

УДК 159.942

ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ДЦП КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

О. В. Чернова, Е. Л. Питанова

Одной из самых тревожных тенденций конца XX века стало неуклонно увеличивающееся число детей с ограниченными возможностями. Проблема их инвалидизации является актуальной, требует безотлагательных мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья детей, качества психолого-педагогических и медицинских мер, обеспечивающих адекватную социальную адаптацию детей с ограниченными возможностями [3].

Детский церебральный паралич (ДЦП) – тяжелое заболевание нервной системы различного этиопатогенеза, проявляющееся нарушением полноценной физической и умственной деятельности ребенка. В настоящее время ДЦП рассматривается как заболевание, возникшее в результате поражения мозга, перенесенного впренатальном периоде или в периоде незавершенного процесса формирования структур мозга, что приводит к сложным неврологическим нарушениям [7].

«Частота детского церебрального паралича у детей в последние годы постепенно нарастает и составляет в индустриальных странах 2,5 – 5,9 на 1000 детей. В нашей стране ДЦП обнаруживается ежегодно у 20 – 30 тысяч детей. ДЦП является одной из главных причин детской инвалидности» [21, с. 44].

Двигательные нарушения у больных с ДЦП, как правило, сочетаются с аномальным развитием психики, которое включает в себя нарушения формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности [9].

«Спектр эмоциональных нарушений у детей и подростков с ДЦП чрезвычайно велик. Это могут быть неврозоподобные нарушения и психопатоподобные нарушения на фоне органического поражения ЦНС. Также у детей могут наблюдаться эмоциональные расстройства в связи с наличием физического дефекта, воспитанием по типу гиперопеки или ранней социальной и психической депривации» [25, с. 200].

В 60-80 гг. XX века появились работы, посвященные изучению познавательных процессов и речи у детей с церебральным параличом. Можно перечислить ряд ученых, которые занимались этой проблемой: Е. М. Мастюкова, И. И. Мамайчук, Э. С. Калижнюк, М. В. Ипполитова. Понимание сущности социально-реабилитационной работы базируется на теоретических положениях известных ученых: Б. Г. Ананьев, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. В. Лuria и др. [1, 2].

Цель работы – изучение наиболее эффективных методов социально-педагогической работы с ребенком, страдающим ДЦП, по развитию у него эмоционально-волевой сферы и составление программы, направленной на смягчение уровня эмоционального дискомфорта.

При ДЦП нарушается формирование личности ребенка. Методологической основой изучения личности детей с психическим дизонтогенезом является концепция Л. С. Выготского (1956) о сущности дефективности, в которой подчеркивается, что огромную роль в развитии личности аномального ребенка играют социальная среда и общество. Физический недостаток сам по себе не делает ребенка дефективным, но, изменяя социальную позицию личности, приводит к появлению особых черт в его поведении и характере. Для изучения влияния дефекта на личность аномального ребенка важными являются положения Л. С. Выготского о сложной структуре дефекта, в которой он выделял первичные особенности организма и вторичные новообразования.

В. Н. Мясищев (1960) подчеркивал, что к первичным особенностям относятся динамические свойства личности, обусловленные свойствами нервной системы и особенностями заболевания. На основе первичных симптомов возникают вторичные особенности в форме различных характерологических сдвигов. Возникновение вторичных особенностей личности больного ребенка может быть вызвано рядом причин, к которым относятся переживания по поводу физического дефекта, условия воспитания, характер отношений в семье ребенка. Все это приводит к нарушению системы отношений ребенка, и если он не приобретает в ходе развития способности адекватно разрешать встающие перед ним проблемы, то это может привести к нарушению социальной адаптации (11).

Среди механизмов патологического формирования личности у лиц с физическими нарушениями ведущая роль принадлежит реакции личности на осознание физической неполноценности. Негативное влияние на развитие личности оказывают также такие факторы, как ранняя социальная депривация, а также неправильное воспитание и своеобразное отношение окружающих к ребенку с ограниченными возможностями. Все это обуславливает незрелость эмоционально-волевой сферы, эгоцентризм, повышенную внушаемость у такого ребенка.

«Важное значение в развитии личности при ДЦП придается формированию эмоционально-волевой активности. Негативное влияние органического поражения ЦНС в значительной степени определяет особенности личностного реагирования ребенка на физический дефект как пассивно-оборонительное или агрессивно-защитное» [23, с. 140].

«Частая госпитализация детей приводит к ранней психической и социальной депривации. Основным стилем семейного воспитания ребенка с ДЦП является гиперпротекция, которая негативно влияет на формирование социальной адекватности

его поведения, поскольку, чем выше уровень гиперпротекции, тем ниже уровень социальной адекватности поведения ребенка» [12, с. 69].

Для выявления отклонений в развитии личности ребенка с церебральным параличом необходим комплексный психолого-медицинско-педагогический анализ ее особенностей.

Нарушение личности при ДЦП чаще всего встречается по типу психического инфантилизма. Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у детей с церебральным параличом.

Первый невропатический вариант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии, при котором дети с ДЦП отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемостью с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно бывают чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе, у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусивости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации. «Аффект неадекватности» при невропатическом варианте проявляется в различных формах. Одной из форм являются реакции протеста, которые представляют собой преходящие расстройства поведения, возникающие на основе аффективных переживаний.

При невропатическом варианте психического инфантилизма у детей с ДЦП преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (22).

Наиболее частым проявлением пассивного протеста учащихся с ДЦП может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя (11).

Второй вариант осложненного психического инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушениями внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается повышенной раздражительностью, характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной психической утомляемостью, быстрым истощением активного внимания.

Третий вариант психического инфантилизма относится к так называемому органическому инфантилизму.

В основе органического инфантилизма – сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности,

проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможены, благодушны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков (22).

«Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детской», повышенной внушаемостью, наивностью суждений, для этих детей характерны склонность к «расторможению» влечений, недостаточная самокритичность; импульсивность сочетается у них с проявлением инертности» [9, с. 56]. Эмоциональная сфера личности формируется на протяжении детства. С эмоциональным развитием ребенка неразрывно связано все формирование его личности, поведения, общения.

Содержание эмоциональной сферы составляют эмоции, чувства и настроения. У детей с церебральным параличом наблюдается задержка в развитии эмоциональных реакций. У них не выражен комплекс оживления при появлении матери, на ее голос или улыбку. Матери обращали внимание, что дети не отличают их от других взрослых. Кроме того, у этих младенцев наблюдаются негативные эмоциональные проявления: частый плач или смех без соответствующей внешней стимуляции. Позитивных эмоциональных реакций не вызывают и предметы. Нарушение эмоциональных реакций, особенно на близкие и знакомые предметы, является важным прогностическим показателем наличия у ребенка отставания в психическом развитии (6).

Независимо от степени двигательных дефектов, у детей с ДЦП встречаются нарушения эмоционально-волевой сферы. Они проявляются в повышенной возбудимости ребенка, в чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям и пугливости. У одних детей отмечается беспокойство, суетливость, расторможенность, у других, напротив, – вялость, пассивность, безынициативность и двигательная заторможенность (15).

Для большинства детей с ДЦП характерно наличие страхов, возникающих при простых тактильных раздражениях (например в ходе массажа), при изменении положения тела и окружающей обстановки. У некоторых детей отмечается боязнь высоты, закрытых дверей, темноты, новых предметов. Страх вызывает резкие изменения в общем состоянии ребенка (17).

«Наиболее часто страхи возникают у тех школьников, у которых ДЦП сочетается с проявлениями психического инфантилизма, особенно с тревожно-мнительными чертами характера» [5, с. 35].

Дети с церебральным параличом растут пугливыми, нерешительными и неуверенными в себе, они теряются в новых условиях. В школе такие дети тревожны, испытывают страх перед устным ответом, нередко у них возникает заикание или появляются насилиственные движения. Они ничем

не увлекаются, все свободное время тратят на приготовление уроков, стремятся заучить заданное наизусть. Все это препятствует развитию их интеллекта.

В школьном возрасте у таких детей нередко появляется страх за свое здоровье. Чаще это отмечается у детей, которые воспитываются в семье, где все внимание сосредоточено на болезни. В доме говорят только о болезни, малейшее изменение в состоянии ребенка вызывает у родителей не только тревогу, но и панику. В его присутствии ведут разговоры о болезнях близких. Все это приводит к тому, что ребенок сосредоточивает внимание на своей болезни, на собственных болезненных ощущениях. Правильное воспитание в семье может предупредить подобное состояние.

Психодиагностика эмоциональной сферы у детей и подростков с ДЦП при нормальном интеллекте выявляет высокие показатели эмоциональной нестабильности, что свидетельствует о неуравновешенности, эмоциональной неустойчивости, легкой возбудимости, повышенной лабильности у больных детей.

У детей с ДЦП отмечается высокий уровень тревожности как характерологический признак и главный индикатор нарушений в эмоциональной сфере. Известно, что уровень тревожности существенно зависит от обстоятельств, однако каждый человек имеет свой личностный уровень тревожности. У детей с ДЦП высокий уровень тревожности обусловлен рядом патогенных факторов: церебрально-органическая недостаточность, частая госпитализация, переживания по поводу физической недостаточности.

У детей с ДЦП наблюдается недостаточность интеллектуального контроля над поведением. Высокая эмотивность поведения проявляется в неустойчивости поведения во фruстрационных ситуациях, в сниженной способности решать возникающие задачи. Снижение эмоциональной вовлеченности в ситуацию является индикатором формирования у ребенка более адекватного поведения.

Особенностью личностного профиля детей с ДЦП может быть эмоционально-волевая неустойчивость. Это проявляется в высокой степени фрустрированности и тревожности личности, в нестабильности нервных процессов. Имеются такие стойкие характерологические особенности, как повышенная зависимость от окружающих, неактивность, социальная робость, чувствительность.

Изучение фрустрированных реакций у детей с церебральным параличом показало наличие у них большого числа безобвинительных реакций, т. е. восприятие ими ситуации как чего-то фатального, неизбежного. Такую направленность реакций больных детей можно рассматривать как своеобразную психологическую защиту – уход от конфликта. Повышенная фиксация на имеющихся препятствиях, на трудностях нахождения оптимального, рационального выхода из конфликта, их внутренняя беспомощность, неспособность самостоятельно справиться с жизненными трудностями,

пассивность, несамостоятельность в разрешении конфликта – характерны для больных с ДЦП.

У больных с ДЦП особенности реакций фрустрации связаны с эмоционально-волевыми характеристиками личности, а именно – с эмоциональной неустойчивостью, тревожностью, недостаточной общительностью. Все это снижает социальную адекватность их поведения (23).

Процесс воспитания в семьях детей с ДЦП нарушается преимущественно по типу повторствующей гиперпротекции (у 75 % родителей) в сочетании с недостатком требований и запретов, минимальностью санкций.

Причинами негармоничного воспитания в семьях детей с ДЦП стали следующие факторы:

- воспитательная неуверенность родителей (95 %);
- страх за здоровье ребенка (боязнь утраты ребенка 60 %);
- повышенный уровень тревожности у родителей (60 %);
- эмоциональное отвержение ребенка (30 %);
- чувство вины (60 %);
- выраженные тенденции к симбиотическим связям в диадах мать-дитя (70 %) и отец-дитя (20 %).

С возрастом у детей с ДЦП значимость эмоционально-волевых компонентов личности увеличивается. Преобладание безобвинительных и препятственно-доминантных реакций на фрустрацию указывает на неадекватные способы психологической защиты, что проявляется в уходе от конфликта с целью уменьшения эмоционального дискомфорта. Такие защитные реакции являются иррациональными и в значительной степени негативно отражаются на особенностях поведения больного ребенка.

Рассмотрим методы развития и коррекции эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП.

Основные цели эмоционального развития заключаются в изменении соотношения интеллектуальных и аффективных побуждений, формирования навыков социального взаимодействия, развитии способности сопереживания. Несмотря на то, что эмоциональная палитра детства ярче и шире, в юном возрасте отмечается незрелость, неустойчивость эмоций. Специальные исследования показывают, что для детей с особенностями психофизического развития характерны бедность, неадекватность эмоциональных реакций реальным раздражителям как в количественном, так и в качественном отношении, трудности в формировании так называемых высших чувств. Эти сложности во многом объясняются слабостью регуляции чувств интеллектом. Эмоциональные переживания дают толчок к размышлению (16).

Своебразие в развитии структуры эмоциональной сферы детей может существенно влиять на особенности их сознания и поведения. Состояния дисфункции отдельных уровней меняют тип организации всей эмоциональной сферы и могут привести к различного вида дезадаптации ребенка.

Возникновение эмоциональных проблем следует предупреждать, заниматься их профилактикой (20). Задачи развития и коррекции эмоционально-волевой сферы следующие:

- развитие понимания эмоционального смысла происходящего;
- развитие формы эмоционального поведения;
- знакомство со способами и приемами проявления и понимания эмоций, чувств в тех формах, которые приняты в обществе;
- привлечение внимания ребенка к самому себе и окружающим;
- формирование умения различать и воспроизводить экспрессию эмоций, проявлять эмпатию;
- обучение пониманию причин переживания и возможных последствий эмоциональных состояний, вычленению эмоционально окрашенной детали или ситуации в целом, описанию эмоциональных проявлений;
- расширение запаса слов, употребляемых для характеристики чувств (27).

Широкие возможности для коррекции эмоций предоставляют игры (манипулятивные, дидактические, подвижные, сюжетно-ролевые). Игровая форма занятий позволяет создать в процессе взаимодействия с детьми комфортную эмоциональную атмосферу. С первых занятий ребята с интересом включаются в самостоятельную работу, учатся анализировать и оценивать результаты своей деятельности, отмечают успехи и исправляют недостатки, приобретают чувство уверенности в себе, повышают свою самооценку, развивают мышление, речь, память и внимание.

В работе с детьми можно использовать 6 методов организации игровой деятельности, предложенные С. А. Шмаковым:

1. Метод игрового тренинга. К нему относятся такие игры, как «Съедобное – несъедобное», «Паровоз», «Ниточка – иголочка» и др.

2. Метод театрализации. Он основан на бесконечном множестве сюжетов и социальных ролей. Игра «У медведя во бору» является примером этого метода. Сюда же можно отнести и все инсценировки различных сказок, рассказов и т. п.

3. Метод состязательности. С этим методом связаны все задания, в которых происходит деление на группы. Лозунг этого метода: «Кто вперед?»

4. Метод равноправного духовного контакта. Он основан на совместной равноправной деятельности взрослых и детей, когда в процессе работы происходит совместное придумывание чего-либо.

5. Метод воспитывающих ситуаций, т. е. ситуаций организованного успеха, доверия и т. п.

6. Метод импровизации. Он выводит детей на практическую предприимчивость и базируется на синдроме подражания с привнесением своего творческого начала (28).

Игра создает особые условия для изучения детей с нарушениями в развитии. Она помогает преодолеть страх, неуверенность, беспокойство.

«Важно не только называть, но и научиться воспроизводить эмоциональные состояния голосом, мимикой, жестами, пантомимикой. Имитация их детьми имеет психопрофилактический характер. Активные мимические и пантомимические проявления чувств помогают предотвращать перерастание некоторых эмоций в патологию» [8, с. 175].

Сказкотерапия оказывает колоссальное корректирующее воздействие на эмоциональную сферу детей. Сказка учит детей переживать, радоваться, сочувствовать, грустить, побуждает к речевому контакту. Ее значение расширяется до понятия «социальная адаптация», она играет важную роль в коррекции и компенсации грубых аномалий развития, в подготовке детей с «особыми нуждами» к жизни и труду, положительно влияет на восприятие детей, вызывает у них положительные эмоции: радость, смех. Сказка повышает речевую активность, оказывает большое влияние на поведение ребенка, успокаивает его, настраивает на хороший лад, положительно влияет на развитие мимики лица детей с ДЦП. Сказки побуждают детей к смене мимических состояний лица: дети улыбаются, грустят, нахмуривают брови (18).

В практике психокоррекции эмоциональных состояний широко используется арттерапия – различные виды искусства: музыка, литература, живопись, театр (13). Детское творчество создает широкие возможности для выражения негативных эмоциональных состояний (страха, обиды, агрессии) в социально приемлемой форме. Поделки по заданной теме (например «Злость», «Мои опасения») не оценивались по критериям аккуратности и эстетичности. При их выполнении снижается мышечное напряжение в руках и интенсивность гиперкинезов, а дети получали удовольствие от тактильного контакта с теплым песком, пластичным тестом, бумагой различной фактуры, водой и гуашью, с восковыми мелками.

Широко используется проективное рисование и лепка из теста, песка и фольги по темам: «Радость», «Обида», «Испуг», «Что мне снится страшное?», «Мой страх как несуществующее животное?» (13).

Арттерапия включает в себя также лепку из пластилина, глины или теста. Применение арттерапевтических методов незаменимо в случаях нарушений эмоционально-волевой сферы, несформированности навыков общения, а также при низком уровне развития мотивации к деятельности (14).

Музыкальная терапия используется в психотерапевтических целях для лечения нервно-психических, соматических заболеваний, развития творческого воображения и фантазии, коммуникативных навыков, снятия повышенного мышечного тонуса, релаксации. Ландшафтотерапия – влияние пейзажей, отдельных растений, деревьев, птиц на душевное состояние человека. Это воздействие может быть разным: полезно раздражающим созидающего характера; полезно возбуждающим, активным, способствующим бодрости и оптимиз-

му, полезно-щадящим, малоактивным, вызывающим мечтательность и самоуглубленность; полезно-тормозящим, малоактивным, создающим покой. Эффект цветовой гаммы природы (составление букетов, представление любимого цветового фона, воспроизведение памятного объекта природы), фитотерапия также относится к средствам эмоционального развития (19).

Монтессори-терапия, коррекционно-развивающие занятия проводятся с детьми с 3-летнего возраста. Специальные кабинеты оснащены дидактическим материалом, который создает подготовительную среду, можно представить в виде нескольких крупных разделов: упражнения в повседневной жизни; развитие чувств (сенсорное развитие); развитие математических способностей; развитие речи.

Занятия проводятся индивидуально и маленькими группами. Многие упражнения взяты из повседневной жизни. Использование Монтессори-педагогики дает возможность выполнить одну из основных задач в воспитании и обучении детей с ограниченными возможностями – их социальную адаптацию (26).

В качестве обязательных упражнений в системе психокоррекционных занятий с детьми с ДЦП использовались:

- упражнения на мышечную релаксацию с использованием специально подобранный музыки (серии «Наедине с природой», «Волшебные голоса природы», «Звуки моря») снимают эмоциональное возбуждение, нормализуют мышечный тонус;

- дыхательная гимнастика – действует успокаивающе на нервную систему, способствует ритмизации дыхания и речи, снимает голосовые зажимы;

- мимическая гимнастика – снимает общее напряжение, устраняет гипомимию;

- интонационная гимнастика (повторение одних и тех же слов, предложений и потешек с различной интонацией) – способствует формированию выразительной речи и помогает детям выражать тревогу, обиду, агрессию в социально приемлемой форме;

- элементы логоритмики – способствуют темпоритмической организации движений и развивают выразительность речи;

- само- и взаимомассаж с использованием лечебных резиновых игрушек, щеток, пуховок, не мелких круп (горох, фасоль), игры «Отгадай, прикосновение», «Найди игрушку в крупе» – снимает мышечное напряжение, улучшает тактильное восприятие, обогащает жестикуляцию.

Определили необходимые условия проведения коррекционно-развивающих занятий:

- учет психофизиологических возможностей детей;
- соблюдение охранительного двигательного режима;
- стимуляция двигательной активности;

- преодоление мышечных и голосовых зажимов;
- обогащение пластики движений и мимического рисунка;
- создание полисенсорной основы формирования у детей представлений о различных эмоциональных состояниях;
- параллельное проведение индивидуальных и групповых занятий на начальных этапах работы с детьми;
- привлечение музыкального руководителя и педагога дополнительного образования на психокоррекционные занятия.

Одновременно с занятиями в детских группах следует более близко познакомиться с проблемами семьи ребенка и провести с родителями несколько индивидуальных консультаций и бесед. На данном направлении работы эффективными оказываются такие приемы, как составление семейного паспорта страха, рисование своей семьи в образе зверей, предметов мебели, выполнение скульптуры семьи из фольги. По мере преодоления острых негативных переживаний у родителей и детей, сокращение эмоциональной дистанции и снижения общего напряжения возникают предпосылки для проведения детско-родительских игровых занятий [4, с. 95].

Итогом психокоррекционной работы должны стать изменения в содержании и структуре эмоциональной сферы личности, овладение ребенком приемами эмоциональной саморегуляции. При коррекции эмоционально-волевой сферы следует помнить, что есть дети-оптимисты и дети-пессимисты, и что многое у ребенка зависит от настроения. Однако настроения не появляются и не исчезают в один момент, они накапливаются. Корректировать их достаточно сложно, но возможно – через повышение психической активности. О своих эмоциях можно и нужно сообщать ребенку, но только в форме «Я-сообщения». «Ты-сообщением» добиться успеха очень сложно. Однако следует начинать высказывание в первой форме, а заканчивать во второй. Например: «Мне не нравится, что ты оставляешь после умывания грязную раковину. Возможно ли увидеть ее когда-нибудь чистой?».

«Эмоции не развиваются сами по себе, но их развитие можно стимулировать опосредованно, косвенно направлять и регулировать через деятельность, в которой они возникают и проявляются. Говорят, эмоции и чувства преподаются не методами и приемами, а человеком. Логично предположить, что так же, как необходимо «каждый день по капле выдавливать из себя раба», следует по капле наполнять свое эмоциональное состояние» [2, с. 178].

Практическая организация работы по развитию и коррекции эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП осуществлялась на базе центра реабилитации детей и подростков «Фламинго».

Цель: определение уровня развития эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП и смягчение

эмоционального дискомфорта, свойственного таким детям.

Задачи:

1. Определить уровень сформированности качеств эмоционально-волевой сферы у детей с диагнозом ДЦП.

2. Выявить уровень развития невербальных средств эмоциональной экспрессии.

3. Предложить и реализовать психолого-педагогическую программу, направленную на коррекцию эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП.

4. Провести повторную диагностику эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП.

5. Проанализировать результаты проведенной коррекционной работы

Ежедневно проходят реабилитацию 90 детей. Для них работают взаимосвязанные отделения: диагностики и разработки программ социальной реабилитации; медико-социальной реабилитации; психолого-педагогической помощи; социально-трудовой реабилитации; дневного пребывания; стационар.

В последнее время во «Фламинго» активно внедряются передовые реабилитационные технологии. Центр оснащается современным оборудованием – открыты кабинеты механотерапии (своеобразный тренажерный зал), игровые комнаты – с сухим бассейном и бильярдом. Огромное внимание уделяется обучающим программам, например: по методике «Монтессори» детей учат навыкам самообслуживания – как почистить зубы, причесаться, подогреть себе еду. Столы же активно специалисты центра работают и с родителями, очень часто им необходима не только консультационная, но и психологическая помощь. Ежедневно детям оказывается квалифицированная медико-социальная, социально-педагогическая и психологическая помощь, созданы условия для обеспечения максимально полной и своевременной адаптации к жизни в обществе, обучению к труду, восстановлению социального статуса семьи, воспитывающей ребенка-инвалида.

Для эффективного проведения реабилитации, использования новых форм работы и инновационных технологий в течение 10 лет в Центре открыты отделения дневного пребывания, социально-трудовой реабилитации и стационар. С 2003 года начали работу кабинеты физиолечения, социально-бытовой реабилитации, а также компьютерный класс. В 2004 г. открыт кабинет разработки верхних и нижних конечностей, в октябре, в рамках Губернаторской программы «День шахтера – 2005 в г. Кемерово», приобретен автобус для обслуживания детей, страдающих тяжелыми формами заболеваний. В 2005 году открыт кабинет адаптивной физической культуры и спорта, создан и работает «Родительский клуб», проводятся занятия и семинары по повышению профессионального мастерства специалистов. В течение 2001 – 2004 гг. получено комплексное реабилитационное оборудование: аппарат Гросса, позиционеры, оборудова-

ние для физиокабинета, компьютерный класс и многое другое. Любой курс лечения ребенка с ограниченными возможностями абсолютно бесплатен для его семьи.

Экспериментальной группой выступают дети с диагнозом «Детский церебральный паралич» в количестве 12 человек. Возраст детей варьирует от 6 до 10 лет. Такой большой диапазон объясняется тем, что, во-первых, многие дети отстают в психическом развитии; во-вторых, в зависимости от характера поражения нервной системы, ребенок 6 лет может быть лучше развит, чем другой ребенок 10 лет. Среди них 5 девочек и 7 мальчиков. Диагноз ДЦП легкой степени у 5 детей, ДЦП средней степени у 7 детей, у всех наблюдается задержка психического развития, у 8 детей задержка психоречевого развития.

Для реализации поставленной практической цели и ее задач использовались диагностические методики и методы:

- 1) шкала уровней сформированности эмоционально-волевой сферы;
- 2) методика «Одно движение руки»;
- 3) метод наблюдения; 4) метод беседы.

Задачи коррекционной работы могут быть поставлены правильно только на основе полной диагностики и оценки прогноза ближайшего развития, провели диагностическое обследование на основе методик, которые соответствуют жалобам родителей и наблюдаемым трудностям ребенка.

На первичном этапе определяли уровень сформированности некоторых качеств эмоционально-волевой сферы у детей. Для этого использовали шкалу уровней сформированности отдельных качеств эмоционально-волевой сферы. Шкала была разработана совместно с социальным педагогом. В основе этой шкалы лежат 8 качеств эмоционально-волевой сферы – тревожность, агрессивность, замкнутость, страх, печаль, ригидность, безответственность, импульсивность. Каждое из этих качеств можно отнести к 1, 2, 3 или 4 уровню сформированности у ребенка. 1 уровень – норма, 2 уровень – незначительное отклонение от нормы, 3 уровень – более выраженное отклонение от нормы, 4 уровень – тяжелое отклонение от нормы.

В течение наблюдения за ребенком для диагностики учитывали следующие параметры проявления эмоциональных реакций:

1. Возбудимость – как быстро раздражитель вызывает эмоциональную реакцию, соответствует или не соответствует эмоциональная реакция раздражителю.

2. Интенсивность. Следует отметить три ступени, обычные для ребенка, интенсивности его эмоциональных реакций: слабую, среднюю и сильную. Переходит или не переходит эмоциональное поведение ребенка в аффект и как часто. Если переходит, то его преобладающий тип по механизму, а не по содержанию – непродолжительный и бурный, длительный с ритмично повторяющимися приступами и т. п.

3. Устойчивость. Следует указать на обычную продолжительность раз возникшего эмоционального поведения ребенка, поставив ее в связь с интенсивностью этого поведения.

4. Отражение эмоциональных реакций на соматическом поведении ребенка (Побледнение. Покраснение. Смех. Перемена голоса. Плач. Сердцебиение. Изменение дыхания. Потение. Дрожание конечностей). Характер пантомимы, мимики и жестикulationи в смысле их оживленности и наоборот.

5. Влияние эмоциональных реакций на общее поведение ребенка. Следует отметить перемены под влиянием эмоциональных реакций в работе анализаторов, в процессах суждения, совершении тех или иных поступков и т. п. Также следует указать на длительное и устойчивое изменение поведения под определенным воздействием эмоциональных переживаний. Сексуальное поведение, асоциальное поведение и т. п.

Ход работы: на первом этапе работы происходит знакомство с ребенком и его родителями. В ходе беседы и одновременного наблюдения за ребенком необходимо выяснить, каков объем знаний, которым обладает ребенок, уровень развития речи, моторики, способность оценивать происходящее вокруг и реагировать на него, некоторые черты характера ребенка, на которые нужно обратить особое внимание. Нужно выявить проблемы в воспитании ребенка. По результатам проведенной работы заполняем бланки на каждого ребенка.

Второй задачей первого этапа явилось выявление уровня развития невербальных средств эмоциональной экспрессии, что позволяет оценить умение детей понимать и использовать выразительные жесты. Для этого мы использовали методику «Одно движение руки».

Ход работы: испытуемого просят выразить движением руки дружеское расположение, гнев, страх, недовольство, радость. Затем ребенку предлагается определить эмоциональное значение различных жестов (погрозить пальчиком, показать кулак, протянуть руку для рукопожатия, помахать в знак приветствия, указать пальцем на дверь, показать большой палец, сделать отстраняющий жест раскрытой ладонью). Особенности поведения и высказывания испытуемого заносят в протокол.

Анализ диагностических методик

На первом этапе исследования определяли уровни сформированности эмоционально-волевой сферы у детей. Для этого использовали шкалу уровней сформированности качеств эмоционально-волевой сферы. Первой задачей было выявить уровень тревожности. Результаты первичного этапа исследования показаны на рис. 1.

Из рисунка видно, что у 5 детей 2 уровень сформированности тревожности, это говорит об имеющемся отклонении от нормы. Этим детям присуща ситуативная тревожность, что может быть вызвано неуверенностью в себе, в своих силах. У 4 детей 3 уровень, что говорит о более выраженном уровне проявления тревожности, что выражается в суетливости ребенка, его растерянности, в слабом

желании идти на контакт. У 3 детей определился 4 уровень – высокая степень тревожности, что может проявляться в постоянном напряжении, скованности ребенка, преобладании «безобъективных» форм тревоги, не связанных с конкретным источником опасности

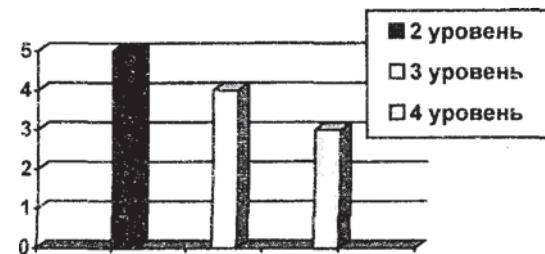


Рис. 1. Результаты сформированности тревожности

Второй задачей является выявление уровня агрессивности. Результаты показаны на рис. 2, на котором видно, что у 3 детей 1 уровень сформированности агрессивности, это является нормой и проявляется в миролюбии ребенка. У 6 детей 2 уровень, что говорит о незначительном отклонении от нормы и проявляется в демонстративном отказе от общения, от игры. У 3 детей – 3 уровень, что говорит о более выраженном отклонении от нормы и может проявляться в демонстрации таких признаков агрессивности, как гнев, враждебность, ненависть.

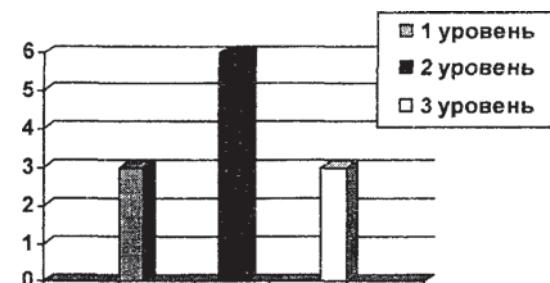


Рис. 2. Результаты сформированности агрессивности

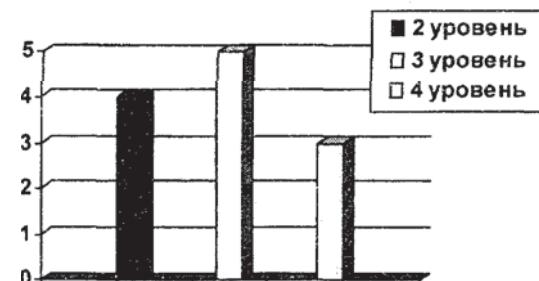


Рис. 3. Результаты сформированности замкнутости

Третьей задачей является выявление уровня сформированности замкнутости. Результаты показаны на рис. 3. На рисунке показано, что у 4 детей 2 уровень сформированности замкнутости, что проявляется в нежелании ребенка общаться с воспитателями, с детьми, принимать участие в играх, но это нежелание либо сиюминутно, либо связано с настроением ребенка.

У 5 детей виден 3 уровень. Характеризуется выраженным и четким нежеланием устанавливать положительные взаимоотношения с окружающими ребенка людьми, ребенок является скрытым. У 3 детей 4 уровень сформированности замкнутости, что говорит об отсутствии навыков общения. Ребенок категорически отказывается идти на контакт, игнорирует действия и слова педагога.

Следующей задачей является выявление уровня страха у детей с ДЦП. Полученные результаты показаны на рис. 4.

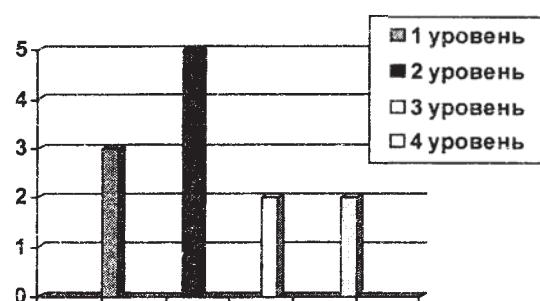


Рис. 4. Результаты сформированности страха

У 3 детей 1 уровень сформированности страха, что является нормой. Небольшие проявления страха, когда ребенок чего-либо пугается или боится. У 5 детей 2 уровень сформированности страха – это говорит о незначительном отклонении от нормы, то есть чувство страха может овладеть ребенком на более длинный период и его проявление будет более четким. У 2 детей выявили 3 уровень сформированности страха – это более выраженное отклонение от нормы. Страхи у этих детей отличаются устойчивостью и высокой интенсивностью переживания.

Наряду с возрастными страхами (темноты, хищных животных, сказочных персонажей), наблюдалась фиксация таких страхов, как боязнь передвижения и пространственные страхи, медицинские страхи, неожиданные звуки и прикосновения. У 2 детей 4 уровень сформированности страха – это тяжелое отклонение от нормы. Дети боятся любой незнакомой обстановки: при встрече с незнакомым ребенок начинает паниковать, страх проявляется в опасении, боязни, испуге и даже ужасе.

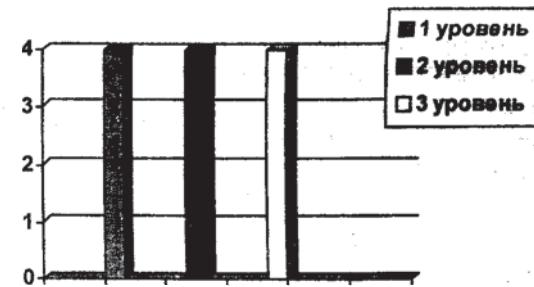


Рис. 5. Результаты сформированности печали

Из рисунка видно, что у 4 детей 1 уровень сформированности печали – это норма. Ребенок в соответствующих ситуациях может контролировать проявление таких эмоций, как радость, печаль. У 4 детей 2 уровень сформированности печали – это незначительное отклонение от нормы, что может выражаться в подавленном состоянии ребенка, большее время он грустен и печален. Что для здорового ребенка несвойственно. У 4 детей 3 уровень – более выраженное отклонение от нормы. Ребенок осознает свое отличие от здоровых детей и испытывает депрессивные состояния. Что и вызывает печальное состояние ребенка.

Следующей задачей является определение уровня ригидности. Результаты показаны на рис. 6. У 3 детей сформированность ригидности на 1 уровне, что является нормой. Такие дети способны направлять программу своей деятельности в соответствии с требованиями ситуации. У 5 детей 2 уровень сформированности ригидности, что говорит о незначительном отклонении от нормы и может выражаться в склонности ребенка к упрямству, узости интересов.

У 2 детей 3 уровень, что говорит о выраженном отклонении от нормы и может проявляться в неспособности изменять представления об окружающей среде, в неизменности эмоциональной значимости объектов, в негибкости мотивационных особенностей потребностей. У 2 детей 4 уровень, что является тяжелым отклонением от нормы и может проявляться в застrevаемости ребенка на одних и тех же мыслях и эмоциях, в невозможности изменить привычные способы удовлетворения потребностей с изменениями условий жизни, в фиксации на однообразных объектах.

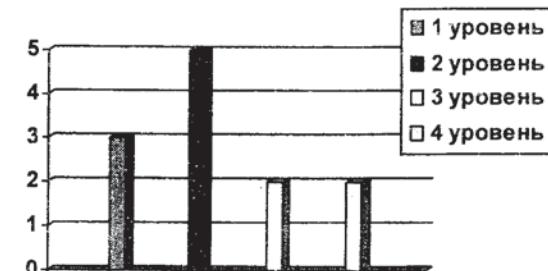


Рис. 6. Результаты сформированности ригидности

Следующей задачей выступает определение уровня сформированности безответственности. Результаты представлены на рис. 7.

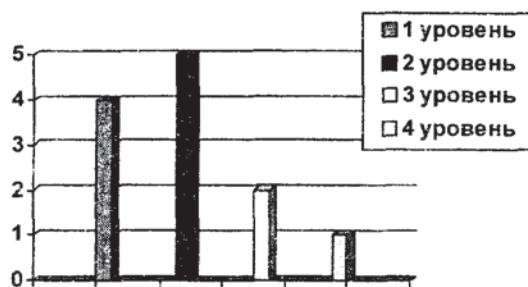


Рис. 7. Результаты сформированности безответственности

У 4 детей 1 уровень, что является нормой. То есть ребенок понимает, что такая ответственность и, выполняя задание, он чувствует, что несет ответственность. У 5 детей 2 уровень сформированности безответственности, это говорит о том, что у ребенка наблюдается тенденция к ответственности, но в то же время нет желания взять на себя полную ответственность. У 2 детей 3 уровень сформированности этого качества. Этим детям знакомо чувство ответственности, но они его редко применяют в своем поведении, то есть безответственно и халатно подходят к выполнению какого-либо дела. У 1 ребенка 4 уровень сформированности безответственности. Это говорит о полном отсутствии ответственности, ребенок не понимает, что должен быть ответственен за что-либо.

Следующей задачей является выявление уровня импульсивности (рис. 8). У 2 детей 1 уровень сформированности импульсивности – это норма. Этим детям не свойственны непроизвольные импульсивные действия. У 5 детей 2 уровень, что является незначительным отклонением от нормы. Такие дети в редких случаях могут необдуманно, импульсивно совершать какие-либо действия.

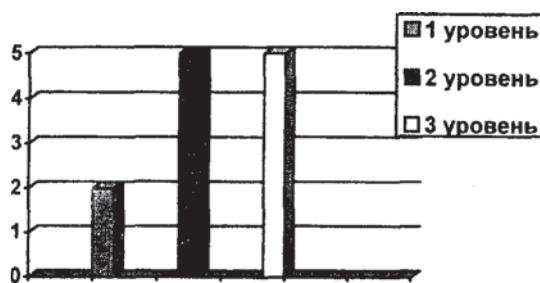


Рис. 8. Результаты сформированности импульсивности

У 5 детей 3 уровень – это говорит о том, что эти дети не будут долго раздумывать, размышлять о чем-либо. Им более свойственны порывистые действия под влиянием случайных импульсов, ребенок не обдумывает свои поступки, не взвешивает все «за» и «против», он быстро и непосредственно

реагирует. Результаты данного диагностического исследования представлены в табл. 1.

Таблица 1

Обобщенный результат первичной диагностики

Качество эмоционально-волевой сферы	Количество детей по уровням			
	1	2	3	4
Тревожность	-	5	4	3
Агрессивность	3	6	3	-
Замкнутость	-	4	5	3
Страх	3	5	2	2
Печаль	4	4	4	-
Ригидность	3	5	3	4
Безответственность	4	5	2	1
Импульсивность	2	5	5	-

На втором этапе выявляли уровень развития у детей с ДЦП невербальных средств эмоциональной экспрессии. Для этого использовали методику «Одно движение руки». Данные этой методики занесены в протокол исследования. Результаты этого исследования представлены на рис. 9.

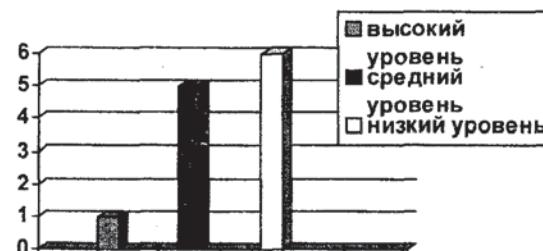


Рис. 9. Уровни развития невербальных средств

Из рисунка видим, что только у одного ребенка высокий уровень развития невербальных экспрессий. В общении такой ребенок располагает хорошими возможностями для восприятия и передачи информации эмоционального содержания. У 5 детей средний уровень владения средствами выразительности, это указывает на то, что испытуемый понимает значение некоторых жестов и может использовать их в процессе коммуникации. У 6 детей низкий уровень развития, что затрудняет полноценное, эмоционально насыщенное общение с окружающими.

С учетом полученных результатов диагностических методик, была разработана программа, направленная на коррекцию развития эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП.

Цель программы: формирование у детей с диагнозом ДЦП адекватного проявления эмоционального состояния в коммуникативной сфере.

Задачи программы:

- Создание положительного эмоционального фона между детьми и педагогом.

2. Укрепление и развитие интереса к окружающим людям, воспитание чувства взаимоуважения, взаимодоверия.

3. Формирование умения определять эмоциональное состояние по схематическим изображениям.

4. Формирование у детей умений и навыков практического владения выразительными движениями – средствами человеческого общения.

Программа состоит из следующих блоков:

1. Дидактические игры, направление на коррекцию эмоциональной сферы детей с ДЦП. Игра «Угадай, о ком я рассказала», игра «Угадай, из какой я сказки».

2. Гимнастика чувств и эмоций.

3. Релаксационные игры и упражнения: «Игра с песком», «Поймай комара», «Игра у моря», «Игра с шишками», «Сосулька», «Спящий котенок».

4. Знакомство детей с эмоциональным миром человека: удивление, радость, печаль, горе, гнев, страх.

5. Рекомендации для родителей.

Программа была реализована в течение двух недель. Все занятия проводились индивидуально.

Каждое занятие включает в себя разминку – основную и заключительную часть. Разминка необходима для создания атмосферы доверия и положительного настроя детей на работу. Основная часть направлена на решение конкретных задач программы. Заключительная часть – активизация, подведение итогов, получение обратной связи. После проведения всех занятий было проведено консультирование родителей. Родители получили рекомендации и также дали свои отзывы о проделанной работе.

Заключительным этапом данной работы было проведение итоговой диагностики. У большой части детей, посещавших занятия, отмечается положительная динамика, подтверждаемая как сравнительным анализом первичной и итоговой диагностики, так и отзывами их педагогов и родителей. Данные первичной и итоговой диагностики представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты первичной и итоговой диагностики

Качество эмоционально-волевой сферы	Количество детей по уровням							
	1 уровень		2 уровень		3 уровень		4 уровень	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Тревожность	-	1	5	6	4	3	3	2
Агрессивность	3	3	6	7	3	2	-	
Замкнутость	-	2	4	5	5	3	3	2
Страх	3	4	5	6	2	1	2	1
Печаль	4	5	4	6	4	1	-	
Ригидность	3	3	5	5	3	3	4	4
Безответственность	4	4	5	5	2	2	1	1
Импульсивность	2	2	5	6	5	4	-	

Как видно, в результате работы увеличилось количество детей на первом и втором уровнях сформированности, уменьшилось количество детей на 4 уровне, что говорит о положительной динамике проведенной работы.

По качеству «тревожность» прослеживается положительная динамика. До проведения программы сформированность тревожности в норме, то есть 1 уровень не наблюдался ни у кого. После проведения коррекционных мероприятий у 1 ребенка 1 уровень тревожности. На одного человека увеличилось количество и на втором уровне. На третьем и четвертом уровнях, напротив, количество уменьшилось на 1 ребенка. Изменения можно наблюдать в поведении детей: дети стали спокойнее, уравновешенее, появилась уверенность в себе, в своих силах.

По качеству «агрессивность» на 1 уровне никаких изменений не наблюдается, на 2 уровне количество детей увеличилось на 1 ребенка, а 3 уро-

вень соответственно уменьшился на 1 человека. Это проявляется в более устойчивом проявлении доброжелательности по отношению к окружающим, снижении остроты антипатий к людям.

По качеству «замкнутость» прослеживается также положительная динамика. На 1 уровне прибавилось 2 ребенка, 2 уровень увеличился на одного человека. 3 уровень уменьшился на 2 человека, а 4 уровень уменьшился на одного человека. Дети стали намного свободнее, увереннее, и это сказывается на их общении с другими людьми.

По качеству «страх» на 1 и 2 уровнях увеличилось количество детей на 1 человека, а 3 и 4 уровня соответственно сократили количество каждого на 1 ребенка. Снизилась интенсивность проявления страха, у детей появилась уверенность в себе.

По качеству «печаль» 1 уровень увеличился на одного ребенка, 2 уровень увеличился на 2 детей, а количество детей на 3 уровне уменьшилось на

З человека. Это проявляется в поведении детей, если в начале наших занятий дети проявляли угнетенное, вялое, пониженное раздражительное самочувствие, то к концу занятий дети были всегда веселы, довольны, настроены радостно.

По качеству «кригидность» никаких изменений не произошло. Это объясняется тем, что это качество имеет более сложную схему проявления, для его коррекции требуется более продолжительное время занятий с ребенком и замена некоторых блоков программы.

По качеству «безответственность» положительной динамики не наблюдается. Это качество очень трудно поддается коррекции. Для успешной коррекции желательно начинать занятия с ребенком на более ранних возрастных этапах.

По качеству «импульсивность» прослеживается незначительная положительная динамика. 2 уровень увеличился на 1 человека, а 3 уровень уменьшился на 1 человека. В некоторых случаях отмечается задумчивость ребенка перед совершением какого-либо действия.

На втором этапе итоговой диагностики выявляли уровень развития у детей с ДЦП невербальных средств эмоциональной экспрессии. Для этого использовали методику «Одно движение руки». Результаты сравнения первичной и итоговой диагностики представлены в таблице 3.

Таблица 3
Результаты первичной и итоговой диагностики методики «одно движение руки»

Уровни развития невербальных средств	Количество детей	
	до	после
1 уровень	1	1
2 уровень	5	7
3 уровень	6	4

Из таблицы видно, что в данной диагностике также прослеживается положительная динамика. 1 уровень остался без изменений, количество детей на 2 уровне увеличилось на 2 человека, а 3 уровень сократился на 2 человека. Небольшая положительная динамика говорит о том, что у всех детей из исследовательской группы наблюдаются затруднения в выполнении физических движений, это связано с их заболеванием. Важно не только называть, но и научиться воспроизводить эмоциональные состояния голосом, мимикой, жестами, пантомимикой. Активные мимические и пантомимические проявления чувств помогают предотвращать перерастание некоторых эмоций в патологию. Благодаря работе мышц лица и тела обеспечивается активная разрядка.

Таким образом, можно сказать, что проведенная работа, которая состоит из первичной диагностики, разработки и внедрения психолого-педагогической программы, направленной на коррекцию эмоционально-волевой сферы, а затем итоговой

диагностики, показывает положительный результат, положительную динамику формирования эмоционально-волевой сферы детей с диагнозом ДЦП. При дальнейшей грамотно поставленной психолого-педагогической работе с данными детьми обязательно участие в этой работе их родителей и можно прогнозировать адекватное формирование эмоционально-волевой сферы, что благоприятно отразится на формировании полноценной личности и полной социализации ребенка.

Следует сказать о наиболее успешных методах работы по коррекции эмоционально-волевой сферы детей с ДЦП. Это – игротерапия, сказкотерапия, арттерапия, музыкальная терапия, релаксационные упражнения. Она в себя включает следующие блоки:

1. Дидактические игры, направление на коррекцию эмоциональной сферы детей с ДЦП. Игра «Угадай, о ком я рассказала», игра «Угадай, из какой я сказки».

2. Гимнастика чувств и эмоций.

3. Релаксационные игры и упражнения: «Игра с песком», «Поймай комара», «Игра у моря», «Игра с шишками», «Сосулька», «Спящий котенок», «Солнышко и тучка».

4. Знакомство детей с эмоциональным миром человека: удивление, радость, горе, страх, гнев.

5. Рекомендации для родителей.

После проведения данной программы в исследовательской группе была проведена итоговая диагностика, которая показала нам положительную динамику проведенной работы. Это выражается в улучшении общего эмоционального состояния детей. Стабилизировалась возбудимость, интенсивность и устойчивость проявлений эмоциональных качеств детей, что отразилось на формировании адекватного поведения личности. Такой ребенок будет намного успешнее реабилитироваться и социализироваться.

Таким образом, повышение уровня эмоционально-волевой сферы у детей с ДЦП является одним из факторов более успешной реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Литература

1. Бородулина, С. Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников / С. Ю. Бородулина // Сер. «Учебники, учебные пособия». – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 352 с.

2. Варенова, Т. В. Теория и практика коррекционной педагогики: учебное пособие / Т. В. Варенова. – М.: Асар, 2003. – 288 с.

3. Возжаева, Ф. С. Реализация комплексных реабилитационных программ для детей-инвалидов / Ф. С. Возжаева // Социологические исследования (СОЦИС). – 2003. – № 6. – С. 116 – 121.

4. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: книга для родителей / М. В. Ипполитова, О. Д. Бабенкова, Е. М. Мастиюкова. – М.: Просвещение, 1993.

5. Гескилл, С. Детская невралгия и нейрохирургия / С. Гескилл, А. Мердин. – М.: Антидор, 1996. – 347 с.
6. Долгушина, Н. Построим мир, пригодный для детей / Н. Долгушина // Социальная работа. – 2003. – № 43. – С. 12.
7. Ежкова, Н. Развитие эмоций в совместной с педагогом деятельности / Н. Ежкова // Дошкольное воспитание. – 2003. – № 1. – С. 20 – 27.
8. Иштутина, Е. Игры, в которые играют наши дети / Е. Иштутина // Обучение и карьера. – 2005. – № 5. – С. 54.
9. Леннер, Б. Психосоциальная помощь населению / Б. Леннер. – М.: Академия, 1996. – 311 с.
10. Лифанова, И. Дети-инвалиды и туризм / И. Лифанова // Народное образование. – 2002. – № 3. – С. 192 – 194.
11. Лютова, К. К. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми / К. К. Лютова, Г. Б. Моннина. – СПб.: Речь, 2005. – 190 с.
12. Марковская, И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И. М. Марковская. – СПб.: Речь, 2005.
13. Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учебное пособие для студ. вузов / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
14. Минаева, В. Знакомим детей с эмоциональным миром человека / В. Минаева // Дошкольное воспитание. – 2003. – № 2. – С. 13 – 20.
15. Помощь родителям в воспитании детей / общ. ред. В. Я. Пилиповского. – М.: Академия, 1992. – 248 с.
16. Психологопедагогическая помощь детям с ограниченными возможностями в Центре «Фламинго» / А. В. Тимофеев, С. П. Бережная. – Кемерово: Центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Фламинго», 2004. – 20 с.
17. Психологические тесты / под ред. А. А. Карелина. В 2-х т. – М.: ВЛАДОС, 2002. – Т. 1. – 248 с.
18. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями / Л. И. Алатов. – М.: Просвещение, 2002. – 448 с.
19. Руководство по предупреждению насилия над детьми: учеб. пособие для психологов / под ред. Н. К. Аксоновой. – М.: Олма-пресс, 1997. – 198 с.
20. Руклинская, И. Н. Добровольческие инициативы в реабилитации детей с ограниченными возможностями: методическое пособие / И. Н. Руклинская и др. – Кемерово: Обл. ИУУ, 2002. – 71 с.
21. Смирнова, Т. П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей / Т. П. Смирнова // Сер. «Психологический практикум». – Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. – 160 с.
22. Смирнова, О. Сказкотерапия как метод коррекции и развития детей с мультидефектами / О. Смирнова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2003. – № 2. – С. 29 – 35.
23. Социальная психологическая работа с семьями детей с ограниченными возможностями / Н. В. Яллаева. – М.: Просвещение, 2002. – 480 с.
24. Титаренко, В. Я. Семья и формирование личности / В. Я. Титаренко. – М.: Просвещение, 1987. – 306 с.
25. Устинова, Н. В. Программа психосоциальной реабилитации родителей детей, больных ДЦП / Н. В. Устинова, К. К. Яхин // Казанский медицинский журнал. – 2003. – № 1. – С. 44 – 46.
26. Шамарин, Т. Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей / Т. Г. Шамарин, Г. И. Белова. – Калуга, 1996. – 238 с.
27. Шипицына, Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студ. вузов / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 368 с.
28. Шпанко, Е. Фольклор – средство реабилитации детей-инвалидов / Е. Шпанко // Народное образование. – 2002. – № 3. – С. 105 – 108.

УДК 37.013.21

**ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОШКОЛЬНИКОВ СОЦИАЛЬНОГО ПРИЮТА
К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ**

С. В. Чигасова, Т. И. Кувшинова

Подготовка детей к школе – комплексная многогранная задача, охватывающая все сферы жизни ребенка. Психологическая готовность к школьному обучению является одним из аспектов этой задачи. В психологопедагогической литературе рассматриваются различные подходы к проблеме психологической готовности к школе (Л. И. Божович, А. Л. Венгер, Д. Б. Эльконин, А. Керн, Нижегород-

цева и др.). В нашем исследовании психокоррекционная и развивающая работа по подготовке к школьному обучению дошкольников социального приюта осуществлялась в рамках концепции К. Н. Поливановой.

По мнению К. Н. Поливановой, у ребенка к началу школьного обучения должен быть сформирован определенный уровень развития произволь-