

Научное издание

СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ: ТРАДИЦИИ И ИННОВАЦИИ

*Материалы
II Международной научно-практической конференции*

г. Минск, 8–9 апреля 2010 г.

*Корректоры: Т.А. Белапко, И.А. Здоровикова, О.В. Юхновец
Техническое редактирование А.А. Покало
Компьютерная верстка И.И. Дроздовой*

Подписано в печать 23.03.10. Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура *Arial*.
Печать Riso. Усл. печ. л. 16,51. Уч.-изд. л. 27,9. Тираж 170 экз. Заказ *122*

Издатель и полиграфическое исполнение:
Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка».
ЛИ № 02330/0494368 от 16.03.09.
ЛП № 02330/0494171 от 03.04.09.
220050, Минск, Советская, 18.

Исследователи указывали, что с рождением ребенка с ОПФР в семье возникает длительная психотравмирующая ситуация. Родители испытывают беспокойство и неуверенность в том, что смогут оказать необходимую помощь своему ребенку [2]. Более того, многие из них переживают моменты безысходности и ощущения неэффективности всех тех педагогических и медицинских мероприятий, которые так или иначе подрывают психологическое и экономическое благополучие семьи. Среди психологических последствий воспитания «особого» ребенка для родителей разные исследователи называют: хронический острый стресс, депрессию, тревожность, пограничные психические расстройства, чувство вины, беспомощность, невозможность контролировать что-либо в собственной жизни, внутрисемейные конфликты, социальную изоляцию [1]. Сложность ситуации усугубляется тем, что «эффект в развитии», достижения ребенка подготавливаются длительно, постепенно, скрытно от внешнего наблюдения, и это ослабляет уверенность в том, что путь выбран правильно [6]. Осознание того, что их ребенок нуждается в особых условиях ухода и воспитания, происходит постепенно. Так, И.Ю. Левченко и О.Г. Приходько выделяют три стадии адаптации родителей к болезни ребенка: первая стадия – шока, агрессии и отрицания; вторая – скорби, третья – адаптации [5]. Многие исследователи считают, что большинство семей, воспитывающих детей с ОПФР, имеют характерные признаки:

- родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, усталость, напряжение, тревогу и неуверенность в отношении будущего ребенка;
- личностные проявления и поведение ребенка не отвечают ожиданиям родителей и, как следствие, вызывают у них раздражение, горечь, неудовлетворенность;
- семейные взаимоотношения нарушаются и искажаются;
- социальный статус семьи снижается;
- в семье возникает «особый психологический конфликт» как результат столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка [3].

При этом отмечается, что от принятия родителями информации о заболевании ребенка, выбора стиля и тактики его воспитания, стратегии поведения в проблемных ситуациях, адекватного восприятия заболевания на всех этапах развития ребенка и сохранения уважительного отношения между всеми членами семьи и будет зависеть конечный позитивный эффект коррекции нарушения, социализации ребенка [3]. Поэтому крайне важно помочь родителям преодолеть создавшуюся психотравмирующую ситуацию, чтобы сосредоточить усилия на комплексном процессе нормализации психофизического развития ребенка.

Анализ литературы подтверждает факт, что роль родительского отношения для психического и физического развития очень велика, однако вопрос о факторах и механизмах формирования родительского отношения и его влияния на развитие ребенка все еще остается недостаточно изученным. Особенно актуальной является эта проблема в контексте взаимодействия родителей с ребенком, имеющим нарушения в развитии. Результаты многих исследований, представленных в литературе, что неотреагированные и не всегда осознаваемые эмоциональные реакции родителей могут затруднять сотрудничество со специалистами, принятие ребенка, адаптацию к ситуации и успешность лечения и воспитания. К сожалению, выявляется противоречие между наличием хронической психотравмирующей ситуации, в которой находятся родители детей с ОПФР, и недостаточно развитой психологической поддержкой таких родителей: психологическая помощь им оказывается редко и часто как дополнение к работе с ребенком; отсутствует психологическое сопровождение таких семей и группы поддержки для родителей. Изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях детей с ОПФР, разработка программ психологической коррекции неадекватных отношений является одной из задач психологической службы специального образования [4]. Наше будущее

исследование представляет собой еще один шаг на пути понимания специфики родительского отношения к детям с особыми потребностями и оптимизации форм психологической помощи семьям детей с ОПФР.

Литература

1. Арчакова, Т.О. Семья с «особым» ребенком: в поисках позитивного восприятия / Т.О. Арчакова // PsyJournals.ru: портал психологических изданий [электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/articles/d6300.shtml>. – Дата доступа: 02.02.2010.
2. В фокусе – семья/ Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству SDC, Представительство Христианского детского фонда в Республике Беларусь. – Минск, 2009. – 39 с.
3. Корельская, Н.Г. «Особенная» семья – «особенный» ребенок / Н.Г. Корельская. – М., 2003. – 227 с.
4. Пастухова, Л.А. Детско-родительские отношения в семьях с детьми, имеющими недоразвитие интеллекта / Л.А. Пастухова. – Ярославль, 2006. – 23 с.
5. Психология семьи и больной ребенок / И.В. Добряков, О.В. Защиринская и др., 2007. – 399 с.
6. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования / Е.И. Артамонова, Е.В. Еюканова, Е.В. Зырянова и др. – М., 2002. – 190 с.
7. Хьелл, Л. Теория личности / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб, 2006. – 607 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТИПОВ АДАПТАЦИЙ К УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ У УЧАЩИХСЯ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

В.Ф. Черник

(Беларусь, Белорусский государственный педагогический университет
имени Максима Танка)

Учащиеся с особенностями психофизического развития (ОПФР) тяжело переносят воздействие школьной среды (комплекса педагогических, психологических, физиолого-гигиенических, экологических, социальных и других факторов), повышающих возбудимость и утомляемость нервной системы. Особенности их высшей нервной деятельности являются: иррадиация возбуждения, но его недостаточная концентрация в центральной нервной системе (ЦНС), что является одной из причин ослабленного внимания и неадекватного поведения, замедленного формирования при обучении и воспитании физиологических доминант. Поэтому по отношению к ним требуются бережное отношение, строгий учет физиолого-гигиенических принципов организации учебно-воспитательного процесса и др.

Адаптация детей с ОПФР к обучению и воспитанию зачастую нарушена, протекает длительно и тяжело. Поэтому целью работы явилось определение типов адаптации к учебно-воспитательному процессу у разных возрастных групп школьников с особенностями ОПФР, выявление уровней их умственной работоспособности в соответствии с программой вспомогательной школы как показателя адаптационного процесса, а также поиск путей коррекции нарушений и сбоев адаптации.

Для классификации адаптации к обучению используются физиолого-гигиенические и педагогические подходы. В соответствии с физиолого-гигиеническим подходом выделяют три основных типа адаптации ребенка к обучению [1–2]: физиологическая (компенсаторная); напряженная (подострая); патологическая (острая), а также декомпенсаторная со срывом адаптационных механизмов. Согласно педагогической классификации детские адаптации к учебно-воспитательному процессу подразделяются по степени тяжести на

адаптации легкой, средней и тяжелой степени [3]. При выявлении типов адаптации у детей с ОПФР учитывалась связь коррекционной педагогики с дисциплинами медико-биологического цикла (школьная гигиена, возрастная физиология, основы медицинских знаний), использовался междисциплинарный подход: отслеживались гигиенические параметры (выполнение ребенком гигиенических требований) и педагогические показатели (выполнение ребенком педагогических требований). В изучении адаптационного процесса были задействованы разные возрастные группы учащихся вспомогательных школ-интернатов для того, чтобы проследить зависимость типа адаптации от возраста школьника: первая – детского периода (9-летнего возраста) и вторая – подросткового периода (12–14-летнего возраста).

У детей 9-летнего возраста по медицинским картам отмечается умеренная умственная отсталость вследствие хромосомных нарушений, болезнь Дауна, врожденный порок сердца и другие нарушения. Это дети с неблагоприятным социальным анамнезом. Установлено, что в анализируемом коллективе (6 человек) у всех школьников наблюдалась *патологическая адаптация*. У них проявлялись депрессия, *неерозоподобные состояния*.

Во второй группе школьников с интеллектуальной недостаточностью (8 подростков 12–14 лет) диагностировали два типа адаптации. Среди них 6 подростков имели напряженную (подострую) адаптацию, или средней тяжести и у 2-х подростков, с более выраженной интеллектуальной недостаточностью, тип адаптации соответствовал патологической. В данном коллективе школьников преобладала напряженная (подострая) адаптация. Для сравнения: по данным гигиенических исследований патологическая адаптация у детей младшего школьного возраста общеобразовательных школ отмечалась в 12,5 % случаев [4].

Важным показателем адаптационного процесса школьников является *уровень умственной работоспособности*. Известно, что учащиеся с интеллектуальной недостаточностью имеют чаще слабый тип нервной системы, т. е. в ЦНС у них слабо проявляются как возбуждение, так и торможение. Поэтому у некоторых из них наблюдался низкий уровень работоспособности. При выполнении учениками заданий по программе вспомогательной школы (им необходимо было в словах вставить пропущенные буквы), преобладал средний уровень работоспособности. Его отмечали у 6 учащихся из 8, а у остальных – уровень работоспособности был низким, судя по объему и качеству выполненных заданий. Прослеживалась также следующая особенность: у детей общеобразовательных школ умственная работоспособность тесно связана с возрастом, т. е. повышается по мере взросления ребенка, а у учащихся вспомогательной школы такая зависимость часто не подтверждается, т. е. скорость и точность выполняемой работы от возраста не зависят ввиду наличия тяжелых множественных нарушений развития. Аналогичная закономерность наблюдается в отношении их адаптации к учебному процессу: патологическая адаптация у детей с ОПФР может длиться долго, иногда годами, независимо от возраста, особенно при попадании в новые условия воспитания. Она проявляется в виде неврозов, отказа от учебного процесса, неадекватного поведения и др., отчетливо выраженных вегетативных расстройств, фобий, астенодепрессивных и агрессивных состояний и т. д. Такие наблюдения подтвердились в процессе работы в реабилитационном лагере для детей с ОПФР, где среди 9 человек были разновозрастные дети (от 9 до 14 лет) с тяжелыми формами эпилепсии, с детским церебральным параличом, с болезнью Дауна, имеющие не только неблагоприятную наследственность, но и негативные социальные условия жизни.

Для коррекции патологического типа адаптации, во избежание психологических перегрузок, стрессов, неврозов рекомендуется: приобщать ребенка к взаимодействию с детьми и взрослыми; организовать щадящий режим; индивидуально подходить к длительности сна, приему пищи, к участию в образовательном процессе; оформить карту

адаптации на каждого учащегося, где ежедневно отмечать особенности поведения, результаты выполнения гигиенических и педагогических требований. Среди мероприятий, направленных на коррекцию адаптационных возможностей, целесообразно проведение оздоровительного комплекса, включающего общеукрепляющие, адаптогенные и противовоспалительные природные средства.

Литература

1. Тонкова-Ямпольская, Р.В. Основы медицинских знаний: учеб. пособие / Р.В. Тонкова-Ямпольская. – М., 1981.
2. Радыгина, В.В. Валеология с основами антропологии: учеб.-метод. пособие / В.В. Радыгина, Т.Л. Гурбо. – Минск: БГПУ, 2004.
3. Терехина, О.А. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка в период адаптации к дошкольному учреждению / О.А. Терехина, О.С. Богословская. – Мозырь, 2006.
4. Черник, В.Ф. Медико-гигиенические аспекты обучения и воспитания школьников: учеб.-метод. пособие / В.Ф. Черник. – Минск: БГПУ, 2008.

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ УЧАЩИХСЯ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Н.С. Шаринец

(Беларусь, Мозырский государственный педагогический университет
имени И.П. Шамякина)

Современный процесс совершенствования содержания специального образования в Республике Беларусь идет на основе реализации компетентностного подхода [1]. Реализация данного подхода особенно актуальна в образовательном процессе детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Такому ребенку требуется постоянная, интенсивная поддержка в более чем одной жизненно важной деятельности (самообслуживание, коммуникация, передвижение, предметная деятельность и др.) для успешного функционирования в окружающем мире [3]. Для детей данной категории наиболее значимыми является овладение умениями и навыками, необходимыми в повседневной жизни.

В данном контексте особую актуальность приобретает проблема формирования *социальной компетенции* детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, составным звеном которой условно определяется *социально-бытовая* [1].

Цель нашего исследования – разработка и обоснование методики формирования социально-бытовой компетенции детей с тяжелыми и множественными нарушениями, основанной на принципах индивидуализации и дифференциации, работа по которой стала бы предпосылкой для расширения их возможностей и улучшения качества жизни.

В ходе констатирующего эксперимента обследованы 35 учащихся центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации г. Мозыря и г. Калинковичи (Гомельской области). По результатам изучения оценочных листов проведен подробный качественный анализ состояния социально-бытовой компетенции каждого ребенка.

Понятие «социально-бытовая компетенция» включает три компонента: *социальный* – взаимодействие с окружающими людьми, *личностный* – познание себя и умение воспроизводить значимую информацию о себе, *бытовой* – осуществление практической деятельности в быту [2].

Для оценки уровня сформированности социально-бытовой компетенции учащихся с тяжелыми и множественными нарушениями развития нами были разработаны *оценочные листы*, которые предназначены для использования учителями-дефектологами в рамках текущей диагностики умений ребенка.