредством нарушения дисциплины, провоцирует конфликты с отдельными обучающимися и коллективом класса в целом. Конечно, это может свидетельствовать о недостаточном внимании к нему со стороны одноклассников и взрослых, а, возможно, и семьи.

Таким образом, испытуемые ЭГ и КГ – это обучающиеся 3–4-х специальных (коррекционных) классов начальной школы, которым ЦПМСС рекомендовано обучаться по адаптированной общеобразовательной программе для детей с ЗПР. У испытуемых можно наблюдать наличие специфических особенностей, характерных для детей с задержкой психического развития. Среди них такие, как низкий уровень познавательных и мотивационных процессов, задержки в развитии речи, личностные нарушения, в том числе трудности в формировании и развитии межличностных отношений, в общении и взаимодействии со сверстниками, неумение сотрудничать в группах. Все эти проявления сочетаются с агрессией, тревожностью, демонстративностью поведения, отчего возникают сложности решения конфликтных ситуаций и, следовательно, возникают проблемы во взаимоотношениях между детьми. Таким образом, необходимо проводить коррекционно-развивающую работу с данными классными коллективами. Для планирования и проведения эффективной коррекционной работы целесообразно сначала провести ряд диагностических мероприятий, иначе говоря, провести изучение особенностей межличностных отношений в классном коллективе детей младшего школьного возраста с ЗПР.

Одним из важнейших методов исследования в области психологии является метод эксперимента. Поэтому

для данного исследования межличностных отношений был использован метод эксперимента. Проведение экспериментальной части исследования проходило в несколько этапов: констатирующий, формирующий и контрольный.

Первый этап, констатирующий эксперимент – предусматривает выявление существующих особенностей и уровень развития межличностных отношений в экспериментальной и контрольной группах. Данный этап проводился с целью подготовки к формирующему этапу эксперимента. При проведении констатирующего эксперимента были выделены две группы испытуемых: экспериментальная группа и контрольная группа.

Данное исследование имеет пролонгированный характер, поскольку этапы эксперимента проводились на протяжении нескольких лет, начиная с 2012 года по 2015 год. Испытуемые, учащиеся четвертых классов, принимавшие участие в констатирующем этапе эксперимента, уже вступили в подростковый возраст, поэтому пришлось изменить состав экспериментальной и контрольной групп.

Стоит отметить, что констатирующий эксперимент позволяет определить тенденцию развития межличностных отношений, сходную для всех детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Поэтому, проведя констатирующий этап эксперимента с испытуемыми четвертых классов в 2012–2013 годах, можно использовать полученные результаты для сравнения на этапе контрольного эксперимента, но уже с другой группой испытуемых.

Для исследования начального уровня развития межличностных отношений в обеих группах испытуемых были проведены диагностические процедуры с применением следующих методик: социометрия и проективная методика «Не-

существующее животное». Для исследования межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития были выбраны именно эти методики, потому что данные методики могут предоставить достаточно полную характеристику отношений в классе и существенно помогут в определении статуса каждого ученика, а также и общей статусной структуры.

Сфера межличностных отношений сложна и завуалирована. Именно социометрия помогает изучить ее наиболее объективно и корректно. При использовании социометрической методики можно определить положение каждого ребенка в группе и его социометрический статус, следовательно, можно проанализировать структуру межличностных отношений в этой группе.

Применение методики «Несуществующее животное» может быть полезным для получения дополнительной качественной информации об отношении ребенка к окружающим людям, о трудностях в установлении эмоциональных контактов, а также о причинах появления таких трудностей.

В современной литературе можно найти разные точки зрения на интерпретацию результатов социометрического исследования, одна из которых принадлежит психологу Я. Л. Коломинскому. Проанализировав различные подходы к использованию социометрии и обработке результатов эксперимента, выяснилось, что при проведении социометрического исследования удобно руководствоваться точкой зрения данного автора, поэтому его подход часто упоминается в описании эксперимента. Однако другие мнения тоже показались нам интересными, поэтому проблема обработки результатов социометрического исследования будет рассмотрена с разных сторон. По дан-

ным Я. Л. Коломинского, интерпретация диагностических материалов социометрического эксперимента осуществляется с помощью следующих критериев:

а) социометрический статус ребенка в системе межличностных отношений;

б) уровень благополучия взаимоотношений (УБВ);

в) коэффициент взаимности (КВ);

г) коэффициент удовлетворенности взаимоотношениями (КУ);

д) индекс изолированности (ИИ);

е) устойчивость избирательных эмоциональных отношений и социометрического статуса детей;

ж) мотивация социометрических выборов;

з) половая дифференциация взаимоотношений [2].

Проанализировав данные, полученные в результате проведения констатирующего этапа эксперимента с учащимися четвертых специальных (коррекционных) классов, можно сделать вывод об особенностях формирования и развития межличностных отношений, которые сходны для всех детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Так, большинство исследуемых в экспериментальной и контрольной группах испытывают трудности в установлении эмоциональных контактов в группе сверстников, наблюдаются высокий уровень половой дифференциации, признаки вербальной агрессии, повышенной тревожности, демонстративности, которые сочетаются с частыми межличностными конфликтами. Соответственно, эти особенности затрудняют установление дружеской и благоприятной обстановки в коллективе и мешают формированию положительных, крепких, зрелых межличностных отношений. Следовательно, необходимо

проводить коррекционно-развивающую работу по оптимизации межличностных отношений с коллективом младших школьников с задержкой психического развития. Для проведения эффективной коррекционно-развивающей работы специального психолога целесообразно разработать, спланировать и осуществить систему мероприятий, направленных на оптимизацию межличностных отношений классного коллектива младших школьников с задержкой психического развития.

В рамках данного исследования этап коррекционно-развивающей работы можно определить как формирующий эксперимент, который предполагает активное, целенаправленное воздействие исследователя на испытуемых экспериментальной группы с целью совершенствования межличностных отношений. Это позволяет определить условия их эффективного развития.

Поскольку в формировании межличностных отношений задействованы различные процессы, такие как: эмоционально-личностная сфера, коммуникативные процессы, процессы самооценки и самоконтроля, то для эффективного воздействия на сферу межличностных отношений необходимо использовать психотерапевтические методы и методики, направленные на коррекцию указанных функций. Следовательно, система коррекционно-развивающих мероприятий будет направлена на достижение следующих задач:

Развитие эмоционально-волевой и личностной сфер, в том числе развитие способности выражать свои эмоции и понимать эмоции других людей.

Развитие групповой сплоченности.

Развитие адекватной самооценки.

Развитие регуляции поведения.

Развитие коммуникативных навыков.

Снижение уровня агрессии и тревожности.

Организация занятий. Занятия проводятся в групповой, реже в индивидуальной форме.

Частота занятий – три раза в неделю.

Продолжительность занятий – сорок минут.

Количество испытуемых – семь человек.

Контингент учащихся – учащиеся третьего «Г» класса.

Количество занятий – сорок часов.

Все занятия проводились в соответствии с определенной структурой:

Ритуал приветствия.

Мотивация.

Основной этап.

Рефлексия.

Ритуал прощания.

Первый этап – приветствие. Психолог встречает детей, предлагает поздороваться посредством ритуала приветствия.

Цель ритуала приветствия – настроить детей на предстоящее занятие, погрузить в атмосферу событий, происходящих только на этом занятии, отвлечь от прочих проблем, забот, страхов, переживаний. С детьми младшего школьного возраста с задержкой психического развития целесообразно использовать лаконичные приветствия, возможно в стихотворной и игровой форме, выражающие радостное настроение, готовность к работе. В нашем исследовании для ритуала приветствия использовалась игра «Повтори имя», которая заключалась в том, что испытуемые, становясь в круг вместе с психологом, по очереди приветствовали приятными словами своих «соседей» справа, называя их по имени. Каждому следующему нужно

повторить, что сказал предыдущий участник, и назвать своего соседа справа и так далее. Также в ритуале приветствия использовалось музыкальное сопровождение. Такой вид приветствия успокаивает ребенка, помогает забыть о событиях, происходящих за пределами кабинета психолога, мотивирует к дальнейшей деятельности, оно стимулирует чувственное восприятие ребенка, способствует улучшению эмоционального самочувствия.

Приветствие разучивается на первом занятии и используется в неизменном виде на протяжении всех занятий. Также необходимо напомнить о дисциплине при проведении занятия, чтобы ребята не отвлекались во время игр.

Второй этап занятия – мотивация, на котором психолог, учитывая психолого-педагогические особенности детей с ЗПР, способствует привлечению и концентрации внимания обучающихся и развитию познавательного интереса. На этом этапе использовались загадки, ребусы, стихи, рисунки, игровые приемы, отражающие тему занятия.

Третий этап – основная часть. При планировании данного этапа использовались разнообразные методические средства и формы организации взаимодействия.

- Приемы изотерапии: элементы техники работы с рисунками «Счастье», ведение арт-дневника, рефлексивное рисование или «выплескивание» эмоций, рисование переживаний и страхов по методике А. Ермолина, телесное рисование.

- Приемы песочной терапии. Использовались различные коррекционные игры и приемы работы с песком: рисование на песке дыханием через трубочку для коктейля, дети учились дышать через трубочку, не затягивая в нее песок; пересыпание песка; погружение в сухой песок кистей

рук; выкладывание на песке букв, цифр, композиций различными предметами (фасолью, пуговицами, семечками, спичками, крупами, камушками и другим бросовым материалом); поиск игрушек, спрятанных в песке; создание на песке композиций, используя различные игрушки, иллюстрирование своих историй, разыгрывание уже известных сказок; рисование на мокром песке тонким предметом.

- Элементы сказкотерапии.

- Методика Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой «Волшебные краски».

- Игры и упражнения на снижение эмоционального напряжения, тревожности и преодоление страхов, взаимодействие и т.д.

- Игры и упражнения на развитие способности выражать и распознавать эмоции других людей, этюды на выражение эмоций. Для того чтобы познакомить ребенка с различными эмоциональными переживаниями, использовались рисунки с изображением различных эмоций у людей и животных, стихи и рассказы с соответствующим содержанием. Далее следовало обсуждение их с детьми, обращая внимание на то, как выражается то или иное чувство мимикой, жестами, позой; каким голосом, с какой интонацией говорит рассерженный (веселый, напуганный, грустный и т.д.) персонаж. Очень полезны обсуждения реальных ситуаций, участниками которых были сами испытуемые, совместный анализ их собственных переживаний. На занятиях с обучающимися использовались этюды: на знакомство с эмоциями: «Составь портрет», «Пиктограммы»; на выражение гнева: «Сердитый дедушка», «Хмурый орел», «Два сердитых мальчика» и др.; этюды на выражение страха: «Собака лает и хватается за пятки», «Страх одиночества», «Гроза»,

«Ночные звуки» и др.; этюды на выражение вины и стыда: «Провинившийся», «Коту Ваське стыдно», «Чуня просит прощения» и др.; комплексные игры и этюды на выражение различных эмоций: «Поссорились и помирились», «Прогулка», «Пожар» и др. В данных играх и упражнениях особое внимание уделяется на словесное обозначение эмоциональных состояний для того, чтобы в дальнейшем формировать вербальные способы регуляции поведения обучающегося. На последующих занятиях достаточно назвать ту или иную эмоцию или напомнить соответствующий этюд, чтобы вызвать нужное состояние (сосредоточенности, внимания, радости, раскаяния и стыда и т.д.).

- Игры и упражнения на развитие эмпатии.

- Игры и упражнения на распознавание и использование невербальных средств общения. Задача таких упражнений – научить испытуемого узнавать эмоциональные переживания по внешним выражениям: мимике, жестам, позе, интонации.

- Игры и упражнения на регуляцию поведения, развития навыков самоконтроля.

- Игры на развитие адекватной самооценки. Целью такого рода упражнений является: формирование самоуважения, доверия к самому себе, способствование приобретению опыта выступления перед аудиторией, уверенности в установлении контактов.

- Игры и упражнения, способствующие развитию коммуникативных навыков. Эти игры помогают развивать у испытуемых умение взаимодействовать со сверстниками, договариваться по поводу общего дела; снимают напряжение и неуверенность в себе у застенчивых и неуверенных детей; способствуют быстрому знакомству и установ-

лению эмоциональных контактов в группе сверстников. Испытуемые очень полюбили такие игры, как «Черный ящик», «Таинственный незнакомец». Они были готовы снова и снова играть в эту игру, потому что в ней нужно угадывать загаданное явление, человека или предмет. Они могут использовать здесь буквенные и графические подсказки психолога.

- Групповые игры на развитие сотрудничества, умения работать в группе и совместная деятельность, направленная на взаимодействие со сверстниками. Вариантом развития сотрудничества является форма группового взаимодействия в творчестве. Данная форма предполагает широкое участие каждого участника в выборе, разработке, проведении и анализе коллективных дел. Каждому предоставляется возможность определить для себя долю, характер своего участия и ответственности. В процессе занятий испытуемые приобретают навыки общения, учатся работать в группе. Таким образом, идут два важных процесса одновременно – формирование и сплочение классного коллектива и развитие личности обучающегося. На занятиях были использованы такие коллективные игры, как «Неожиданные картинки», арт-коллаж «Компания», «Коллаж Дружба», панно «Аквариум», «Автопортрет класса», «Древо нашего класса», «Картонные башни», «Распускающийся бутон», «Неожиданные картинки». Во время этой игры обучающиеся имеют возможность увидеть, какой вклад вносит каждый член группы в совместный рисунок. Это очень увлекательные игры, в ходе которых дети пытаются самостоятельно согласовывать свои действия, наладить взаимодействие друг с другом для того, чтобы вместе справиться с трудным заданием.

- Игры и упражнения на развитие сплоченности коллектива, улучшения микроклимата группы. Такие виды игр помогают детям научиться налаживать дружеские взаимоотношения, лучше узнать своих одноклассников, так как они направлены на активизацию совместной деятельности детей в малых группах.

- Упражнения на развитие взаимопонимания.

- Упражнения для управления агрессией и гневом. В данной игре осуществляется работа с гневом, агрессией и обидами, которые возникают во взаимоотношениях между детьми. Ее полезно время от времени применять для поддержания психологического климата в группе, чтобы отношения между детьми оставались открытыми и естественными, чтобы в классе не образовывались противостоящие друг другу группировки. Особенно важно применять эту игру в группах, где царят враждебность и агрессивность, ведь в ходе нее можно дать другому ребенку негативную обратную связь, и каждый уже может самостоятельно решать, насколько он будет изменять свое поведение в соответствии с недовольством одноклассников.

Следующий этап – рефлексия. На данном этапе происходит осознание собственных ощущений от занятия и выражение личного эмоционального состояния. Психологу важно узнать и понять эмоциональное состояние испытуемого в финале занятия. Обучающиеся должны оценить свою активность, полезность и интересность форм занятия, увлекательность, коллективную работу. Они могут по цепочке высказаться о значимых для них ценных моментах занятия.

Последний этап в структуре занятия – ритуал прощания: психолог провожает испытуемых особым ритуалом. Цель – «переключить» их с занятия на повседневную

жизнь. Ритуал прощания состоял из подведения итогов занятия, приятных слов прощания вокруг горящей свечи, далее совместного задувания свечи.

Важнейшим отправным моментом в деятельности специального психолога является планирование коррекционно-развивающей работы. Нельзя не согласиться с В. В. Гладкой, что важной основой планирования коррекционной работы является диагностическая деятельность. Поэтому для эффективного воздействия на сферу межличностных отношений был разработан примерный тематический план коррекционно-развивающих мероприятий, основанный на результатах диагностического исследования.

В целом коррекционно-развивающая работа состоит из двух направлений деятельности: работа с обучающимися и работа с родителями.

Работа с родителями предполагает три направления: просветительское, консультативное и практическое, на которые в коррекционной программе отведено определенное количество часов. Формами взаимодействия с родителями являются: участие в родительских собраниях, индивидуальные консультации, мастер-классы, игры и упражнения.

Работа с обучающимися подразумевает три блока: вводная часть, основанная и заключительная. Направление работы с обучающимися по программе рассчитано на 35 часов. Концепция данного направления заключается в постепенном введении обучающегося, имеющего трудности в социальных контактах, в окружающий мир. Для этого, на наш взгляд, необходимо сначала создать такие условия для испытуемого, которые будут способствовать познанию собственного «Я». Когда ребенок младшего школьного

возраста будет осознавать свои собственные эмоции, научиться понимать свои желания и предпочтения, только тогда он может научиться понимать и принимать других. Постепенное понимание и принятие коллектива ведет к идентификации себя в окружающей действительности среди других людей.

Все эти мероприятия рассчитаны на совместную деятельность, которая обучает обучающихся с ЗПР сотрудничать, коллективно находить пути решения поставленных задач, дружить друг с другом и понимать друг друга. Ниже в таблице представлен тематический план программы коррекционно-развивающих мероприятий по оптимизации межличностных отношений младших школьников посредством психотерапевтических методов и методик (Таблица 1).

Данная коррекционно-развивающая работа включает в себя упражнения и игры, направленные на развитие эмоционально-волевой, личностной сферы, регуляции поведения и функции самоконтроля, активизацию совместной деятельности детей младшего школьного возраста с ЗПР. Упражнения и игры для удобства применения систематизированы по группам в соответствии с главной задачей каждого упражнения.

Таким образом, для эффективного воздействия на процесс развития и совершенствования межличностных отношений детей младшего школьного возраста с ЗПР целесообразно использовать коррекционно-развивающие мероприятия с использованием психотерапевтических методов и методик по оптимизации межличностных отношений, основанные на результатах диагностических данных.

Таблица 1

**Тематический план программы по оптимизации
межличностных отношений детей
младшего школьного возраста с ЗПР**

№	Тема	ч	Методики и методы
Вводная часть «Мой мир»			
1	Родительское собрание «Знакомство с программой оптимизации межличностных отношений»	1	Беседа, интерпретация полученных результатов при диагностических исследованиях межличностных отношений
2	Я в образе посуды	1	Элементы изотерапии методика «Я – посуда», анкета
3	Мой мир – мой любимый цвет	1	Арт-дневник, беседа, наблюдение
4	Мой мир – мои эмоции	1	Рефлексивное рисование, беседа, наблюдение
5	Мой мир – мое счастье	1	Арт-дневник, элементы изотерапии
6	Мой мир – мои страхи	1	Рисование переживаний по методике А. Ермолина, беседа, наблюдение
7	Я в образе цветка	1	Телесное рисование, беседа, наблюдение
8	Путешествие в мир сказок. Дописывание сказки	1	Элементы сказкотерапии, беседа
9	Волшебные краски	1	Элементы изотерапии

10	Сказки на песке «Знакомство со сказочной страной и ее королем»	1	Элементы песочной терапии, сказкотерапии и изотерапии
11	Рисование мандалы	1	Элементы медиативного рисования
Основная часть «Мир вокруг меня»			
13	Родительское собрание «Агрессия. Причины и способы предотвращения агрессии»	1	Беседа, интерпретация полученных результатов методики «Я – посуда»
14	Моя семья	1	Методика «Моя семья»
	Моя школа	1	Методика «Моя школа»
15, 16, 17	Индивидуальные консультации с родителями	3	Беседа, интерпретация полученных результатов методик «Моя семья», «Моя школа»
18	Портрет класса	1	Арт-коллаж «Компания»
19	Разноцветное настроение	1	Методика «Эмоциональная цветопись»
20	Путешествие в страну эмоций	1	Телесное рисование, беседа, наблюдение
21	В стране зазеркалья	1	Элементы танцевально-двигательной терапии
22	В мире фантазий. Дорисуй картину	1	Арт-коллаж в изотерапии
23	В стране драгоценных камней	1	Сказки на песке
24	Узоры на песке	1	Элементы песочной терапии, изотерапии

25	Каляки-маляки	1	Элементы изотерапии, телесное рисование
26	Волшебные краски	1	Элементы изотерапии и сказкотерапии по методике Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой
27	Веселые уроки	1	Элементы танцевально двигательной терапии
28	В мире эмоций	1	Этюды на выражение эмоций, элементы танцевально-двигательной терапии
29	Какого цвета ваша радость	1	Элементы изотерапии
Заключительная часть «Я и мир вокруг меня»			
30	Место, где хочется быть	1	Техника изотерапии
31	Космическое путешествие	1	Элементы песочной терапии
32	Артпортрет группы	1	Артколлаж изотерапия
33	Волшебные краски	1	Элементы изотерапии и сказкотерапии по методике Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой
34	Чудеса на песке	1	Элементы песочной терапии
35	Разноцветный снег	1	Рисование на снегу
36	Времена года	1	Элементы сказкотерапии, изотерапии и песочной терапии
37	Что изменилось?	1	Игротерапия на песке

38	Я создаю мир	1	Элементы сказкотерапии, изотерапии и песочной терапии
39	Лабиринт	1	Игротерапия на песке
40	Мой песочный мир	1	Элементы песочной терапии

Метод социометрических измерений используется для диагностики межличностных отношений в целях их изменения, совершенствования и оптимизации. С помощью социометрии можно изучать типологию социального поведения людей в условиях групповой деятельности, судить о социально-психологической совместимости членов конкретных групп. Поэтому в группах испытуемых на этапе контрольного эксперимента была проведена социометрическая методика, которая дает наглядное представление о межличностных отношениях в коллективе младших школьников.

Анализ результатов применения данной методики позволяет сделать вывод, что межличностные отношения в экспериментальной и контрольной группах отличаются и имеют свои особенности: коэффициент популярности и взаимности, статусная структура, уровень благополучия взаимоотношений, удовлетворенность взаимоотношениями, мотивация выборов и половая дифференциация.

Кроме того, посредством использования данной методики наряду с другими методами и методиками исследования, такими как наблюдение, беседа, проективная методика «Несуществующее животное», в ЭГ и КГ удалось выявить наличие трудностей в формировании и развитии межличностных отношений.

Повторное использование социометрии и анализ всех диагностических показателей позволяет, во-первых,

выявить устойчивость взаимоотношений, а во-вторых, что является главным для нашего исследования, определить эффективность апробации программы оптимизации межличностных отношений с использованием психотерапевтических методов.

Таким образом, проанализировав данные, полученные в результате проведения контрольного этапа эксперимента, можно сделать вывод о том, что в сфере межличностных отношений испытуемых экспериментальной группы можно наблюдать некоторые изменения. Это проявляется в легкой положительной динамике основных диагностических показателей: индекса взаимности и популярности группы, статусной структуры, среднего количества выборов, уровня благополучия и удовлетворенности взаимоотношениями, мотивации выборов, половой дифференциации, уровня агрессии. Эти данные свидетельствуют об оптимизации межличностных отношений.

В КГ испытуемых при контрольном обследовании средний показатель популярности – 62%, а взаимности – 44%. В коллективе ЭГ: коэффициент популярности – 81%, взаимности – 71%. Следовательно, изучив данные социоматрицы при проведении контрольного этапа эксперимента, можно сделать вывод о более благополучном состоянии коллектива экспериментальной группы, чем контрольной.

По результатам изучения статусных категорий можно сделать вывод, что при проведении контрольного эксперимента в КГ наблюдаются как положительные изменения, так и отрицательные. Кроме того, присутствие испытуемого, у которого только один положительный выбор, негативно характеризует развитие межличностных отношений в данной группе.

Сравнив показатели среднего количества выборов в ЭГ и КГ по итогам контрольного эксперимента, наблюдаются положительные изменения в обеих группах. Но в целом показатели среднего количества более благоприятны в ЭГ, так как значения более высокие, чем в КГ.

По результатам контрольного обследования, впрочем, как и констатирующего, в экспериментальной группе большинство испытуемых (72%) получили статусы I группы и три человека (28%) – II группы, которые считаются, по мнению Я. Л. Коломинского, благоприятными статусными категориями [2]. В числе III и IV группы, являющейся неблагоприятной статусной категорией, испытуемых экспериментальной группы не оказалось (0%). Хотя на этапе констатирующего эксперимента в III группе было 2 человека (18%). Следовательно, уровень благополучия взаимоотношений на этапе контрольного исследования в экспериментальной группе стал заметно выше, чем по итогам первого этапа эксперимента. В контрольной группе по результатам вторичного обследования выяснилось, что к I и II группе относятся 91% испытуемых, а к III группе – 9%. Сопоставив результаты констатирующего и контрольного эксперимента, выявлено, что коэффициент взаимности в экспериментальных группах относится к одинаковому уровню (IV – сверхвысокий), но стоит отметить небольшое повышение процентного соотношения (от 74% до 88%). В КГ при повторном обследовании можно отметить понижение коэффициента взаимности (от 86% до 69%). Но тем не менее, степень КВ можно отнести к сверхвысокому IV уровню взаимности. Следовательно, по результатам двух этапов эксперимента в ЭГ можно выявить заметный рост коэффициента взаимности, а в КГ, наоборот, понижение данного показателя.

В экспериментальной группе на этапе контрольного эксперимента можно увидеть, что 71% имеют высокий КУ, то есть I группу удовлетворенности – это выше, чем при первом исследовании – 64% (в КГ – 55%), 29% испытуемых – II группу (ранее – 27%, в КГ – 18%), это показывает на достаточно высокий уровень удовлетворенности межличностными отношениями в ЭГ. Значит, большинство обучающихся в классе получили выбор от тех, кого они сами выбрали. Снижение КУ в III (0%) и IV группах (0%) при проведении контрольного эксперимента свидетельствует об удовлетворенности обучающихся взаимоотношениями в классе (ранее 9%, в КГ – 18% и 9%). Проанализировав диагностические результаты, полученные в ходе контрольного и констатирующего этапов эксперимента, можно сделать вывод, что в ЭГ коэффициент удовлетворенности взаимоотношениями выражен более оптимистично, чем в КГ, поскольку наблюдается положительная динамика развития данного показателя и отсутствуют значения III и IV группы удовлетворенности взаимоотношениями, которые являются менее благополучными.

Если сравнить мотивацию социометрических выборов в обеих группах, то можно сделать следующие выводы. В ЭГ по итогам контрольного эксперимента значение I и III группы мотивов совпадают (также 47% и 12% соответственно). Во второй группе мотивов в КГ испытуемые чаще использовали внешнюю положительную характеристику, а в ЭГ чаще указывали на нравственные качества и качества, обеспечивающие успешность деятельности. Это говорит о более осознанных отношениях. И наконец, IV группа мотивов более выражена в ЭГ, в которой, исходя из ре-

зультатов социометрического эксперимента, а также с помощью метода наблюдения, начали формироваться дружеские взаимоотношения между группой испытуемых. Таким образом, проанализировав результаты двух этапов эксперимента, следует сказать, что в коллективах КГ и ЭГ наблюдаются положительные изменения в мотивации социометрических выборов, но в ЭГ испытуемые чаще указывали на те группы мотивов, которые выражают более качественные и глубокие отношения.

Кроме того, в ЭГ следует отметить устойчивость и стабильность некоторых важных показателей, таких как половая дифференциация, индекс изолированности (0%).

В контрольной группе также можно отметить положительные изменения индекса популярности, статусной структуре, уровня благополучия взаимоотношений, индекса изолированности, мотивации выборов, половой дифференциации, но данная динамика не так явно выражена, как в ЭГ. В остальных диагностических показателях социометрической методики особой динамики не наблюдается, а в коэффициенте взаимности и удовлетворенности взаимоотношениями можно заметить даже отрицательную динамику.

Следовательно, без специально организованной коррекционной помощи повлиять на процесс оптимизации межличностных отношений детей младшего школьного возраста и добиться положительной динамики сложно.

Возможно, положительные изменения в экспериментальной группе произошли вследствие воздействия общепедагогических мер в рамках учебно-воспитательного процесса, а также апробации программы оптимизации межличностных отношений с использованием психотерапевтических методов в ходе данного исследования. Следова-

но, можно предположить, что апробированная программа оптимизации межличностных отношений может быть эффективной для развития взаимоотношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития, а, значит, гипотеза исследования является верной.

Сфера межличностных отношений чрезвычайно широка. Она охватывает практически весь диапазон существования человека, начиная от его отношения к большим социальным группам до диадных отношений.

При анализе теоретического материала по проблеме выяснилось, что вопрос межличностных отношений детей младшего школьного возраста изучен достаточно подробно, однако, относительно детей с задержкой психического развития можно сказать, что данная тема исследована в меньшей степени.

Отечественные и зарубежные психологи отмечают, что общение и складывающиеся в его ходе межличностные отношения играют центральную роль в становлении личности ребенка и в его социализации.

Процесс формирования и развития межличностных отношений у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития требует отдельного исследования с помощью разнообразных методов и методик.

Психологи обладают определенной совокупностью достаточно валидных и надежных методик психодиагностики личности и межличностных отношений в младшем школьном возрасте. Это дает возможность практикам психологам проводить необходимые мероприятия для диагностики, а затем и оптимизации межличностных отношений с детьми младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Очень показательной является со-

циометрическая методика, которая была основной в данной работе при изучении межличностных отношений детей младшего школьного возраста с ЗПР.

При анализе результатов контрольного эксперимента была выявлена положительная динамика в экспериментальной группе испытуемых, следовательно, эффективность апробации программы оптимизации межличностных отношений с использованием психотерапевтических методов доказана. Однако работа по изучению и оптимизации межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития требует продолжения и становится все более актуальной и ценной, поскольку период младшего школьного возраста заканчивается сменой ведущего вида деятельности с учебной на общение со сверстниками. Следовательно, реализация подобных коррекционных программ в период обучения детей с ЗПР в начальных классах школы является мероприятием как коррекционно-развивающего значения, так и профилактического.

Представленные материалы могут представлять интерес для обучающихся всех ступеней высшего образования: бакалавриата, магистратуры и аспирантуры педагогических ВУЗов. Кроме того, ими могут воспользоваться на практике педагоги, учителя-дефектологи, специальные психологи, работающие с детьми младшего школьного возраста, как нормально развивающимися, так и с задержкой психического развития. При определенной адаптации материалов диагностическая программа изучения и программа оптимизации межличностных отношений, апробированные в отношении детей младшего школьного возраста с ЗПР, могут быть использованы в диагностической и коррекционно-развивающей работе с другими категориями детей с

ОВЗ. Кроме того, перспективой развития материалов исследования может стать их практическое применение в условиях инклюзивного образования детей младшего школьного возраста с ЗПР, начиная с 01 сентября 2016 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюхова, И. С. Настольная книга классного руководителя: 1–4 классы / И. С. Артюхова. – М. : Эксмо, 2008. – 432 с.
2. Блинова, Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития : учебное пособие / Л. Н. Блинова. – М. : НЦ ЭНАС, 2004. – 136 с.
3. Выготский, Л. С. Развитие высших психических функций / Л. С. Выготский // Собрание сочинений : В 6-ти томах. Т. 3. Проблемы развития психики / Под ред. А. М. Матюшкина. – М. : Педагогика, 1983. – 386 с.
4. Коломинский, Я. Л. Социальная психология школьного класса : научно-методическое пособие для педагогов и психологов / Я. Л. Коломинский. – Минск : ООО «ФУА информформ», 2003. – 312 с.
5. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2000. – 118 с.
6. Лебединская, К. С. Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития / К. С. Лебединская // Дефектология. – 2006. – № 3. – С. 15–27.
7. Леонтьев, А. А. Общение как объект психологического исследования / А. А. Леонтьев // Методологические проблемы социальной психологии. – М., 1975. – С. 65.
8. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб., 1997. – С. 12.
9. Морено, Дж. Л. Социометрия. Экспериментальный метод и наука об обществе / Дж. Л. Морено. – М. : Издательство иностранной литературы, 1958. – 245 с.
10. Мухина, В. С. Детская психология / В. С. Мухина. – М. : Посвещение, 1985. – 254 с.

11. Особенности развития межличностных отношений детей в воспитательно-образовательном процессе : методические рекомендации / Н. А. Сердюкова, Ю. И. Бордовская, Т. В. Капузан и др. – Витебск : УО «ВОГ ИПК и ПРР и СО», 2006. – 231 с.
12. Практикум по психологическим играм с детьми и подростками / М. Р. Битянова; под ред. М. Р. Битяновой. – М., 2001. – 243 с.
13. Психология человека от рождения до смерти / А. А. Реан; под ред. А. А. Реана. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с.
14. Рогов, Е. И. Общая психология / Е. И. Рогов. – М. : ВЛАДОС, 1998.
15. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб., 1999. – 312 с.
16. Тригер, Р. Д. Психологические особенности социализации детей с задержкой психического развития: Серия «Детскому психологу» / Р. Д. Тригер. – СПб. : Питер, 2008. – 192 с.
17. Хафизова, Э. И. Методы коррекции нарушений межличностных отношений в младшем школьном возрасте / Э. И. Хафизова. – Уфа : МГГУ им. М. А. Шолохова, Уфимский филиал, 2011. – 119 с.
18. Холмогорова, В. М. Межличностные отношения младших школьников / В. М. Холмогорова, Е. О. Смирнова. – М. : ВЛАДОС, 2010. – 203 с.
19. Шевандрин, Н. И. Социальная психология в образовании : учебное пособие. – М. : ВЛАДОС, 1995. – 344 с.

ГЛАВА 6.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ОТКЛОНЕНИЙ В СТАНОВЛЕНИИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Костарева Марина Александровна,

магистр выпуска 2015 года

Алмазова Ольга Владимировна,

профессор, к.п.н.

Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы психопрофилактики отклонений в становлении когнитивных процессов у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития

*1.1. Определение основных понятий темы исследования: содержание
история появления, современное состояние изученности*

Вопросы обеспечения психологического здоровья личности, построение системы безопасности развития ребенка в образовательном пространстве обозначаются как одни из важнейших задач современной психологической науки и практики.

В 1979 году Всемирная организация здравоохранения в своих документах обозначила необходимость перехода от изучения факторов, повышающих уязвимость ребенка к психическим расстройствам, к изучению тех факторов, которые защищают его от действий стресса; от изучения неудачных мер воздействия к изучению воздействий, которые бы позволили предупреждать психические нарушения (Психическое здоровье детей и психосоциальное развитие детей. Доклад комитета экспертов ВОЗ). Иначе говоря, был поставлен вопрос о приоритете психопрофилактической работы.

Актуальность психопрофилактики как вида психологической помощи обозначилась в отечественной науке и практике в конце 70-х – начале 80-х годов XX века (А. Б. Леонова, А. С. Кузнецова). Повышенное внимание, отмечаемое в последние годы к проблемам психопрофилактики, стало особо выделяться и в системе образования. Так, О. В. Коробченко, И. В. Степаненко рассматривают психопрофилактику как системообразующий фактор деятельности педагога-психолога образовательного учреждения.

Т. Г. Харитоновна раскрывает психопрофилактику как системо- и смыслообразующий компонент деятельности практического психолога образования. Психопрофилактику в практической психологии образования и безопасность психологического здоровья детей дошкольного и школьного возраста изучает В. Э. Пахальян. Профилактике нарушений психического здоровья детей и подростков, разработке психопрофилактических и психокоррекционных программ уделяют внимание Т. В. Вохмянина, Н. И. Гуткина, И. В. Дубровина. На современном этапе развития психологической службы образования психопрофилактике уделяется особое внимание, но, тем не менее, данный вид деятельности остается мало представленным как в научной теоретической литературе, так и в ежедневном рабочем труде психологов.

Когнитивные функции являются наиболее сложными функциями головного мозга. Они определяют качество процесса рационального познания мира и взаимодействия с ним. В то же время когнитивные функции уязвимы при различных патологических состояниях, несформированности той или иной высшей психической функции

(Е. М. Парцалис, В. М. Шкловский, Н. Н. Завадченко, и др.). Показательным фактором риска когнитивных нарушений является задержка речевого развития.

Среди детей школьного возраста с проблемами в освоении общеобразовательных предметов у 80% из них наблюдается задержка развития речи (в форме отсутствия вербального общения до 1,5–2-х лет) и у 84 % – поздние сроки начала фразовой речи (после 3–4-х лет) [16]. Когнитивные проблемы, диагностированные у детей школьного возраста, предполагают более длительную работу по их преодолению. Позднее начало коррекционной работы не только значительно снижает эффективность, но и приводит к грубой задержке когнитивного развития, к нарушению формирования высших психических функций [23].

По мнению Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской, после работ Р. Е. Левиной до настоящего времени отечественная логопедия не имеет еще значимых исследований развития детей с речевыми нарушениями с позиций целостного системного подхода. Существует потребность в исследованиях, направленных на анализ потенциальных возможностей развития высших познавательных процессов и других функций у детей с тяжелыми нарушениями речи (Е. М. Парцалис).

Создание адекватных эффективных средств специального обучения и воспитания детей с тяжелыми нарушениями речи, основывающихся на знаниях их психологических особенностей, компенсаторных возможностях высших психических функций ребенка – обозначили *актуальность темы настоящего исследования*.

Указание на психопрофилактическую работу специалистов, ее первостепенную теоретическую и практическую

значимость давно озвучивали в своих трудах ведущие ученые, такие как Р. Е. Левина, С. С. Ляпидевский, М. Е. Хватцев и другие. В то же время этими исследователями дается указание на то, что причины недоразвития высших форм речевой и познавательной деятельности следует искать не только в психофизических возможностях ребенка, но и в существующей системе коррекционного обучения и воспитания. Таким образом, определяется потребность всестороннего изучения общих и специфических особенностей и возможностей высших форм психики детей с тяжелыми нарушениями речи на всех возрастных этапах (Е. М. Парцалис). Разработка теоретических вопросов ряда частных междисциплинарных проблем (психологических, клинических, нейропсихологических, нейрофизиологических и др.), направления всестороннего изучения факторов коррекционного обучения детей с нарушением речи приобретает особую актуальность в настоящее время.

Разрешение вопросов психопрофилактической работы с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи, в значительной степени связано с определением особенностей когнитивной деятельности, изучением собственно речевых и языковых отклонений в формировании речи в общей структуре их психического развития.

В психическом развитии ребенка старшего дошкольного возраста ведущей когнитивной функцией является память (Д. Б. Эльконин). Особенности зрительной памяти детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями изучались С. Л. Цветковой, неречевых умений (в т.ч. и памяти) Ю. Ф. Гаркушей. Вопросами особенностей формирования слухоречевой, зрительной и двигательной памяти

у детей шести лет с общим недоразвитием речи занималась Н. П. Чурсина. Полученные данные, с одной стороны, раскрывают особенности формирования памяти детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями. С другой стороны, в современных исследованиях *не отслеживается достаточная разработанность практических вопросов профилактики* отклонений в становлении указанной когнитивной функции у детей этой категории.

Данное противоречие позволило нам обозначить в своей работе *проблему исследования*, которая заключается в разработке психопрофилактического направления становления такого когнитивного процесса, как память детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями. Предполагается, что определение направлений психопрофилактической работы по отклонению процессов памяти у детей с речевым недоразвитием в дошкольном детстве позволит сделать более обоснованным и адресным их психокоррекционное сопровождение.

Объектом исследования выделены особенности становления когнитивных процессов у детей дошкольного возраста при нормальном и нарушенном речевом развитии. *Предметом исследования* – процесс моделирования психопрофилактики отклонений в становлении слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушением речевого развития.

Цель исследования – создание модели психопрофилактики отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушением речевого развития. В соответствии с целью были поставлены следующие *задачи исследования*:

1. На основе анализа психолого-педагогической,

нейропсихологической, нейрофизиологической литературы по проблеме исследования определить, процессы какой когнитивной функции у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития, подлежат психопрофилактической работе.

2. Обосновать выбор методов и методик изучения процессов памяти детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речевого развития для проведения констатирующего этапа исследования.

3. Провести нейропсихологическую диагностику памяти детей старшего дошкольного возраста и охарактеризовать взаимосвязь между степенью тяжести речевого нарушения и отклонением становления процессов памяти.

4. Опираясь на результаты исследования, создать модель психопрофилактики отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей этой категории.

5. Разработать пакет рекомендаций педагогам и родителям по психопрофилактической работе в отношении отклонений становления процессов памяти у детей дошкольного возраста с нарушением речевого развития.

В нашей работе психопрофилактику будем понимать как направление психолого-педагогической помощи и как деятельность психолога образования.

В работах исследователей психопрофилактического направления в образовании отмечается, что в настоящее время психологическая служба достаточно широко представлена в различных сферах жизни и социальной деятельности (здравоохранение, образование, искусство, политика, производство, спорт, сфера бизнеса и т.п.). Наиболее массовой и в организационном отношении передовой признается психологическая служба в системе обра-

зования (И. В. Дубровина, А. М. Прихожан, В. Э. Пахальян, В. В. Рубцов, Т. И. Чиркова, Г. А. Цукерман и др.). Сама психологическая служба при этом понимается как система учреждений практического использования ресурсов психологической науки и практики для решения конкретных задач сопровождения личностного развития и сохранения психического и психологического здоровья личности на всех ее возрастных этапах.

Т. Г. Харитоновна указывает, что психопрофилактика рассматривается как интегральное явление психологической практики, представляющее собой единство научного, прикладного, практического и организационного аспектов, и является одним из значимых компонентов целостной системы образования (И. В. Дубровина), условием его модернизации (В. В. Рубцов), требующим от исполнителей специальной профессиональной подготовки (Ю. М. Забродин, Ю. П. Зинченко, У. В. Ульенкова, Д. И. Фельдштейн, Т. И. Чиркова и др.).

Учитывая функции психологической службы образования на данный момент, профилактика определяется как самостоятельный (порой системообразующий) вид деятельности практического психолога. Этот вид деятельности направлен на предупреждение возможного неблагополучия, а также сохранение и укрепление психологического здоровья несовершеннолетних на всех этапах дошкольного и школьного детства (И. В. Дубровина, В. Э. Пахальян, Т. И. Чиркова и др.).

Раскрывая с позиции психологии и педагогики особенности когнитивных функций детей дошкольного возраста при нормальном и нарушенном развитии речи, вводим в свое исследование следующее понимание определения

«когнитивные». В работах Н. И. Чуприковой под когнитивными структурами понимаются внутренние относительно стабильные психологические системы репрезентации знаний в самом широком смысле слова, которые вместе с тем являются системами извлечения и анализа текущей информации. Информация из окружающего мира извлекается, используется и запоминается субъектом в той мере и в такой форме, как это позволяют имеющиеся когнитивные структуры. Н. И. Чуприковой сформулирован один из общих законов умственного развития – закон системной дифференциации. Этим исследователем при рассмотрении онтогенетического развития когнитивных структур определяется его ход по линии прогрессивного усложнения последних. Принцип, сформулированный Н. И. Чуприковой, позволяет более точно понять развитие разных когнитивных функций в раннем и дошкольном детстве.

В последние двадцать лет в отечественной науке отмечается пристальное нейро-психолого-физиологическое изучение эффективности восприятия информации ребенком (Л. И. Переслени, Л. А. Рожкова). Учеными подтверждается, что эффективность восприятия информации зависит в большей степени от механизмов формирования адекватной подготовки к возможному сигналу. Подготовка, основываясь на накопленном опыте, напрямую имеет связь со способностью к прогнозированию появления того или иного события. Ведущая роль в реализации этих процессов принадлежит таким базисным когнитивным функциям, как внимание и память. В то же время нами не может игнорироваться информация о роли внимания в высших формах запоминания, опубликованная в 1930-м году А. Н. Леонтьевым. А. Н. Леонтьев при изучении вопроса

развития памяти указал на то, что усиление внимания на прямую фиксацию материала не может определять успешность запоминания. Исследователь указывает, что внимание служит только «мостом» между памятью и волей. А. Н. Леонтьев допускает единство процесса развития взаимно проникающих когнитивных функций (внимания и памяти), дифференцированных лишь своей спецификой.

Исследования особенностей памяти у людей с нарушением речи ведутся в отечественной науке с начала XX века (В. А. Гиляровский). Изучение специфики памяти при недоразвитии речи у детей рядом исследователей представляется значимым в теоретическом плане и несущим большой практический интерес (Е. М. Мастюкова, Ю. В. Микадзе, Н. П. Чурсина, Л. М. Шипицына и др.). Анализ данных литературных источников показывает, что несформированность речевой функции изолированно не проявляется. Чаще всего она сопровождается дефицитностью других психических функций, к примеру, памяти. Изучение памяти детей с несформированностью речи позволяет уточнить степень воздействия недоразвития речевых зон на становление системных когнитивных функций, одной из которых является память. Результаты исследования Н. П. Чурсиной подтверждают сведения, что у детей с общим недоразвитием речи имеется дефицит в формировании различных видов и параметров памяти. Ею доказано, что проблемы формирования памяти являются специфичными для детей с речевыми проблемами.

1.2. Обзор методик, направленных на изучение особенностей памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речи

В специальной психологии и педагогике широко применяется нейропсихологический метод, включающий в се-

бя целый ряд конкретных методик. Нейропсихологические методики в образовании применяются при решении вопросов оценки специальных способностей, выработке дифференцированных рекомендаций при подготовке детей к школе, характеристике их способности к обучению, при определении степени «школьной зрелости».

Э. Г. Симерницкая, адаптировав ряд нейропсихологических методик А. Р. Лурия, опубликовала методику нейропсихологической экспресс-диагностики «Лурия-90». Диагностика направлена на изучение памяти детей шести-семилетнего возраста.

И. Ф. Марковская разработала и опубликовала в своей монографии другую версию нейропсихологической методики А. Р. Лурия. И. Ф. Марковской представлена возможность получить максимум информации о состоянии когнитивных процессов ребенка.

Известна еще одна нейропсихологическая методика изучения состояния памяти детей дошкольного и младшего школьного возраста «ДИАКОР», составленная Ю. В. Микадзе, Н. В. Корсаковой. Синдромный анализ, представленный в теории системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ) А. Р. Лурия, лег в методологическую основу этого вида диагностики. С помощью методики «ДИАКОР» тестируется состояние слухоречевой, зрительной и двигательной памяти. В процессе диагностики выявляются дети с отставанием в развитии мнестической функции, обусловленным органическими и социальными факторами.

Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, Я. А. Меерсон высказали мнение, основывающееся на опыте использования нейропсихологических методик исследования детей.

Они утверждают, что данные методики дают много дополнительной информации к результатам патопсихологического исследования когнитивных функций ребенка, также помогают понять механизмы их расстройства. Особую значимость указанных методик отмечают названные ученые для изучения развития детей, начиная с пятилетнего возраста, имеющих первичное недоразвитие речи, а также развития детей с задержкой психического развития (ЗПР).

**Часть 2. Практические аспекты решения проблемы
психопрофилактики отклонений в становлении когнитивных
процессов у детей дошкольного возраста
с нарушениями речевого развития**

*2.1. Изучение особенностей становления процессов памяти
у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития
в условиях констатирующего эксперимента*

В исследовании, проводившемся в течение одного года, приняли участие дети старшего дошкольного возраста (6–6,5 лет). Все 27 детей (8 девочек и 19 мальчиков) обучались по дошкольной общеобразовательной программе в общеобразовательной дошкольной организации. Испытуемые посещали логопедические коррекционные занятия на логопункте общеобразовательной дошкольной организации.

Чтобы установить корреляцию степени тяжести нарушения речи и отклонений в становлении процессов памяти детей дошкольного возраста, в констатирующем эксперименте применялись нейропсихологические методики, направленные на получение того или иного способа запоминания информации разной модальности.

Проводилось исследование в индивидуальной фор-

ме. Все дети адекватно понимали обращенную к ним речь. Темп предъявления инструкций субтестов был индивидуальный. От детей не требовали быстрого выполнения заданий, но в то же время в протоколах обязательно фиксировались следующие показатели: длительность латентного периода перед выполнением пробы (инактивность), затруднения при включении в действие и необходимость дополнительной стимуляции, импульсивность, нарушение произвольного внимания, его истощаемость и т.д.

В зависимости от состояния ребенка (повышенная утомляемость, истощаемость внимания и др.), экспериментальное исследование проводилось однократно или парциально по разделам в течение нескольких дней. Результаты экспериментального исследования заносились в бланки, составленные для фиксирования результатов заданий, и в специальные таблицы. По данным, полученным при проведении диагностических процедур с включением тестовых заданий, проводилась качественная и количественная (балльная) оценка слухоречевой, зрительной и двигательной памяти и ее параметров. При количественной оценке результатов тестов, связанных с диагностикой трех видов модальностей памяти, использовалась оригинальная оценочная шкала речевых нарушений. Шкала разработана и описана Л. И. Вассерманом с соавторами (1997).

Экспериментально-психологическому исследованию предшествовало знакомство с медицинской и педагогической документацией детей, принявших участие в экспериментальной работе. Нейропсихологическое исследование детей начиналось с оценки речевого статуса с учетом того, что формирование и развитие речи тесно связано с состоянием мнестических процессов.

Группу испытуемых с нарушениями речи составили дети, которые по данным ПМПК имели следующие речевые диагнозы:

- общее недоразвитие речи третьего уровня (ОНР III ур.) – 14 детей;
- фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) – 4 ребенка;
- фонетическое недоразвитие речи (ФНР) – 9 детей.

Таким образом, экспериментальная группа включала в себя 27 детей с нарушениями речи.

Для целей эксперимента был составлен план обследования особенностей памяти у детей дошкольного возраста 6–6,5 лет с нарушениями речи. В экспериментальную часть исследования были включены нейропсихологические методики, представленные в обзорном плане в части первой данной публикации (1.2).

Показательными результатами состояния развития процессов памяти детей дошкольного возраста с нарушением речи, положительно коррелирующими со степенью тяжести речевого нарушения, явились следующие:

– результаты слухоречевой памяти (процесс запоминания и воспроизведения речевого ряда – линейный принцип речи, обусловленный особенностями работы процессов оперативной памяти);

– результаты зрительно-предметной памяти (запоминание малочастотных и трудно вербализуемых объектов – геометрических фигур, требующее точного анализа и дифференциации расположения элементов в пространстве).

Наименее показательными результатами связи между степенью нарушения речевого развития и степенью несформированности процессов памяти явились следующие:

- речеслуховая память (память на простое удержание и воспроизведение слов);
- зрительная память (элементарное запоминание, удержание предметного образа);
- двигательная память (запоминание и воспроизведение двигательных поз).

Результаты исследования этих процессов подтверждают свою высокую генотипическую обусловленность в дошкольном детстве, указанные А. Р. Лурия в своих работах еще в 1936 году.

Результаты исследования опосредствованного запоминания слов позволяют констатировать, что у детей дошкольного возраста с утяжелением степени нарушения речи наглядно проявляется трудность в формировании опосредствованного запоминания, что не позволяет успешно формироваться высшим процессам памяти. Данное обстоятельство задерживает переход развития процессов памяти ребенка дошкольного возраста с речевыми нарушениями из зоны актуального развития (ЗАР) в зону ближайшего развития (ЗБР).

Таким образом, выводы по настоящему констатирующему эксперименту подтверждают наличие дефицита в становлении процессов различных видов памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития.

2.2. Обоснование составления и пояснение структурных блоков модели психопрофилактики отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития

Нами была научно-теоретическим путем обоснована и практическим путем (посредством констатирующего эксперимента), доказана необходимость создания адекват-

ных эффективных направлений психопрофилактики отклонений становления когнитивных процессов памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития. Учитывая рекомендации Т. Г. Харитоновой по сопоставлению видов профилактики с основными структурными составляющими деятельности практического психолога образования, нами была составлена схема модели психопрофилактики (ППФ) отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушением речевого развития (См. рис. 1). В данной модели нами были также учтены рекомендации по развивающей и коррекционной работе с мнестическими процессами у детей дошкольного возраста Т. И. Дубровиной, Н. Ю. Боряковой.

В правой части схемы показана структура модели психопрофилактики: три направления в работе (виды ППФ) – первичная, вторичная и третичная ППФ. На рисунке они представлены, соответственно, зеленым, желтым и красным цветом. Предметом ППФ является речеслуховая и зрительная память детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития. В схеме отмечено целеполагание каждого вида ППФ в зависимости от степени выраженности нарушения речевого развития.

В первичной ППФ, которая ориентирована на детей дошкольного возраста с фонетическим недоразвитием речи (ФНР) (правая верхняя ветвь схемы), предусматриваются мероприятия, направленные на предупреждение возникновения рисков в развитии процессов слухоречевой и зрительной памяти детей. Во вторичной ППФ, которая ориентирована на детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФНР) (правая средняя ветвь схемы),

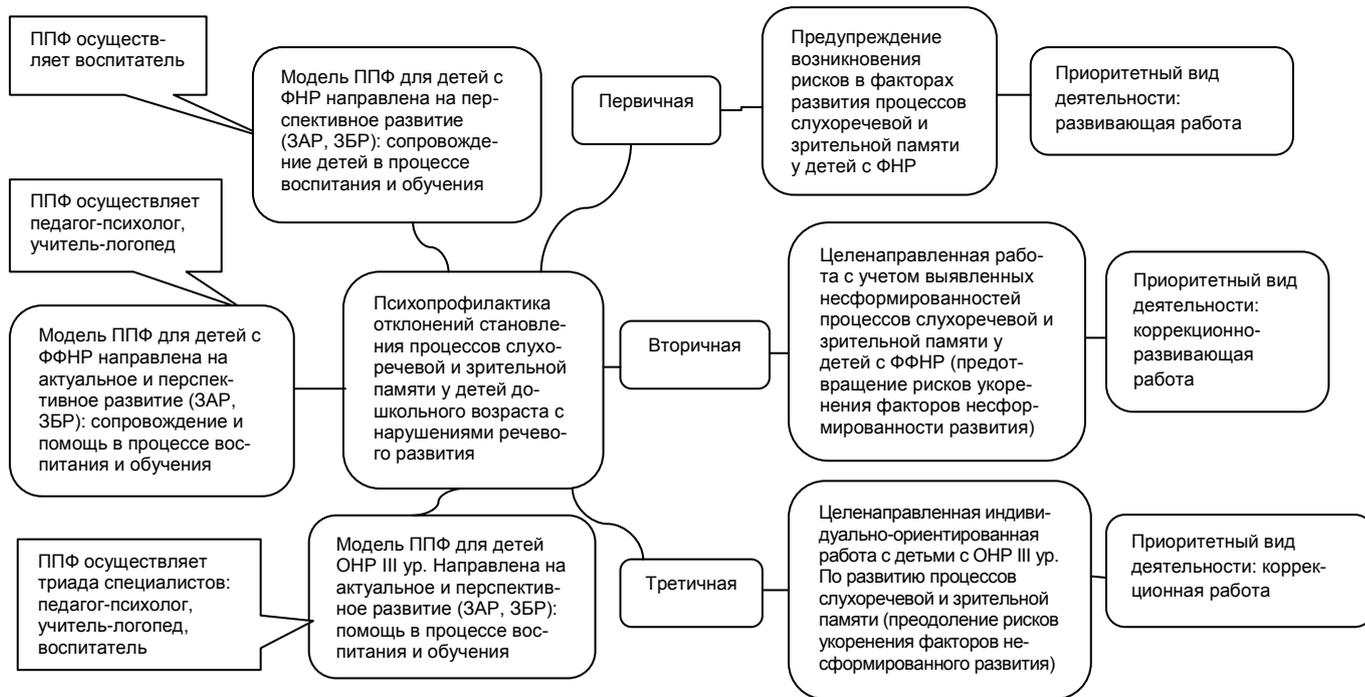


Рис. 1. Схема модели психопрофилактики отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушением речевого развития

предусматривается целенаправленная работа по предотвращению рисков укоренения факторов нарушения процессов слухоречевой и зрительной памяти детей. В третичной ППФ, которая ориентирована на детей с общим недоразвитием речи (ОНР III уровень) (правая нижняя ветвь схемы), предусматривается целенаправленная индивидуально-ориентированная коррекционная работа по преодолению рисков укоренения факторов несформированного речевого развития.

В схеме мы можем видеть указанные приоритетные виды деятельности с группами детей, исходя из особенностей и тяжести нарушения их речевого развития. Для детей с ФНР этим видом деятельности является развивающая работа, для детей с ФФНР – коррекционно-развивающая работа, а для детей с ОНР III уровня – коррекционная работа.

Таким образом, нами определен адресат ППФ в каждом ее виде. В первичной ППФ адресатом являются дети дошкольного возраста с условно нормальным развитием когнитивных процессов и особенности организации воспитательного и учебного процессов. Во вторичной ППФ адресат – дети «группы риска» по становлению процессов слухоречевой и зрительной памяти и неблагополучия в организации воспитательного, учебного процессов. В третьем виде ППФ адресатом становятся дети с ограниченными возможностями здоровья (имеющие тяжелое нарушение речи) и нарушения в организации воспитательного и коррекционного процессов.

В левой части схемы нами указывается временное направление ППФ, ориентация ППФ на зону актуального развития или зону ближайшего развития. В первичной ППФ

ведущим является направление работы на перспективное развитие процессов слухоречевой и зрительной памяти (левая верхняя ветвь схемы). В то время как во вторичной и третичной ППФ этим направлением является ориентация на ЗАР и ЗБР (левые средняя и нижняя ветви схемы).

Исходя из этого, изменяется модель психосоциальной организации ребенка в ППФ. Первичная ППФ реализует модель сопровождения ребенка в воспитательном и образовательном процессе, вторичная ППФ – сопровождение и помощь ребенку, третичная модель реализует уже конкретно коррекционную помощь ребенку. В левой части схемы нами также указываются возможные специалисты, которые могут реализовывать тот или иной вид ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти с детьми дошкольного возраста с нарушениями речевого развития.

С детьми, имеющими легкие нарушения речевого развития (ФНР), в рамках первичной ППФ, воспитатель, реализуя возрастную общеобразовательную программу, включает элементы развивающей работы. Это так называемые «массовая» и «предкризисная» программы первичной ППФ. Для осуществления вторичной ППФ с детьми с ФНР проектируются дополнительно программы «локальной» (актуальной) коррекционно-развивающей работы по предотвращению рисков укоренения факторов несформированного развития процессов слухоречевой и зрительной памяти. Этим согласованно и целенаправленно занимаются педагог-психолог и учитель-логопед. При реализации третичной ППФ уже необходима разработка программ «индивидуальной» ППФ, направленных на коррекционную помощь детям с тяжелыми нарушениями ре-

чевого развития (в нашем случае – ОНР III уровня). К их реализации подключается триада педагогов: педагог-психолог, учитель-логопед и воспитатель.

Основными принципами организации данной модели ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти являются: своевременность и целенаправленность применения профилактических мер, системность и конкретность. ППФ предусматривает этапность реализации преобразования общих задач развития процессов памяти при воспитании и обучении ребенка дошкольного возраста в частные, а также определение способов их решения в условиях нарушений речевого развития у детей. Реализация принципа перспективности в модели ППФ ориентирует педагога на ЗАР или ЗБР в соответствии с возрастом и индивидуальными возможностями ребенка дошкольного возраста с нарушениями речевого развития. Принцип дифференцированности в организации модели ППФ позволяет решать задачи ППФ с учетом возраста, категории детей (ФНР, ФФНР, ОНР), степени вовлеченности в проблемную ситуацию того или иного педагога. Принцип ответственности в реализации модели ППФ становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития подразумевает отсроченность результатов ППФ. Это в свою очередь накладывает высокую ответственность на участников, реализующих тот или иной вид ППФ.

Можно рекомендовать реализацию модели первичной ППФ развития процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей с нормальным и нарушенным в легкой степени (ФНР) речевым развитием в общеобразовательной

дошкольной организации (с детьми с условно-возрастной нормой развития). Модель вторичной ППФ возможна к применению в дошкольных общеобразовательных организациях комбинированного типа, включающих логопедическую группу или имеющих в своей структуре логопедический пункт. Третичная модель ППФ предлагается к реализации в воспитательно-учебном процессе на базе специализированной дошкольной общеобразовательной организации (для детей с тяжелыми нарушениями речевого развития, для детей с ЗПР). Более того, при необходимости в дошкольной общеобразовательной организации могут быть дифференцированно реализованы все три указанных вида ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и двигательной памяти с детьми с нарушениями речевого развития. Таким образом, рассмотренная модель имеет разные формы реализации и может гармонично быть включенной в систему сопровождения и оказания помощи детям с нарушениями речевого развития в образовательной организации.

**Часть 3. Методические аспекты решения проблемы
психопрофилактики отклонений в становлении когнитивных
процессов у детей дошкольного возраста
с нарушениями речевого развития**

В реализации направлений предложенной нами модели ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития принимают активное участие педагоги и родители. Для каждого участника процесса ППФ отводится определенная задача по ее реализа-

ции. Предлагаем методические рекомендации, способствующие более полному пониманию предмета ППФ, методов и приемов практической работы по ее направлениям.

3.1. Методические рекомендации педагогам по реализации модели психопрофилактики отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития

1. Реализация предложенной и обоснованной нами модели ППФ предусматривает взаимодействие специалистов, работающих с детьми дошкольного возраста: педагога-психолога, учителя-логопеда и воспитателя (для работы с детьми с ЗПР также учителя-дефектолога) в индивидуальной и групповой программах развития и коррекции.

Ведущим специалистом при реализации модели ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти является педагог-психолог. Работа с детьми, результаты которых отнесены к первичной ППФ (верхняя зеленая ветвь схемы модели ППФ в соответствии с рисунком), предполагает задачу педагога-психолога – создать банк дидактических игр и упражнений, которые могут быть рекомендованы к использованию на занятиях воспитателя.

В задачи воспитателя входит подбор адекватного дидактического материала для развития памяти на фронтальных занятиях с детьми, использование специальных приемов, направленных на развитие мнестических процессов. Воспитатель закрепляет сформированные умения и развивает мнестические процессы у детей на индивидуально-подгрупповых занятиях в вечернее время и во внеучебное время с учетом рекомендаций специалиста (педагога-психолога).

Работа с детьми, результаты которых отнесены к вторичной ППФ (средняя желтая ветвь схемы в соответствии с рисунком), предполагает проведение целенаправленной работы по развитию памяти с учетом выявленных недостатков различных ее параметров.

Задачи педагога-психолога – углубленное исследование мнестических процессов у детей по запросам учителя-логопеда (учителя-дефектолога) и воспитателя; выработка стратегии коррекционно-развивающего обучения; обсуждение необходимости дополнительной консультации специалистов-врачей, нейропсихолога; разработка индивидуальной программы развивающего обучения с учетом выявленных особенностей памяти.

В задачи учителя-логопеда (учителя-дефектолога) и воспитателя входит включение в содержание индивидуальных занятий специально подобранных дидактических игр, упражнений и мнемотехнических приемов. Специфика проведения фронтальных занятий по отношению к этой категории детей заключается в пристальном внимании к деятельности детей, в максимальной активизации их мнестических процессов.

Работа с детьми, результаты которых отнесены к третичной ППФ (нижняя красная ветвь схемы в соответствии с рисунком), предполагает включение в задачи педагога-психолога углубленной диагностики мнестических процессов детей. Также необходим избирательный подбор дидактического материала, игровых упражнений, мнемотехнических приемов для специальных, индивидуальных занятий с детьми.

Учитель-логопед и/или учитель-дефектолог в процессе групповых и индивидуальных занятий использует

рекомендованные педагогом-психологом игры и упражнения для развития слухоречевой и зрительной памяти детей. В задачи учителя-логопеда входит включение специально подобранных психологом упражнений, дидактических игр, направленных на развитие слухоречевой и зрительной памяти, в содержание индивидуальных логопедических занятий с детьми.

В задачи учителя-логопеда (учителя-дефектолога) и воспитателя входит включение в содержание индивидуальных, подгрупповых, групповых занятий специально подобранных дидактических игр, упражнений и мнемотехнических приемов.

Воспитателю необходимо применять рекомендации педагога-психолога по развитию мнестических процессов у детей в учебное и внеучебное время. Для этого можно воспользоваться материалами, изложенными в научной литературе, например исследованиями Л. С. Волковой, Т. И. Дубровиной, Л. С. Цветковой и др.

2. Педагогу-психологу дошкольной организации при изучении процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речи для наиболее полного и более дифференцированного результата следует обратиться к нейропсихологическим методикам. Данные методики можно применять в адаптированных вариантах, начиная с пятилетнего возраста ребенка, как это рекомендовано, например, Р. С. Немовым. Качественный и количественный анализ отдельных звеньев психических функций позволяет определить наиболее сохраненные и дефицитарные из них и сделать процесс построения коррекционных программ наиболее обоснованным. Также высокая «чувствительность» нейропси-

хологической диагностики (по сравнению с другими методиками), позволяет рекомендовать ее использование для более дифференцированной диагностики детей с ОНР при определении готовности к школьному обучению, о чем неоднократно упоминается в работах Е. М. Мастюковой. Наиболее качественной, комплексной и дифференцированной нейропсихологической методикой зарекомендовала себя методика «ДИАКОР» Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсаковой.

3. Объектом психопрофилактики отклонений становления когнитивных процессов у детей дошкольного возраста с нарушением речевого развития являются процессы слухоречевой и зрительной памяти. Необходимо учитывать, что темпы развития зрительного и слухового анализатора в функциональном плане не совпадают. Так, условные рефлексy со слухового анализатора начинают вырабатываться раньше, чем со зрительного [1]. Предметом ППФ обозначаются особенности формирования процессов слухоречевой и зрительной памяти посредством специально организованной системы методов и приемов в структуре общеобразовательной программы воспитания и обучения детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития.

А. В психопрофилактике отклонений становления процессов слухоречевой памяти следует уделить особое внимание становлению такого параметра, как линейность памяти на речевой ряд. Линейность памяти (память на линейный ряд) – запоминание человеком количества элементов по порядку в определенной последовательности (Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева, В. В. Маркелова). Этот вид памяти лежит в основе усвое-

ния ребенком фразовой речи, потому что все слова во фразе (особенно в русском языке) имеют жесткий порядок. Линейная память обслуживает все виды анализа (например, фонемный: «кошка – какой первый звук?»). Линейное осознание слов в предложении также опирается на линейную память. В реальной речевой деятельности в качестве минимальной речевой единицы дети пользуются предложением (различным по своей структуре). В исследовании В. И. Балаевой по модельному обучению предложению ребенка с нарушением речевого развития предложена четкая схема такой работы (по данным Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсаковой). Следовательно, в будущем при письме дети совершают ошибки не в отдельных словах и словосочетаниях, а в словах и словосочетаниях, имеющих линейную последовательность во фразе [2]. Характеризуя принцип линейности «как весьма существенный принцип», Ф. де Соссюр писал: «...последствия его неисчислимы... От него зависит весь механизм языка». Последовательность речи, по мнению Н. И. Жинкина, «обеспечивается работой оперативной памяти». Это кратковременная «память на операции, которые следует реализовать в процессе производства какого-либо действия». Сущность оперативной речевой памяти Н. И. Жинкин сводил к двум функциям: удержанию по ходу составления предложения уже порожденных и упреждению предстоящих порождению элементов. Отвечая за построение предложения в целом, оперативная память не может не отвечать за некоторые нарушения речевых и языковых норм. Например, Н. И. Жинкин в зависимости от объема памяти ставил ошибки на управление, согласование, примыкание, незавершенность предложения. «Срывами в действии опера-

тивной памяти» Г. И. Блинов объясняет некоторые пунктуационные ошибки в письме детей. Речь идет о том, что недостаточно натренированная оперативная память в определенные моменты формирования элементарного предложения (не на всем протяжении его формирования) не дает возможности в последующем правописным навыкам достаточно полно проявить себя, угнетает, сковывает их, что проявляется в пиках ошибок, особенно в пиках ошибок последнего слова. Пики ошибочных написаний середины и конца элементарного высказывания – это, если воспользоваться термином Г. И. Блинова, показатели «срывов в действии оперативной памяти» пишущих (по данным В. Я. Булохова).

Таким образом, работа по развитию оперативной памяти на речевой ряд у детей с нарушениями речевого развития будет воздействовать на улучшение (в частности – увеличение) таких показателей, как: объем непосредственного запоминания и кратковременной памяти; объем максимально доступного для запоминания словесного материала и скорость запоминания, что позволяет увеличить объем отсроченного воспроизведения [22].

Б. В психопрофилактике отклонений становления процессов зрительной памяти методика работы у детей с нарушениями речевого развития должна начинаться с методов, формирующих зрительную память, восприятие и представления, их точность, дифференцированность и подвижность. Для этого работа должна начинаться с невербальных приемов и на невербальном материале [4]. Дети должны научиться воспроизводить и различать пространственные и временные последовательности из трех-четырёх фигур, предметов, слов, слогов и т.п.

(Р. И. Лалаева, С. Н. Шаховская). Для детей дошкольного возраста с недоразвитием речи в такой работе, помимо указания, требуется применение других видов помощи: объяснение последовательности действий, показ образца. Качественное развитие процессов зрительной памяти должно улучшить, прежде всего, такие параметры, как прочность запоминания зрительного стимула и устойчивость к интерферирующим воздействиям.

4. При составлении педагогом-психологом банка игр, мнемотехнических упражнений, направленных на развитие процессов слухоречевой и зрительной памяти, возможно применение нейропсихологических упражнений развития памяти детей дошкольного возраста. Одними из наиболее обоснованных нейропсихологических методик коррекции памяти являются: методика «ДИАКОР» Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсаковой [4], включающая методики, направленные на оптимизацию параметров слухоречевой и зрительной памяти. Также возможно взять на рассмотрение нейропсихологический метод «замещающего онтогенеза» А. В. Семенович.

5. Возраст ребенка, с которого рекомендуется начинать реализацию ППФ работы, обозначается нами периодом с четырех-пяти лет. Морфо- и функциогенез мозга ребенка, обеспечивающий основу формирования психических процессов, имеет неравномерность и гетерохронность в созревании различных мозговых систем, наличие сенситивных периодов для их формирования. Одним из таких периодов дошкольного детства как раз является возраст детей от четырех до пяти лет. Следующим этапом формирования высших корковых функций является младший школьный возраст с семи до восьми

лет (Л. С. Выготский и др.). Качественные изменения в развитии памяти детей дошкольного возраста заключаются в том, что между четырех- и пятилетним возрастом у них начинает развиваться произвольная память.

6. Ведущая роль в ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития отводится опосредствованному запоминанию. Психологические процессы с такой структурой, как опосредствованное запоминание, характеризуются высокой прижизненной изменчивостью. Они в значительной мере связаны со средовыми и культурными влияниями. При таком целенаправленном обучении непосредственно организованная память ребенка будет существенно изменять свою структуру, превращаясь в опосредствованную функцию, высоко генотипически обусловленную на ранних этапах [10]. При психопрофилактической работе над процессами слухоречевой памяти слово взрослого будет являться для ребенка доминирующим практическим материалом на занятии. На основании материалов исследования Е. Д. Кежерадзе, если ребенку в возрасте от четырех до пяти лет создать специальные условия для опосредования, он способен использовать слово для запоминания (по данным З. М. Истоминой [6]). В этом случае ребенок свободно вступает в **опосредствованное словом отношение к материалу**. В условиях же естественного поведения опосредование для этого периода не характерно.

7. В качестве основных форм и методов психопрофилактической работы рассматриваются:

а) подбор и определенная систематизация информационных материалов (например, в виде картотек и ин-

формационных папок с целью повышения теоретической и методической осведомленности психолога в предмете психопрофилактики);

б) подготовка наглядных материалов (памяток, «закладок», папок-передвижек, мини-газет, информационных листов, папок-файлов и пр.) и их распространение (во время консультаций, родительских собраний, групповых занятий или в «уголках родителей» с целью комплексного, систематического влияния наглядных информационных материалов на участников образовательного пространства, развитие их психологической компетентности);

в) организация мероприятий для родителей и педагогов (беседы, дискуссии, бинарные лекции, практикумы, занятия с элементами тренинга, организационно-деятельностные игры, просмотр и обсуждение специальных видеофильмов, занятия в группах с использованием активных методов взаимодействия и пр.);

г) непосредственная работа психолога с детьми (все виды развивающей и коррекционно-развивающей работы);

д) аналитико-диагностическая работа (с целью изучения состояния предмета профилактики в конкретной ДОО; прогнозирования развития проблемы в соответствии с полученными результатами и причинно-следственным анализом ее состояния; планирования возможных путей ее решения с учетом реальных условий; определения исходных значений тех показателей тенденции, изменения которых будут отслеживаться в дальнейшем) [21].

8. «Инструментом» успешности реализации составленной модели психопрофилактической работы являются профессионально значимые личностные качества психолога. В качестве основных критериев эффективности пси-

хопрофилактической деятельности практического психолога в условиях образовательной организации возможно рассмотреть следующие (по Т. Г. Харитоновой):

а) создание оптимальных условий, обеспечивающих становление процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушением речевого развития в образовательном пространстве ДОО;

б) улучшение информационного и методического обеспечения деятельности практического психолога;

в) наличие мониторинга психопрофилактической деятельности практического психолога по развитию памяти детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития;

г) отражение сущности и специфики психопрофилактики отклонений становления когнитивных процессов (в частности, памяти) в отчетной документации педагога-психолога.

*3.2. Методические рекомендации родителям
по психопрофилактической работе с детьми
дошкольного возраста с нарушениями речевого развития*

1. Для детей, особенно в дошкольном возрасте, авторитет родителя имеет ведущее значение в процессе его воспитания и обучения. Помощь родителя специалистам в закреплении выработанных умений и навыков по психопрофилактике отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти в домашних условиях неоспорима.

2. Занятия должны проходить обязательно в игровой форме при положительном эмоциональном настрое как детей, так и родителей.

3. Не допускаются занятия с детьми в негативном эмоциональном состоянии или при физической усталости.

4. Предлагаемые педагогами методики, упражнения могут быть основой для творческого подхода в создании различных форм необходимых упражнений.

5. Систематичность и целенаправленность проводимых с детьми домашних занятий позволит улучшить эффективность ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти и облегчить коррекционную работу по устранению нарушений речевого развития.

6. В памяти детей фиксируется то, что привлекает его внимание, сопровождается зрительным рядом, многократно повторяется.

7. Перед детьми дошкольного возраста необходимо ставить задачи запоминания и пересказа текстов, прочитанных им взрослыми. В таком случае в индивидуальном развитии произойдет необходимое для последующего обучения формирование произвольной саморегулируемой слухоречевой памяти. Несформированность осмысленной и управляемой слухоречевой памяти окажется тем самым слабым звеном, на основе которого возникнет комплекс симптомов в разных психических функциях, представленный в виде нейропсихологического синдрома (трудности освоения письма, чтения, расширения словарного запаса, обедненность повествовательной речи, трудности решения арифметических задач при слуховом способе их предъявления, обедненность понимания услышанного и прочитанного и т.п.).

8. Родителям детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития необходимо по возможности посещать консультации педагога-психолога, учителя-логопеда; родительские собрания, на которых специалисты представляют опыт своей работы; групповые и

индивидуальные занятия с целью комплексного, систематического развития своей психологической и педагогической компетентности.

Рассмотренные нами в этой части работы рекомендации педагогам и родителям по психопрофилактике отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти являются первичными к рассмотрению, возможными к расширению и уточнению.

Таким образом, результаты исследования позволяют констатировать значимость проблемы психопрофилактики отклонений становления когнитивных функций у детей с нарушениями речевого развития. Проведенный нами теоретико-практический анализ литературы по теме исследования показал необходимость изучения такого когнитивного процесса, как память у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития. В исследовании представлены результаты констатирующего этапа эксперимента, показывающие особенности сформированности процессов слухоречевой, зрительной памяти у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речевого развития. Нами составлена модель ППФ отклонений становления процессов слухоречевой и зрительной памяти у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития, которая включает первичную, вторичную и третичную профилактику указанных процессов. Представленная модель ППФ сопровождается конкретными практическими рекомендациями педагогам и родителям по ее применению в системе воспитания и обучения детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития. Более того, нами предусмотрено дифференцированное применение модели ППФ отклонений становления процессов слухоре-

чевой и зрительной памяти, учитывающее степень выраженности нарушения речевого развития у детей дошкольного возраста.

Результаты нашего исследования, прежде всего, важны для практической работы педагога-психолога, учителя-логопеда и воспитателя в дошкольной образовательной организации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аносова, Л. Р. Эталоны речевого мышления / Л. Р. Аносова // Вопросы психологии. – 1985. – № 2 – С. 96–99.
2. Булохов, В. Я. Оперативная речевая память и орфографические ошибки учащихся / В. Я. Булохов // Вопросы психологии. – 1990. – № 1 – С. 28–32.
3. Выготский, Л. С. Проблемы развития психики / Л. С. Выготский. Собр. соч. Т. 3 – Москва : Педагогика, 1983. – 369 с.
4. Дубровина, Т. И. Формирование слухоречевой памяти в системе логопедической работы по преодолению общего недоразвития речи у дошкольников : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 19.00.04 / Т. И. Дубровина; ГОУ ВПО «Московский государственный гуманитарный университет им. М. А. Шолохова». – Москва, 2010. – 24 с.
5. Жукова, Н. С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников : книга для логопеда / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филочева. – Екатеринбург : АРТ ЛТД, 1998. – 320 с.
6. Истомина, З. М. Развитие произвольного запоминания у дошкольников : хрестоматия по возрастной и педагогической психологии / З. М. Истомина – ч. II. – Москва, 1981. – 250 с.
7. Коробченко, О. В. Психопрофилактика как системообразующий фактор деятельности педагога-психолога образовательного учреждения / О. В. Коробченко, И. В. Степаненко // Психология образования: проблемы и перспективы : сб. ст. матлов первой международной научно-практической конференции. – Москва, 2004. – С. 245–246.

8. Корпев, А. П. Профилактика дислексии и дисграфии. Первичная профилактика дислексии и дисграфии / А. П. Корпев // Логопедия: Методическое наследие : пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л. С. Волковой: в 5 кн. – Москва : ВЛАДОС, 2003. – кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия. – 304 с.
9. Лалаева, Р. И. Логопатопсихология / Р. И. Лалаева, С. Н. Шаховская : учебное пособие для студ. / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской. – Москва : Владос, 2011. – 317 с.
10. Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева. – Москва : Книголюб, 2008. – 160 с.
11. Маркелова, В. В. Метод моделирования в социальной психологии [Электронный ресурс] / В. В. Маркелова. – Режим доступа : psy.ispn.urfu.ru/disc/method_model.doc
12. Мастюкова, Е. М. О расстройствах памяти у детей с недоразвитием речи // Дефектология. – 1972. – № 5. – С. 12–17.
13. Мещеряков, Б. Г. Большой психологический словарь / Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко / 3-е изд., перераб. и дополн. – Москва, 2002. – 632 с.
14. Микадзе, Ю. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников в связи с неуспеваемостью в школе / Ю. В. Микадзе, Н. К. Корсакова. – Москва : ТОО «Интел-Тех», 1994 – 64 с.
15. Немов, Р. С. Психология : учеб. пособ. для студентов высш. пед. заведений. в 3 кн. / Р. С. Немов. – Москва : ВЛАДОС, 1995. – кн.3: Экспериментальная и педагогическая психология и психодиагностика. – 512 с.
16. Парцалис, Е. М. Перинатальные механизмы формирования школьной неуспеваемости / Е. М. Парцалис // Тезисы доклада конгресса российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. – Москва, 2006. – С. 174–176.
17. Пахальян, В. Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей / В. Э. Пахальян // Прикладная психология. – 2002. – № 5. – С. 25–27; № 6. – С. 30–32.

18. Пахальян, В. Э. Работа психолога при подготовке и проведении педагогического консилиума / В. Э. Пахальян // Вопросы психологии. – 1987. – № 3. – С. 102–107.

19. Психическое здоровье детей и психосоциальное развитие детей: Доклад комитета экспертов ВОЗ // Серия технических докладов № 613 – Всемирная организация здравоохранения. – Женева. – 1979. С. 16–37.

20. Психопрофилактика как системо-и-смыслообразующий компонент деятельности практического психолога образования / Т. Г. Харитоновна // Психология образования: проблемы и перспективы : сб. ст. Материалы первой международной научно-практической конференции. – Москва, 2004. – С. 294–295.

21. Харитоновна, Т. Г. Онтология, специфика и особенности организации психопрофилактики в деятельности практического психолога : автореф. дис. ... д-ра псих. наук : 19.00.07 / Т. Г. Харитоновна ; Нижегород. гос. арх.-строит. ун-т. – Н. Новгород, 2012. – 52 с.

22. Цветкова, Л. С. Речь и зрительный образ у детей с патологией речи / Л. С. Цветкова // Логопедия: Методическое наследие: в 5 кн. / под ред. Л. С. Волковой – Москва, 2003. – кн. III: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия. – С. 265 – 267

23. Шохор-Троцкая (Бурлакова), М. К. Стратегия и тактика восстановления речи / М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова). – Москва : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 432 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СЛОВО НАУЧНОГО РЕДАКТОРА	3
ВВЕДЕНИЕ	8
 ГЛАВА 1. Алмазова С. Л.	
Экспериментальное изучение уровня представлений о вопросах пола у детей: нормально развивающихся и с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) – обучающихся младших и старших классов.....	13
 ГЛАВА 2. Барышева А. В., Алмазова О. В.	
Место и роль работы специального психолога в комплексном сопровождении лиц подросткового и юношеского возраста с посттравматическим стрессовым расстройством	56
Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы комплексного сопровождения лиц подросткового и юношеского возраста с посттравматическим стрессовым расстройством	56
Часть 2. Практические аспекты решения проблемы комплексного сопровождения лиц подросткового и юношеского возраста с посттравматическим стрессовым расстройством	75

ГЛАВА 3. Батанина О. А., Алмазова О. В.

Профилактика эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях насилия	101
Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы профилактики эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста, воспитывающихся в условиях насилия.....	101
Часть 2. Практические аспекты решения проблемы профилактики эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в условиях насилия.....	120

ГЛАВА 4. Волгина Т. Л., Алмазова О. В.

Специфика выражения эмоциональных состояний детьми с ограниченными возможностями здоровья посредством просодической стороны речи	131
Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы специфики выражения эмоциональных состояний детьми с ограниченными возможностями здоровья посредством просодической стороны речи.....	131
Часть 2. Практические аспекты решения проблемы специфики выражения эмоциональных состояний посредством просодической стороны речи у детей с ограниченными возможностями здоровья (на примере детей с задержкой психического развития)	139

ГЛАВА 5. Додонова А. В., Алмазова О. В.

Психотерапевтические методы в оптимизации межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития **172**

Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы оптимизации межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития посредством психотерапевтических методов.... **172**

Часть 2. Практические аспекты решения проблемы оптимизации межличностных отношений детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития посредством психотерапевтических методов.... **182**

ГЛАВА 6. Костарева М. А., Алмазова О. В.

Психопрофилактика отклонений в становлении когнитивных процессов у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития..... **213**

Часть 1. Теоретические аспекты решения проблемы психопрофилактики отклонений в становлении когнитивных процессов у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития **213**

Часть 2. Практические аспекты решения проблемы психопрофилактики отклонений в становлении когнитивных процессов у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития **223**

Часть 3. Методические аспекты решения проблемы психопрофилактики отклонений в становлении когнитивных процессов у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого развития	232
--	------------

Коллективная монография

АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1 часть

Научный редактор О. В. Алмазова
Компьютерная верстка Ю. А. Мухиной

Подписано в печать 15.03.2016. Формат 60×84/16.
Бумага для множ. ап. Гарнитура «Arial». Печать на ризографе.
Уч.-изд. л. 9,3. Усл. п. л. 14,7. Тираж 500 экз. Заказ № 4669.

Тираж отпечатан в отделе множительной техники
Уральского государственного педагогического университета
620017, г. Екатеринбург, пр. Космонавтов, 26.